proLékaře.cz | 24.11.2026

Doporučení pro sexuální aktivitu nemocných s kardiovaskulárním onemocněním a jejich partnery – AHA, ESC GUIDELINES 2013

J. Špinar[1,2], J. Vítovec[3]

[1] *Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno*
[2] *Mezinárodní centrum klinického výzkumu, Brno*
[3] *I. interní kardioangiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně*

Souhrn

Po kardiovaskulární příhodě se pacienti i jejich rodiny často setkávají s velkými změnami ve svém životě, včetně následků jejich onemocnění a nutnosti změnit životní styl. Změny v psychice i ve fyzické aktivitě mohou výrazně zhoršit kvalitu života. Jednou z nezbytných součástí životního stylu je sexuální aktivita, ta je mnohdy velmi důležitá pro pacienty i jejich partnery a může být vážně ovlivněna právě kardiovaskulárním onemocněním. Světová zdravotnická organizace definuje sexuální zdraví jako „…stav psychický, emocionální, mentální a sociální a není to jen vlastní nemoc, dysfunkce nějakého orgánu či celkový stav zdraví obecně. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní postoj k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně tak jako schopnost mít ze sexu požitek a současně pocit bezpečí."

K nejdůležitějším bodům patří:

1. Bezpečné načasování návratu k sexuální aktivitě po kardiovaskulární (KV) příhodě, které je přesně definováno Americkou kardiologickou společností (AHA), a pokles sexuální aktivity po kardiovaskulární příhodě.
2. Počet erektilních dysfunkcí u mužů po KV příhodě je dvojnásobný oproti stejně staré zdravé populaci.
3. Erektilní dysfunkce a suchost pochvy jsou taktéž často popisovány 1–3 roky po vzniku anginy pectoris, avšak jen velmi málo nemocných s tímto vyhledá odbornou pomoc.
4. Z těchto důvodů rutinní dotaz na sexuální aktivitu by měl být součástí efektivní léčby kardiaků, a to na úrovni lékařské i ošetřovatelské.

Klíčová slova

sexuální aktivita – doporučení – poradenství – kardiovaskulármí onemocnění

Guidelines for sexual activity of patients and their partners after cardiovascular event – AHA, ESC GUIDELINES 2013

Abstract

After a cardiovascular event, patients and their families often have to cope with numerous changes in their lives, including the consequences of the disease or its treatment on their daily lives and functioning. Coping poorly with both physical and psychological challenges may lead to an impaired quality of life. Sexuality is one aspect of the quality of life that is important for many patients and partners that may be adversely affected by a cardiac event. The World Health Organization defines sexual health as "…a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences …"The key points can be summarized as follows:

1) Safe timing of a return to sexual activity after a cardiac event, as it has been addressed by the American Heart Association, and decreased sexual activity among cardiac patients is frequently reported.
2) Rates of erectile dysfunction (ED) among men with cardiovascular disease (CVD) are twice as high as in the general population.
3) ED and vaginal dryness may appear 1–3 years after the onset of angina pectoris, however only a small percentage of those with sexual dysfunction seek medical care.
4) Routine assessment of sexual problems and sexual counseling should, therefore, be a part of effective management by physicians, nurses, and other healthcare providers.

Keywords

sexual activity – guidelines – counseling – cardiovascular disease

proLékaře.cz | 24.11.2026

Evropská kardiologická společnost (ESC) ve spolupráci s Americkou kardiologickou společností (AHA) publikovala v roce 2013 v časopise European Heart Journal „Doporučení pro sexuální poradenství u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním a jejich partnery". Přinášíme shrnutí těchto doporučení.

Sexuální poradenství je nesmírně důležité pro nemocné i jejich partnery. Psychologická pomoc musí zahrnovat i vyrovnání se se strachem ze sexu či s častými depresemi u kardiaků a jejich partnerů. Návrat k sexuální aktivitě je důležitou částí života a nemocný často žádá radu, jak naložit se sexuální aktivitou po kardiovaskulární příhodě. Je zajímavé, že mnohdy tato problematika zajímá více partnery nemocných než vlastní nemocné, proto se doporučuje zapojení partnerů do této části léčby.

Sexuální poradenství po kardiovaskulární (KV) příhodě by nemělo být jen psychologické, ale mělo by zahrnovat i jasnou informaci o možných sexuálních pomůckách či medikamentech. Není přesně stanovena potřebná délka sexuálního poradenství, může se jednat o krátkodobou aktuální pomoc, ale i o dlouhodobou součást léčby. Současné poznatky jasně ukazují na nutnost, aby byl zdravotnický personál v této otázce více aktivní, bohužel znalosti zdravotnického personálu jsou v této problematice všeobecně nízké.

Tato doporučení podobně jako jiná doporučení ESC a AHA používají všeobecně uznávanou klasifikaci doporučení (tab. 1).

Za základní desatero znalostí je považováno:

1. Sexuální poradenství musí být individuální s ohledem na nemocného, typ jeho nemoci, ale i s ohledem na partnera.
2. Zdravotníci provádějící sexuální poradenství by měli být k tomuto speciálně vyškoleni (úroveň I).
3. Strukturovaná strategie a modely mohou pomoci nemocnému s KV onemocněním (úroveň IIa).
4. Pacienti a jejich partneři by měli mít zájem diskutovat sexuální problematiku (úroveň I).
5. Psychologické problémy jako deprese či obavy mají velký negativní vliv na sexuální aktivitu (úroveň I).
6. Sexuální poradenství zvyšuje sexuální aktivitu nemocných s KV onemocněním a jejich partnerů a mělo by být poskytnuto bez ohledu na pohlaví, věk či etnikum nemocného (úroveň IIa).
7. Edukace pacienta a léčebná komunikace byly úspěšně vyzkoušeny u nemocných s KV onemocněním.
8. Sexuální poradenství zahrnuje i informaci o nežádoucích účincích léků, o vhodnosti sexuální aktivity a samozřejmě o vhodnosti KV rehabilitace, včetně intenzity tréninku dle doporučení pro dané onemocnění (úroveň I).
9. Speciální přístup je někdy nutný, např. u nemocných s implantací defibrilátoru (ICD) či u nemocných se srdečním selháním a limitovanou schopností fyzické činnosti (úroveň IIa).
10. Velmi prospěšné k potvrzení vhodnosti této aktivity by byly randomizované klinické studie o sexuálním poradenství.

Sexuální poradenství nemocného a/nebo jeho partnera je prospěšné po akutní příhodě jako je akutní infarkt myokardu či akutní cévní mozková příhoda, při nově se objevené ischemické chorobě srdeční, zhoršení zdravotního stavu, např. při zhoršení anginy pectoris či srdečního selhání, nebo po implantaci kardioverteru defibrilátoru (úroveň I). Toto poradenství může zahrnovat i psané materiály (brožury), video atd.

Tab. 1. Klasifikace doporučení.

Třídy doporučení	
I	existuje EBM nebo všeobecný souhlas, že dané diagnostické postupy/léčba jsou prospěšné a účinné
II	jsou rozporuplné důkazy a/nebo nejednotný názor, že dané diagnostické postupy/léčba jsou prospěšné a účinné
IIa	většina důkazů a poznatků ukazuje, že dané diagnostické postupy/léčba jsou prospěšné a účinné
IIb	prospěšnost a účinnost daného postupu jsou méně přesvědčivě podložené důkazy a poznatky
III	daný postup by neměl být užíván

Náboženství a kultura

Způsob sexuálního poradenství se bude lišit podle jednotlivých zemí, kulturních a náboženských zvyklostí. Existuje jen velmi málo randomizovaných prospektivních studií, které by se zabývaly sexuálním poradenstvím kardiaků a jeho vlivem na recidivu KV příhody. Poskytovatel (lékař, sestra) balancuje nad senzitivitou daného tématu a potřebností pacienta prodiskutovat toto téma. Pacienti, kteří neměli sexuální aktivitu před KV příhodou, většinou nemají zájem se sexuální aktivitou znovu začínat ani o tomto tématu diskutovat. Naopak pacienti, kteří již před akutní příhodu měli svou předpokládanou sexuální aktivitu částečně ovlivněnou onemocněním, mají velký zájem celou problematiku prodiskutovat a vrátit se na původní úroveň.

Některé kultury, zvyklosti či náboženská vyznání považují sexuální problematiku za natolik privátní a nevhodnou k diskuzi, že není možné tuto problematiku rozebírat s pacientem, natož s jeho partnerem. Tyto zvyklosti je třeba respektovat.

Pohlaví

Sexuální problematika se dotýká obou pohlaví a celého věkového spektra kardiaků. Co ale není dostatečně známo, je, zda sexuální potřeby po kardiovaskulární příhodě jsou podobné u mužů a u žen. Sexuální neuspokojení se často liší podle pohlaví a může být příčinou partnerských rozporů. Ženy nejčastěji udávají neuspokojení a nedosažení orgazmu, muži naopak erektilní dysfunkci. Jak muži, tak ženy udávají, že sexuální potřeby velmi odrážejí životní úroveň, resp. kvalitu života. Obecně ale můžeme konstatovat, že sexuální problematika kardiaků se mnohem častěji týká mužů než žen a že o ženských sexuálních problémech je známo mnohem méně než o mužských.

Věk

Většina lidí je sexuálně aktivní i do pozdního věku, ale sociální pohled na vyšší věk a sex znamená většinou větší zdrženlivost, a se staršími lidmi tak není tato aktivita diskutována. Pětadvacet studií z let 1999–2010 ale prokázalo, že i nemocní vyššího věku mají zájem o tuto problematiku a že záleží především na nemocném a na zkušenosti ošetřujícího personálu, aby toto citlivé téma společně otevřeli.

Partneři

V současnosti se většina problémů soustřeďuje na vlastního nemocného a na partnera je brán

proLékaře.cz | 24.11.2026

mnohem menší ohled. U pacientů podstupujících kardiovaskulární rehabilitaci je sexuální problematika považována za jeden z hlavních stresujících faktorů. Úroveň nemoci mnohdy znamená, že partneři musí přehodnotit své role v sexuálním životě a zavést společné „pozměněné" sexuální zvyklosti. Je i možné, že partneři měli sexuální problémy již před kardiovaskulární příhodou, ale neuvažovali o léčbě, a teprve KV příhoda je k této problematice přivede.

Mnoho pacientů udává snížení sexuální schopnosti, menší uspokojení po sexu, ale nemají sílu toto diskutovat s partnerem, což vede k dalším konfliktům a problémům.

Prakticky nemáme informace, jak postupovat u homosexuální orientace. Zvyklosti těchto partnerů mohou být odlišné od heterosexuální orientace, neexistují jasná doporučení a diskutovat tuto problematiku zatím není doporučeno.

PLISSIT model

Annon v roce 1976 publikoval tzv. PLISSIT model, který je úspěšně aplikován již více než 35 let. PLISSIT je zkratka pro Permission (povolení), Limited Information (limitované informace), Specific Suggestion (speciální doporučení) a Intensive Therapy (intenzivní léčba). Ačkoli je doporučeno používat všechny metody, základem je individuální přístup. Již první slovo je snadno zneužitelné a při špatném doporučení i nebezpečné. Je velmi snadné po KV příhodě povolit sexuální aktivitu dle přání nemocného, je však třeba důkladně zvážit, zda je sexuální aktivita bezpečná. Limitovaná informace znamená např. mít sex nejdříve dvě hodiny po jídle, provozovat sex v chladné místnosti a mít sex pouze s registrovaným partnerem. Specifické doporučení znamená dávat rady skutečně individuálně – šité na míru. Jako příklad může sloužit dotaz nemocného, zda může použít sildenafil (Viagru), a lékař po prostudování pacientovy historie a medikace by jej měl poučit o nebezpečí kombinace sildenafilu a nitrátů a podle toho upravit medikaci a doporučit sexuální aktivitu. Podobných modelů můžeme v literatuře najít více, jeden z moderních je z roku 2004, má akronym BETTER a zahrnuje Bring – přines problematiku, Explain – vysvětli problematiku, Tell – řekni pacientovi, ať se nestydí o problematice hovořit, Timing – načasování, kdy diskutovat problematiku, Educate – pouč nemocného a Record – zaznamenej problematiku do pacientovy dokumentace.

Medikace

Sexuální poradenství musí zahrnovat kontrolu medikace nemocného a je velmi důležité ho požádat, aby zaznamenával veškeré nežádoucí účinky léčby a oznámil je lékaři. Lékař pak vyhodnotí, zda se jedná o známý nežádoucí účinek typický pro danou lékovou skupinu a zváží nutnost této medikace pro kardiovaskulární onemocnění. Lékař vyhodnotí situaci a případně doporučí změnu lékové skupiny nebo změnu dávky. Je všeobecně známo, že betablokátory a diuretika jsou spojeny s poruchou sexuálních funkcí, především s erektilní dysfunkcí, poruchou libida, poruchou ejakulace a sexuální dysfunkcí. Naopak jiné KV léky mohou mít menší nežádoucí účinky na sexuální funkce a je třeba vždy vyhodnotit poměr prospěch a riziko. Velké epidemiologické studie potvrdily, že jasné nežádoucí účinky na sexuální funkce mají z KV medikace jen betablokátory (s výjimkou nebivololu) a thiazidová diuretika. ACE inhibitory, AII blokátory a Ca blokátory mají na sexuální funkce neutrální efekt.

Medikace, která má jasně prospěšný vliv na prognózu pacienta (betablokátory), by neměla být vysazována, i když ji pacient spojuje se sexuálními problémy. Spíše by mělo být vyhodnoceno, zda problémy nesouvisí více se závažností onemocnění (endoteliální dysfunkce) a psychikou nemocného.

Prostředí a partner

Pacientům by mělo být doporučeno mít sexuální aktivity v příjemném a pohodlném prostředí, aby se minimalizovalo riziko stresu spojeného se sexem (doporučení IIa).

Doporučení co nejkomfortnějšího a nejpříjemnějšího prostředí je všeobecně uznávané a zahrnuje především doporučení sexuální aktivity s pravidelným a legálním partnerem (manžel, manželka), v domácím prostředí a v méně vytopené místnosti. Sexuální aktivita s nemanželským partnerem výrazně zvyšuje riziko KV komplikací. Ve studii Parzelera publikované v roce 2006 bylo zaznamenáno 68 akutních úmrtí při sexuální aktivitě kardiaků, kdy 92,6 % těchto úmrtí bylo u mužů a 57 % bylo při nemanželském styku. Pouze 28 % bylo při manželském styku v domácím prostředí. Obecně ale riziko úmrtí při sexuální aktivitě je srovnatelné s rizikem úmrtí při jakékoli psychické či fyzické námaze podobné intenzity. Jisté ale je, že hlavní rizikové faktory z tohoto pohledu jsou mužské pohlaví a nemanželský sex.

Poloha

Doporučení používat tu polohu, kterou měl nemocný před KV příhodou, se zdá být tím nejlepším doporučením (doporučení IIa).

Neexistuje jasné doporučení, jakou polohu mají nemocní zaujmout. Obecně se soudí, že poloha nahoře je více riziková než poloha dole. Proto by kardiak, pokud to jemu i partnerovi vyhovuje, měl mít polohu dole, při které spotřebuje méně energie. Nejméně energie se spotřebuje při sebeukájení nebo při ukájení partnerem bez přímého sexuálního styku. Nejvyšší tlak a tepová frekvence jsou během orgazmu (ejakulace), bez ohledu na to, jakou pacient zaujal polohu. Pro pacienty po nedávné bypassové operaci na srdci se nedoporučuje poloha nahoře, doporučuje se poloha dole a je možné si pomoci vypodloženými polštáři, zvláště u žen s širším poprsím.

Anální sex je používán především mezi homosexuálními partnery, ale i mezi heterosexuálními. Při análním sexu je stimulován nervus vagus, což vede ke snížení tepové frekvence, k arytmiím a ke snížení koronárního průtoku. Kardiakům by proto anální sex neměl být doporučen a měli by se mu vyhýbat.

Spotřeba energie

Spotřeba energie při sexu není výrazně odlišná od jiné fyzické aktivity podobné intenzity, proto pokud pacient je schopen fyzické aktivity 3–5 metabolických equivalentů (METs), neměl by mít zvláštní doporučení a je schopen podobné sexuální aktivity (doporučení IIa).

Energetická spotřeba se pohybuje kolem 2–3 METs v prekoitální fázi a kolem 3–4 METs během koitu. Proto u nemocných, kteří mají toleranci zátěže alespoň 6 METs, je z pohledu energie sexuální aktivita zcela bezpečná. Pro orientaci 6 METs se přirovnává ke středně rychlé chůzi cca 5 km/hod nebo vyjití dvou pater schodů. Délka i intenzita pohlavního styku bývá přirovnávána k rychlejšímu obejití jednoho bloku domů (vnímání zátěže je ale velmi individuální a jsou i muži, kteří tvrdí, že sex v jejich podání se rovná maratónskému běhu). Tato doporučení jsou velmi orientační a mohou selhávat u nemocných ve fyzické dekondici.

U nemocných, u kterých se objevuje KV symptomatologie během sexuální aktivity, je doporučeno se sexuální aktivitě vyhýbat, dokud se stav nestabilizuje (doporučení IIa). Absolutní riziko infarktu myokardu při sexuální aktivitě je ale velmi malé a udává se 2–3/10 000 pacientských let, při sexuální aktivitě jedna hodina týdně.

proLékaře.cz | 24.11.2026

U pacientů se závažnějšími KV problémy jsou doporučeny náhradní sexuální aktivity jako objímání, mazlení, líbání a další (doporučení IIa).

Bolest na hrudi

Bolest na hrudi při sexuální aktivitě je závažným varovným signálem. Pacient může použít nitráty jako při jakékoli jiné fyzické aktivitě, měl by však o této situaci informovat lékaře (doporučení I).

Na druhé straně v práci Ebrahima bylo jasně prokázáno, že sexuální aktivita je prediktor kardiovaskulární mortality. Pacienti s poloviční sexuální aktivitou než kontrolní skupina kardiaků měli dvojnásobnou mortalitu. Toto ale zřejmě úzce souvisí se závažností KV onemocnění obecně.

Fyzický trénink

Pravidelné cvičení je spojeno se snížením kardiovaskulárního rizika obecně, proto i z pohledu doporučení sexuální aktivity je správné nemocného stimulovat k pravidelnému cvičení (doporučení IIa).

Doporučení sexuální aktivity podle jednotlivých onemocnění

Infarkt myokardu a angina pectoris

Sexuální aktivitu můžeme povolit jeden týden po nekomplikovaném infarktu myokardu, pokud nemocný nemá KV obtíže při střední námaze (doporučení IIa).

Po infarktu myokardu se doporučuje začínat sexuální aktivitu méně náročnými formami jako líbání, objímání atd. a postupně tuto sexuální aktivitu zvyšovat (doporučení IIa).

Je vhodné nemocného informovat o velmi malém riziku koitální anginy pectoris, na druhé straně je nutné upozornit na fakt, že pokud nevymizí do 15 min, resp. do 5 min po podání nitroglycerinu, je nutné volat rychlou záchrannou službu (doporučení IIb).

U nemocných používajících inhibitory fosfodiesterázy 5 by se neměl nitroglycerin užít ani v situaci koitální anginy (doporučení III). Toto doporučení ale není potvrzeno jasnými klinickými studiemi; jisté však je, že nemocný by měl okamžitě kontaktovat záchrannou službu.

Pacienti po infarktu myokardu často trpí obavou z dalšího infarktu myokardu při sexuální aktivitě. Zde je nutný individuální přístup s vysvětlením relativně nízkého rizika, v některých případech nemocní preferují tištěné informace, případně videoinstrukce.

Koitální angina pectoris se vyskytuje bezprostředně po sexuální aktivitě a představuje asi 5 % všech záchvatů anginy pectoris. Velmi vzácná je však u nemocných, kteří nemají anginu pectoris při jiné fyzické aktivitě, a má stejnou příčinu – nepoměr mezi dodávkou a spotřebou kyslíku. Zvýšená spotřeba kyslíku je z důvodu zvýšeného krevního tlaku a tepové frekvence a po ukončení sexuální aktivity a/nebo po nitroglycerinu a měla by rychle odeznít. Vzhledem k interakci inhibitorů PDE5 a nitrátů je doporučeno nemocným, kteří nevyžadují inhibitory PDE5, tyto léky nepředepisovat.

Aortokoronární bypass, transplantace srdce, levostranné podpory

Doporučení pro sexuální aktivitu nemocných po kardiochirurgických zákrocích může mít významný psychosociální dopad (doporučení IIa).

Zahajovat sexuální aktivitu je doporučeno nejdříve za 6–8 týdnů po kardiochirurgickém zákroku (koronárním i nekoronárním), tedy v době, kdy lze předpokládat, že je zhojena sternotomie (doporučení IIa).

Sexuální aktivita může být doporučena i po implantaci levostranné podpory, zkušenosti jsou ale minimální (doporučení IIb).

Doporučení sexuální polohy po kardiochirurgickém zákroku je individuální (doporučení IIb).

Sexuální aktivita po aortokoronárním bypassu většinou klesá, důvodem jsou symptomy po operaci, nedůvěra nemocného k sobě samému, ale i obava partnera z možných nebezpečí. Pacienti často udávají větší obtíže při návratu k sexuální aktivitě po aortokoronárním bypassu než při návratu k jiným aktivitám (práce na zahradě, návrat do zaměstnání). Tyto obtíže jsou často reportovány nejen časně po kardiochirurgickém zákroku, ale i pozdně (ještě za několik let). Velký pokrok v tomto směru udělaly KV rehabilitace po kardiochirurgickém zákroku, které by měli podstoupit všichni nemocní.

Po srdeční transplantaci většina nemocných udává dobrou kvalitu života, přesto si téměř polovina stěžuje na problémy v životě sexuálním. Spolupodílí se na tom především imunosupresivní léčba (kortikoidy, cyklosporin). Padesát procent nemocných po srdeční transplantaci udává snížení sexuální frekvence a libida. Vzácné nejsou ani obavy ze sexuální aktivity vzhledem k „novému srdci“ a „zvyklostem dárce“, což ale samozřejmě patří spíše do oblasti science fiction a hororových románů. Na druhé straně mají pacienti se sexuální dysfunkcí po transplantaci srdce horší kvalitu života a jako velmi prospěšná se opět jeví KV rehabilitace.

Srdeční selhání

Pacienti se srdečním selháním NYHA I a II by měli být schopni plné sexuální aktivity a toto doporučení by mělo být i součástí celkového léčebného plánu (doporučení IIa).

Součástí doporučení by měl být i odpočinek před plánovanou sexuální aktivitou a poučení, jak reagovat na nedostatek dechu při sexuální aktivitě (doporučení IIb).

Sexuální aktivita není doporučena nemocným s dekompenzovaným srdečním selháním a nemocným se srdečním selháním NYHA III a IV (doporučení III). K tomuto doporučení ale nemáme dostatek validních informací.

Pacienti se srdečním selháním vyžadují více než jiní kardiaci konkrétní informace a ne pouze obecná doporučení. Jasnou informaci, co si mohou dovolit a jak se zachovat v případě obtíží. Sexuální obtíže udávají častěji muži v mladším věku. Je zajímavé, že ve stejné věkové kategorii byl celkový výskyt sexuálních problémů pacientů NYHA I či II a bez srdečního selhání podobný, pacienti se srdečním selháním měli ale častěji erektilní dysfunkci, nedostatek dechu a slabost. Významnou roli zde může hrát i podávání betablokátorů, které jsou nezbytnou součástí léčby srdečního selhání. Podobně jako u nemocných s anginou pectoris je doporučeno při náhlém nedostatku dechu ukončit sexuální aktivitu a přivolat rychlou záchrannou pomoc. Individuální bude i doporučení k dávkování diuretik tak, aby diuretikum nemělo vrchol svého účinku v době plánované sexuální aktivity, a způsobilo tak významné psychické problémy.

Implantace kardioverteru defibrilátoru

Po implantaci kardioverteru defibrilátoru je doporučeno se vrátit k původní sexuální aktivitě nemocných, a to bez ohledu na to, zda implantace byla z důvodu primární nebo sekundární prevence (doporučení IIa). Jediným důvodem, proč nedoporučit sexuální aktivitu, je, pokud tato aktivita, resp. fyzická aktivita obecně, vyvolává závažné arytmie (doporučení IIa).

Je ale podstatné probrat s nemocným riziko výboje defibrilátoru při sexu, jak se zachovat,

proLékaře.cz | 24.11.2026

a především jej informovat, že výboj nemůže poškodit partnera (doporučení IIb).

Obavy ze sexuální aktivity nemocných s implantovaným kardioverterem defibrilátorem jsou značně heterogenní a zahrnují problémy s erektilní dysfunkcí stejně tak jako obavy partnera o zdraví a bezpečnost nemocného. Mohou však zahrnovat i nezájem o sex a obavu z náhlého úmrtí. Zajímavé je, že obavy nemocných i partnerů jsou často velmi podobné.

Na druhé straně byla implantace biventrikulární stimulace v jedné menší studii (Goossens et al 2011) spojena s výraznou úpravou erektilní dysfunkce, zvýšením libida a zlepšením NYHA klasifikace.

Vrozené srdeční vady

Nemocní s vrozenými srdečními vadami vyžadují přísné individuální posouzení závažnosti onemocnění a na základě toho provádět doporučení pro sexuální aktivitu individuálně (doporučení IIa).

Cévní mozková příhoda

Nemocní po cévní mozkové příhodě (CMP) by měli být dotázáni na svou sexuální aktivitu před CMP a poté v pravidelných intervalech v době rekonvalescence (doporučení I).

Obecně můžeme říct, že sexuální aktivita po CMP je doporučena ve stejné míře jako před CMP (doporučení IIa).

Cévní mozková příhoda má významný dopad na sexuální funkce. Tento dopad může způsobovat dysfazie, hemiparéza, poruchy kognitivních funkcí, neschopnost vyjádřit emoce a další. I po zlepšení motoriky či řeči zůstávají velmi často výraznější poruchy sexuálních funkcí. Následky CMP vedou k celkové slabosti a depresím, což jako bludný kruh zhoršuje sexuální funkce. U mužů bývají vyjádřeny poruchy erekce i ejakulace, u žen vaginální změkčení (lubrikace) a poruchy orgazmu. Několik průzkumů prokázalo, že pacienti po CMP i jejich partneři mají zájem diskutovat problémy sexuálních funkcí, žádná z prací však neprokázala, zda má toto nějaký pozitivní účinek.

Paraparézy někdy vyžadují změnu polohy, které jsou podobné jako u onemocnění kloubů či při úrazech. Afázie vede k neschopnosti vyjádřit pocit, a tím ke snížení intimity. Páry by měly být schopny se soustředit na neverbální komunikaci.

Všeobecné doporučení do praxe

Sexuální poradenství je velmi důležitá součást léčby velkého množství kardiaků, a proto by lékaři, střední zdravotní personál a psychologové měli být v této oblasti aktivní. Velké průzkumy ukazují, že sexuální poradenství je podceňováno, resp. že současné léčebné postupy tuto část velmi často z nejrůznějších důvodů přehlížejí, včetně nedostatečné znalosti a proškolenosti zdravotního personálu. Osobní zkušenosti bývají malé, vhodná literatura (včetně pomocných brožur) obtížně dostupná. Osobní přístup a individuální pohovor bývají upřednostňovány před skupinovou léčbou. Zapojení partnera do tohoto pohovoru má však zásadní význam, pomůže lépe definovat problém a najít společnou cestu ke zlepšení. Sexuální poradenství by mělo zahrnovat obě pohlaví a jakýkoli věk, samozřejmě ale s individuálním přístupem. Klinické studie v tomto směru významně zaostávají a nedávají nám prozatím dostatečnou informaci o významu sexuálního poradenství. Bylo by potřeba velkých klinických studií s širokým spektrem nemocných, aby bylo možno lépe vyhodnotit význam sexuálního poradenství. Sexuální uspokojení, znalost problematiky sexu, míra obavy ze sexu či deprese mohou být náhradními cíli těchto klinických studií. Tato problematika je významná i proto, že mnoho pacientů udává sexuální problémy i dlouhou dobu po kardiální příhodě, a to i v případě, že kardiální obtíže jsou minimální. Budoucnost by se měla v tomto směru zaměřit nejen na pacienty a jejich partnery, ale i na zdravotnický personál, tak aby byla tato problematika lépe zvládnuta a mohly být doporučeny další postupy.

Literatura

Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA et al. Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners. a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Eur Heart J 2013; 34: 3217–3235. doi: 10.1093/eurheartj/eht270.

Poděkování

Práce byla podpořena projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 65269705 (FN Brno) a European Regional Development Fund – Project FNUSA-ICRC (No. CZ.1.05/1.1.00/02.0123)

prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC
www.fnusa.cz
jspinar@fnbrno.cz

www.urologickelisty.cz