proLékaře.cz | 6.11.2026

Editorial

Erektilní dysfunkce

T. Šrámková
Urologická klinika a Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze
Sexuologické oddělení LF MU a FN Brno

Vážené kolegyně a kolegové,
toto číslo časopisu Kardiologická revue – Interní medicína Vám představí erektilní dysfunkci, nejčastější mužskou sexuální poruchu, z pohledu sexuologa-androloga, kardiologa, internisty, farmakologa, urologa a gynekologa. Naším cílem bylo osvětlit nutnost mezioborové spolupráce v diagnostice i terapii erektilní dysfunkce.

Erekce je nervově-cévní děj probíhající pod hormonální kontrolou. Zahrnuje arteriální dilataci, relaxaci hladkého svalstva trabekul a aktivaci venookluzivního mechanizmu. Zároveň je však erekce symbolem mužnosti a vitality.

Erektilní dysfunkce (ED) je definována jako trvalá neschopnost dosáhnout a udržet erekci dostatečnou k realizaci uspokojivého sexuálního styku. ED negativně ovlivňuje také kvalitu života a partnerský vztah postiženého muže. Epidemiologická data ukazují vysokou prevalenci a incidenci ED celosvětově. Erektilní dysfunkce může být první klinickou manifestací endoteliální dysfunkce a představuje tak predikci systémového kardiovaskulárního onemocnění (KVO). Přibývá důkazů o tom, že ED může být časnou manifestací ischemické choroby srdeční a onemocnění periferních cév, ED by proto měla být považována za potenciální varovný signál kardiovaskulárního onemocnění. ED má společné rizikové faktory s KVO (např. obezita, kouření, hypercholesterolemie, metabolický syndrom, absence pohybu), z nichž některé jsou modifikovatelné. I lehká ED je důležitým ukazatelem pro riziko přidruženého KVO. Muži udávající lehkou ED by proto měli být vyšetřeni s ohledem na kardiovakulární rizikové faktory. A naopak – muži trpící KVO by měli být dotázáni na sexuální život. Bohužel komunikace na téma ED v ordinacích lékařů vázne. I proto k lékaři pro ED přichází pouze 10 % nemocných.

Spolu s kolegy z ICRC v Brně jsme u 150 mužů s ED v průměrném věku 54 let vyhodnotili kardiovaskulární profil a EURO-SCORE: 61 % bylo hypertoniků, 63 % dyslipidemiků, 19 % diabetiků, 35 % obézních a 25 % kuřáků. Vysoké riziko > 5 % fatálního KVO v následujících 10 letech bylo zjištěno u 41 %. Významným vedlejším nálezem byla velmi nízká tolerance tělesné zátěže u českých mužů, průměrný dosažený výkon při bicyklové ergometrii byl 7 METs, výkon < 6 METs (6 METs odpovídá sexuální aktivitě) dosáhlo 39 % mužů souboru! Úprava životního stylu, fyzická aktivita a farmakoterapie kardiovaskulárních rizikových faktorů jsou tedy účinné metody pro zlepšení sexuálního fungování u mužů s ED.

Muži, ale i jejich partnerky, trpí obavami obnovit sexuální život po prodělání kardiovaskulární příhody. Doporučením pro sexuální aktivitu nemocných s kardiovaskulárním onemocněním a jejich partnery dle AHA, ESC Guidelines z roku 2013, se ve svém příspěvku zabývají prof. Špinar a prof. Vítovec. Autoři upozorňují na skutečnost, že výskyt ED u mužů po kardiovaskulární příhodně je dvojnásobný oproti zdravé populaci. S nekoitální sexuální aktivitou je možné začít již týden po proběhlém nekomplikovaném srdečním infarktu, pokud nemocný nemá kardiovaskulární potíže při střední námaze. Po kardiochirurgickém zákroku (aortokoronární bypass) je doporučeno obnovit sexuální aktivitu nejdříve za 6–8 týdnů. Téměř polovina mužů po transplantaci srdce si stěžuje na sexuální problémy, kromě ED i na sníženou sexuální apetenci a pokles koitální frekvence. U nemocných po kardiovaskulární příhodě i kardiochirurgické operaci přináší benefit kardiovaskulární rehabilitace, ale i poradenství, protože nemocní udávají větší obtíže při návratu k sexuální aktivitě.

Kardiovaskulární choroby jsou stále hlavní příčinou úmrtí v rozvinutých zemích, proto je včasná detekce iniciálních aterosklerotických změn pomocí jednoduchého a neinvazivního vyšetření důležitá zejména z důvodu prevence budoucích, klinicky významných kardiovaskulárních příhod. Prof. Dobšák ve svém článku zhodnotil Klinický význam parametru CAVI (Cardio-Ankle Vascular Index) v prevenci, diagnostice a terapii KVO. Velkou výhodou parametru CAVI je skutečnost, že není závislý na hodnotě krevního tlaku v okamžiku měření. Faktory zvyšující CAVI na rizikovou hodnotu ≥ 9,0 (věk, mužské pohlaví, přítomnost aterosklerotického procesu či riziko jeho vývoje, kouření či syndrom spánkové apnoe) jsou zároveň faktory vedoucí k rozvoji erektilní dysfunkce. CAVI tak představuje dostupný diagnostický nástroj u nemocného s ED.

Muži přicházející do ordinací s problémem ED žádají jednoduchou, účinnou a bezpečnou léčbu.V terapii ED nastal vpravdě revoluční zlom v roce 1998, kdy byl uvedený v USA na trh první inhibitor fosfodiesterázy 5 (PDE5-I) sildenafil, Viagra. Dnes představují PDE5-I první linii léčby ED dle Guidelines Evropské urologické asociace (EAU) z roku 2014. Prof. Bultas spolu s doc. Karetovou nás ve svém příspěvku podrobně seznamují s farmakologickými vlastnostmi jednotlivých PDE5-I, popisují význam inhibice s důrazem na izoenzym fosfodiesterázy 5. Mezi jednotlivými PDE5-I (sildenafil, tadalafil, vardenafil a nový avanafil) nejsou zásadní rozdíly v mechanizmu účinku a ve farmakodynamickém efektu, liší se ve farmakokinetických vlastnostech, tj. v rychlosti nástupu účinku a v délce působení. Autoři se zabývají snášenlivostí, bezpečností a lékovými interakcemi PDE5-I. Vyvracejí mýtus, kterým je obava z nárůstu cerebro- a kardiovasku-

proLékaře.cz | 6.11.2026

lárních příhod při léčbě PDE5-I. Pokud léčba PDE5-I není dostatečně účinná, je dle Guidelines EAU doporučena intrakavernózní léčba prostaglandinem E1. Z této metody léčby profitují zejména muži se závažnějším KVO, diabetici a onkologičtí nemocní po radikální prostatektomii. I když je tato léčba prováděna na specializovaných pracovištích, praktický lékař, internista, kardiolog, diabetolog by nemocnému měli tento účinný a bezpečný způsob léčby doporučit.

Karcinom prostaty (CaP) zaujímá druhé místo v onologických diagnózách u mužů a je nejčastějším urologickým nádorem u nás. Podle prognóz statistiků se v roce 2014 dozví tuto diagnózu 9 072 mužů. Celkem u nás bude žít 56 245 mužů s CaP. Pokud je CaP zachycený včas, má dobrou prognózu (v žebříčku úmrtí je až na 15. místě) a pětileté přežití je 87,5 %, u prvního stadia dokonce 98,9 %! Radikální prostatektomie je indikována u mužů s nádorem lokalizovaným na prostatu s předpokládanou délkou přežití > 10 let. ED je běžným důsledkem nejen radikální prostatektomie, ale i radioterapie a hormonoterapie. MUDr. Zámečník nás ve svém článku seznamuje s nejčastějšími urologickými diagnózami, které vedou k ED, těmi je karcinom prostaty a dysfunkce dolních močových cest. Vyzdvihuje nutnost penilní rehabilitace, o které se v posledních letech hovoří, a která je důležitá nejen u mužů s onkologickým onemocněním či po úraze, ale i u nemocných s KVO. Středně těžký až těžký stupeň dysfunkcí dolních močových cest LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) trápí 22 % mužů mezi 50–59 lety a 45 % mužů ve věku 70–80 let. Muži s LUTS mají zároveň vysoké riziko ED. Etiologicky se uplatňuje snížení syntézy NO (oxid dusnatý), zvýšení uvolnění endotelinu, KVO, DM 2, obezita, nízká hladina testosteronu a psychosociální vlivy. Povědomí o CaP i LUTS je pro kardiology, internisty i praktické lékaře důležité, protože tito nemocní jsou současně často nositeli KVO.

I když se psychogenní příčiny podílejí na 20 % případů ED, i při organické etiologii ED se u pacientů objevuje strach ze sexu, úzkost i deprese. Doc. Zvěřina ve svém příspěvku doporučuje zlepšovat schopnost lékařů hovořit otevřeně o sexualitě se svými nemocnými. Psychoterapeutické postupy jako součást léčby je třeba uplatňovat nejen u typicky psychicky podmíněných poruch erekce, ale též u nemocných s organickou etiologií ED. Uvedl základní diferenciální diagnostiku psychogenní a organické ED a definoval psychogenní faktory ED. Zdůraznil, že některé poruchy erekce mají spíše povahu partnerského sexuálního nesouladu.

Lidská sexualita má párový charakter. Výsledky studií ukazují, že partnerky mužů s ED signifikantně častěji trpí poruchou sexuální apetence, vzrušivosti, orgazmu i satisfakce, úspěšná léčba ED vede i k sanaci ženských sexuálních dysfunkcí. MUDr. Pastor poukazuje ve svém článku na skutečnost, že sexuální poruchy muže ovlivňují pohlavní život celého páru. Uvádí, že některé ženy vnímají muže jako stroj na bezproblémovou erekci. V případě selhání si pak kladou za vinu, že nejsou dost přitažlivé, technicky zdatné nebo se obávají, že je jim partner nevěrný. Definuje sexuálně nefunkční nebo asynchronní pár se společným jmenovatelem mužská sexuální dysfunkce. Objasňuje smysl párové sexuální terapie u mužských sex dysfunkcí a zdůrazňuje, že sexuální pár tvoří komplementární jednotku, kterou musíme posuzovat celistvě a ve všech jejích souvislostech.

Vážení čtenáři, sděleními širokého spektra odborníků jsme se snažili poukázat na důležitost interdisciplinární spolupráce a přístupu k muži trpícímu erektilní dysfunkcí.

Srdečně děkuji za dosavadní spolupráci prof. Špinarovi a kolegům z Interní kardiologické kliniky FN Brno, prof. Meluzínovi, MUDr. Panovskému a prof. Špinarové a kolegům z I. interní kardioangiologické kliniky FN u sv. Anny v Brně, prof. Dobšákovi a prof. Sieglové z Kliniky tělovýchovného lékařství a rehabilitace FN u sv. Anny v Brně a doc. Karetové z II. interní kliniky – kliniky kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN v Praze. Věřím, že naše spolupráce přináší benefit nejen nám, lékařům, ale zejména našim pacientům.

MUDr. Taťána Šrámková, CSc.
www.fnbrno.cz
sramkova.t@gmail.com