

kardiovaskulárního onemocnění (6, 7). Z klinického hlediska je proto nezbytné vnímat poruchu erekce nikoli pouze jako poruchu sexuální funkce ovlivňující kvalitu života, ale jako potenciální předstupeň závažného systémového onemocnění, a proto je na místě důsledné interní vyšetření (8). Před zahájením léčby zaměřené na zlepšení erektilní funkce je nutné u každého pacienta pečlivě posoudit jeho kardiovaskulární rizikový profil. Jelikož pohlavní aktivita představuje střední fyzickou zátěž, může být u některých nemocných potenciálně riziková. Doporučené postupy Evropské urologické společnosti (EAU) pro diagnostiku a léčbu mužů s ED byly proto upraveny na základě tzv. Princetonského konsenzu (PK), s cílem optimalizovat sexuální funkci při zachování kardiovaskulárního zdraví (1). Zatímco třetí konference PK doporučovala u mužů ve věku 40–60 let stratifikaci rizika pomocí Framinghamského skóre, aktuální IV. konsenzus z roku 2023 navrhuje využití skórovacího systému ASCVD (Atherosclerotic cardiovascular disease) podle doporučení ACC/AHA (American College of Cardiology a American Heart Association) z roku 2019 pro všechny muže podstupující kardiovaskulární vyšetření v souvislosti s vaskulogenní ED (1, 9). ASCVD systém zohledňuje věk, pohlaví, rasu, hladinu celkového a HDL cholesterolu, systolický krevní tlak a přítomnost rizikových faktorů, jako je hypertenze (a její léčba), diabetes mellitus či kouření. ASCVD poskytuje odhad rizika závažné kardiovaskulární příhody u pacienta v příštích 10 letech na nízké riziko < 5%; hraniční riziko 5% až < 7,5%; střední riziko ≥ 7,5% až < 20%; a vysoké riziko ≥ 20%

(1, 10). ASCVD kalkulátor je volně dostupný a snadno použitelný v běžné klinické praxi.

## Perorální farmakoterapie

Erektilní dysfunkce představuje symptom, který je ve většině případů dobře terapeuticky ovlivnitelný, avšak s výjimkou vybraných etiologií není vyléčitelný. Léčba je převážně symptomatická a obvykle se neodlišuje podle vyvolávající příčiny. Kauzální přístup je možný pouze u specifických forem ED, zejména u psychogenní ED, posttraumatické arterogenní ED u mladých mužů a u ED z hormonálních příčin (např. hypogonadismus, hyperprolaktinémie) (1). Doporučené postupy Evropské urologické společnosti (EAU) pro rok 2025 představují nový algoritmus léčby ED. Ten pacientovi doporučuje nabídnout všechny léčebné modality tak, aby si on sám mohl nejlépe vybrat léčbu, která mu vyhovuje (Obr. 1).

Volba léčebného postupu by měla zohlednit účinnost, rizika nežádoucích účinků a míru invazivity jednotlivých metod. Klíčovou roli hrají také preference pacienta a ekonomické aspekty, neboť léčba ED není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Rozhodující je také úprava životního stylu. Redukce hmotnosti, pravidelný pohyb, zdravé stravování, omezení příjmu alkoholu a zanechání kouření mohou zlepšit funkci cév tím, že podpoří tvorbu oxidu dusnatého (NO), sníží oxidační stres a zánětlivou aktivitu, a zlepší citlivost na inzulín (11).

## Perorální farmakoterapie – inhibitory fosfodiesterázy typu 5

Inhibitory fosfodiesterázy typu 5 (PDE5i) představují základní farmakologickou skupinu

v léčbě ED. Jejich mechanismus účinku spočívá v blokádě enzymu fosfodiesterázy typu 5, který za fyziologických podmínek katalyzuje degradaci cyklického guanosinmonofosfátu (cGMP) na neaktivní GMP. Inhibicí tohoto enzymu dochází k akumulaci cGMP v hladké svalovinně topořivých těles, čímž se prodlužuje jeho vazodilatační účinek. Zvýšená hladina cGMP následně podporuje relaxaci svaloviny topořivých těles a zvyšuje arteriální přítok krve, což vede k rozvoji a udržení erekce. Účinek PDE5i se může plně projevit pouze za předpokladu intaktní parasympatické inervace penisu, dostatečné produkce NO a přítomnosti adekvátní erotické stimulace. V případě narušení některého z těchto klíčových komponent (např. po radikální prostatektomii nebo u pokročilé diabetické neuropatie) může být terapeutická odpověď výrazně omezená. Perorální PDE5i jsou běžně preferovány jako léčba první volby vzhledem ke své prokázané účinnosti a příznivému bezpečnostnímu profilu. Až 65% mužů léčených těmito přípravky vykazuje po úvodní terapii dobrou odpověď (12, 13). V ČR jsou k léčbě ED aktuálně schváleny čtyři selektivní PDE5i – sildenafil, tadalafil, vardenafil a avanafil. Zavedení PDE5i, počínaje sildenafilem v roce 1998, představovalo zásadní průlom v léčbě ED. Tato farmakologická inovace nejenže výrazně rozšířila terapeutické možnosti, ale zároveň vedla k výraznému nárůstu povědomí o problematice poruch erekce. Před zahájením léčby by měl být pacient jasně instruován o správném načasování podání léku a možnostech úpravy dávky v případě nedostatečného účinku nebo výskytu nežádoucích účinků. Zároveň je důležité zdů-

**Obr. 1.** Doporučený algoritmus léčby erektilní dysfunkce (upraveno dle Doporučených postupů Evropské urologické společnosti) (1)

