

# MEDZI ŠTYRMI OČAMI: ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDCA A SEXUÁLNA KVALITA ŽIVOTA – TABU V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LEKÁRA?

Andrej Zachar

III. interná klinika FNsP akademika L. Déreya, Bratislava

Via pract., 2007, roč. 4 (2): 102–103

Výskyt pacientov s ischemickou chorobou srdca (ICHS) na ambulanciách, zodpovedá množstvom výskytu ischemickej choroby srdca a jej komplikácií v slovenskom a celosvetovom meradle. Pokiaľ je orientácia lekára upriamená na komplexnú liečbu tohto pacienta, nemožno vynechať i otvorenú komunikáciu o jeho sexuálnom živote. Spojenie ICHS a sexuality je opradené mýtmi, nedokonalou edukáciou pacienta a, priznajme, i lekára- nesexuológa. Praktický lekár je prvým a najbližším sprievodcom života i choroby svojho pacienta. Preto ani edukovanie a informovanosť pacienta i samého seba, by nemala byť až na poslednom mieste.

Paradoxne, až s objavením sa zázračnej „modrej tabletky“ dostala sa do „mierneho“ popredia i výzva na zaoberanie sa erektilnou dysfunkciou (ED) všeobecne, ale najmä v skupinách pacientov s extrémne vysokým výskytom tejto poruchy. Sú to najmä pacienti s rôznymi formami ICHS (stav po akútnom koronárnom syndróme, chronické ľavokomorové zlyhávanie), ale aj iní: dyslipidemici; fajčiari, hypertonici, depresívni, **diabetici**, dialyzovaní, alkoholic. Ak aj naoko, nie celkom jednotná skupina, má niečo spoločné. A to poruchu ciev, ktorá má rovnaký monogram: „ED“, a tou je endotelová dysfunkcia. Nakoniec všetci vymenovaní tvoria skupinu rizikových faktorov ICHS (5, 6).

Otázky, ktoré rezonovali práve s novoobjavenou efektívnu a neinvazívnu liečbou ED, s ohľadom na kardiovaskulárny systém sa stali frekventovanou a publikačne dokumentovanou problematikou (1).

Veľkosť rizika v spojení sex a ICHS, alebo náhla smrť, či cievná mozgová príhoda (NCMP) lapidárne dokumentovali štúdie zo 60-tych a 70-tych rokov (2, 3). Autori publikovali informácie z pitevných správ, kde pri revízii 26 901 pitevných nálezov našli 48 prípadov súvisiacich s priamymi sexuálnymi aktivitami. V súbore bolo 45 mužov, z ktorých 75 % malo mimomanželský sex. Priemerný vek bol 60,7 roka. Ako prvotná príčina smrti bol primoinfarkt myokardu v 12 prípadoch a reinfarkt v 13. Iní autori, našli v 1 771 revidovaných pitevných správach 30 úmrtí,

ktoré vznikli priamo pri sexe. Iba 2 prípady tvorili ženy, ostatní boli muži, pričom mali v 77 % mimomanželský sexuálny styk, s mladšími partnerkami, po excesívnom príjme jedla a/alebo alkoholu. Štyri pitvané ženy nemali infarkt myokardu, ale u dvoch sa potvrdila ako príčina smrti NCMP, na podklade krvácania do mozgu. Nielen z nekropických údajov, ale i sledovaním populácie s rizikovými faktormi a vo vyššom veku vysvitlo, že incidencia infarktu myokardu je nízka (4, 5, 6). Incidencia IM pri sexuálnom styku je 0,9 % – 1,7 %. Dokonca pacienti vysoko rizikovní s potvrdenou koronárnou chorobou majú výskyt infarktu myokardu pri sexe v 20 prípadoch na milión chorých (7).

Samozrejme je jasné, že prístup k sexuálnym aktivitám u rizikových skupín pacientov s ICHS je predsa len odlišný a je sprevádzaný najmä sťažovaním sa na zníženú kvalitu sexuálneho života. Tie najrizikovejšie skupiny možno pomenovať ako pacientov po aorto-koronárnom bypasse (CABG), po operácii chlopni, alebo s chlopňovými chybami a pacientov po primárnej perkutánnej angioplastike (PTCA). Popisuje sa 0,9 % výskyt akútneho IM i v týchto skupinách (7). V citovanej práci sa uvádzajú výsledky jednej z najväčších štúdií, týkajúcej sa problematiky ICHS a ED. Bola ňou Massachusetes Male Aging Study (MMAS). Prevalencia ED v dopytovanej skupine mužov medzi 40. – 69. rokov (dotazníkom): v 39 % boli postihnutí 40 roční muži, v 67 % 69 roční. Ako najvýznamnejšie vyvolávajúce faktory trvania ED bol: diabetes mellitus (DM), srdcové ochorenia, artériová hypertenzia, fajčenie, obezita.

Ak z posudzovania skupín chorých a výskytu sexuálnej dysfunkcie (SD) vyradíme ženy, nie sme k problému úprimní. Uvádza sa (7), že **prevalencia SD je u žien rovnaká ako u mužov**.

Prejavy sú vyjadrené ako zníženie libida, znížená vlhkosť pohlavných orgánov, dyspareunia, nedosiahnutie orgazmu. Odlišnosť žien je i v tom, že ako nedostatok vo svojom sexuálnom živote vidia nedostatok vhodných partnerov, vzhľadom k svojej chorobe (ICHS), a i to, že nedostatok lásky a potre-

bu sexuálneho vzťahu ženy pociťujú v ktoromkoľvek veku.

To, že endotelová dysfunkcia je životu nebezpečná pre koronárne artérie, platí i pre malé cievy, medzi nimi i penilné. Zatiaľ čo v prvom prípade ide o život, v druhom prípade o jeho kvalitu. Vzhľadom na to, že penilné artérie sú menšieho rozmeru než koronárne, ich reakcia ako následok endotelálnej dysfunkcie: obštrukcia cievy, je prítomná skôr, než v koronárnych artériách (8). Už staršie štúdie poukázali na to, že erektilná dysfunkcia môže byť i „prvým markerom“ ischemickej choroby srdca a choroby koronárnych ciev (9). Autor poukázal na síce malom súbore pacientov s prítomnou ED, že po bicyklovej ergometrii mala temer polovica vyšetrených výrazné ischemické zmeny a z nich polovica bola koronarografovaná s významnými nálezmi obštrukcie na koronárnych artériách. Tieto údaje potvrdili i ďalší autori (10). Navyše poskytli údaj o skupine pacientov s chronickým srdcovým ľavokomorovým zlyhávaním (CHSZ), o ktorej je z hľadiska sexuálnych aktivít pomerne málo údajov. Autori vyšetrili skupinu 59 pacientov v priemernom veku  $57 \pm 9$  rokov. 30 pacientov tvorilo testovanú skupinu „snaživcov“, ktorí pod dohľadom absolvovali bicyklovú ergometrický test do 60 %  $VO_2$ . Skupinu „lenivcov“ tvorilo 29 pacientov a boli skupinou kontrolnou. Obom skupinám po 8 týždňoch zistili percento zvýšenia výkonnosti (meranej opäť ergometriou).

Ďalej na posúdenie „endotelodependentnej“ etiológie realizovali vazomotorické testy pri kontrole prietoku krvi brachiálnou artériou pomocou ultrasonografie. Taktiež sledovali rovnakou metódou i „endotelovo **independentnú**“ etiológiu. Výsledok poukázal na známy fakt, že sústavná fyzická aktivita je obranným mechanizmom voči ED a jej následkom. Skupina „snaživcov“ dosiahla 18 % zvýšenie tolerance záťaže, štatisticky významne, ďalej sa poukázalo na pozitivitu endotelovo dependentného testu. Endotelovo independentný test bol negatívny. Z hľadiska kvality života (takzvaný dotazník QOL – *quality of life*) v rovne frekvencie styku s partnerkou,

dokonalosti penilnej erekcie a pocitu dobrého života (well being) boli snaživci opäť v jednoznačnej štatisticky významnej výhode.

Liečba ED pacientov s ICHS bola občianskymi aktivitami v USA opakovane napadnutá s údajom, že sildenafil-citrát-prvý PDE5 (inhibitor fosfodiesterázy 5) spôsobuje u pacientov s ICHS smrteľné prípady po jeho užití. Táto fáma bola serióznymi štúdiami vyvrátená. Ukázalo sa, že z 6 896 liečených pacientov sildenafilom malo úmrtnosť na IM 0,85 prípadov na 100 osôb, keď pri placebovej skupine 5 054 pacientov, to bolo 0,95 na 100 osôb (údaje americkej FDA). Kontraindikácia užívania dlhodobo účinných nitrátov, ale hlavne krátko účinkujúcich, bola však pri tejto liečbe potvrdená. Kontraindikácia vychádzala z možnosti poklesu systolického i diastolického krvného tlaku, pri zvýšení NO (nitrit oxidu) v cievach. I neskoršie liečivá ako tadalafil (inhibitor fosfodiesterázy 6) demonštroval zníženie systolického a diastolického tlaku počas ergometrickej záťaže a v čase pozáťažovej rekonvalescencie (11). K pozitívnym výsledkom patrí i to, že sa nezhoršovali parametre, ktoré by hovorili o zvyšovaní ischémie u pacientov s ICHS užívajúcich tadalafil. Ako alternatíva nitrátov sa ukázala možnosť podávať trimetazidín pacientom s koronárnou chorobou (12). V dvoch skupinách, v prvej, kde boli podávané nitráty s placebo (imitácia sildenafilu) a druhej s trimetazidínom a skutočným sildenafilom, dosiahli zlepšenie ergometriou hodnotených parametrov.

Praktik potrebuje praktické závery, odporúčania a dohodu. Pacienti s ischemickou chorobou srdca, ED a s problémami sexuálnych aktivít sú polyterapeutickí pacienti. Myslíme tým podiel spolupráce praktika, kardiológa, urológa-andrológa, gynekológa, sexuológa, psychológa a psychiatra. Rozhodnutie o odporúčaníach a vedení pacienta s rôznym stupňom rizika usmerňujú rozpracované a inovované

*Princetonské kritériá* (6). Pacienti sú podľa nich kategorizovaní ako pacienti s nízkym, stredným a vysokým rizikom.

Nízkorizikovní sú pacienti asymptomatickí, bez prejavov ICHS, tí ktorí majú menej ako 3 rizikové faktory, sú dobre nastavení na liečbu arteriovej hypertenzie, alebo je prítomná angina pectoris stabilná, sú po úspešnom CABG, alebo 6 – 8 týždňov po nekomplikovanom IM (infarkte myokardu), pacienti s chlopňovou, prípadne s CHSZ NYHA I – II. Títo pacienti potrebujú kontroly (každých 6 – 12 mesiacov) a kontakt s lekárom v primárnej starostlivosti. V našich podmienkach sú títo pacienti v sledovaní internistu, prípadne aj kardiológa.

Stredné riziko predstavujú pacienti, ktorí majú 3 rizikové faktory, sú 2 – 6 týždňov po IM, majú NYHA II LK insuficienciu, a trpia na ischemickú chorobu dolných končatín. Títo pacienti vyžadujú kardiologické vyšetrenie: ergometriu, echokardiografiu a stratifikáciu rizikovosti pacienta kardiológom.

Vysoko rizikovú skupinu predstavujú pacienti, ktorí majú instabilnú AP, nevyrovnanú arteriovú hypertenziu, CHSZ v štádiu NYHA III – IV, alebo sú po

IM menej ako 2 týždne, majú závažné arytmie, trpia na hypertrofickú kardiomyopatiu, majú závažnú, kritickú aortálnu stenózu, t. j. s gradientom v ústí aorty (merané echokardiograficky) nad 70 mmHg. V tomto prípade je kardiologická liečba prvoradá a zriekame sa až do stabilizácie stavu i akéhokoľvek ovplyvňovania či liečby erektilnej dysfunkcie.

Ak sa na tieto kritéria pozeráme, najmä na odporúčania liečby, treba si uvedomiť, že boli postavené v prostredí zdravotnej starostlivosti USA a rešpektované sú i v Európe. Náš systém napokon uvedené riešenia má skoncipované dávno a prísnejšie, kde pacienti s CHSZ NYHA II sú kontrovaní minimálne internistom, ak nie kardiológom. Komunikácia o zdravom sexuálnom živote je však u nás menej bežná.

O čo bude kvalita života chorého na akúkoľvek formu ICHS a jej komplikácie lepšia je v našich rukách. O to nás bude mať náš pacient radšej. Sexuálnu aktivitu z toho nevynímajúc.

**MUDr. Andrej Zachar, CSc.**

III. interná klinika FNsP akad. L. Déreza  
Limbova 5, 833 03 Bratislava  
e-mail: AZachar@azet.sk

#### Literatúra

- Zachar A. Bezpečnosť liečby sildenafil citrátom s ohľadom na kardiovaskulárny systém. *Sexuológia*, 2003, 3, s. 15 – 18.
- Ueno M. The so-called coition death. *Jpn. J. Legal.Med.*, 1963, 17, s. 333 – 340.
- Kraunwald W. Myocardial infarction and sexuality from the coroner's point of view. *Sexualmedizin*, 1976, 10 (Abstrakt).
- Drory I. Sexual activity and cardiovascular risk. *Eur Heart J*, 2002, 4, Supplement H, s H13 – H18.
- Montosi F, Briganti A, Salonia A, a spol. Erectile dysfunctions prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented artery disease. *Eur Urol*, 2003, 3, s. 360–365.
- DeBusk RF. Erectile dysfunction therapy in special populations and application in coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 2005, 96, 62M–66M.
- Bernardo A. Sexuality in patients with coronary disease and heart failure. *Herz*, 2001, 26, s. 353–359.
- Montorsi P, Rovagnani PM, Gallis S, a spol. The artery size hypothesis: a macrovascular link between erectile dysfunction and coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 2005, 96, s. 19M–23M
- Pritzker MR. The penile stress test: a window the hearts of man?, *Circulation*, 1999, 100, s. 1711.
- Belardinelli R, Lacalaprice F, Faccenda E, a spol. Effects of short – term moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure. *Int J Cardiol*, 2005, 101, s. 83–90.
- Petterson D, Kloner R, Efron M. The effect of tadalafil on the time to exercise induced myocardial ischaemia in subjects with coronary artery disease. *Br J Pharmacol*, 2005, 60, s. 459–468.
- Rosano GM, Marazzi G, Patrizi R. Comparison of trimetazidine plus sildenafil to chronic nitrates in the control of myocardial ischaemia during sexual activity in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 2005, 95, s. 327–323.