

spektivních i prospektivních studiích se slibnými výsledky (53–55). Jedná se však nadále pouze o experimentální metodu.

Aplikace botulinumtoxinu do kavernózního tělesa

Předběžné výsledky experimentálních klinických studií prokázaly signifikantní zlepšení IIEF i EHS po aplikaci 50 a 100 jednotek onabotulinum toxinu-A ve srovnání s placebem (56).

ZÁVĚR

Základem správné léčby ED je identifikace reverzibilních rizikových faktorů a známých onemocnění způsobujících ED. Pouze odstranění těchto rizikových faktorů, kompenzace přidružených onemocnění a změna životního stylu představuje kauzální

léčbu s šancí na obnovení spontánní erekce. Všechny ostatní léčebné metody, které jsou k dispozici, představují pouze léčbu symptomatickou. Mezi nejčastější a nejlépe tolerovanou léčbu patří perorální podávání PDE5i před stykem. Výběr nejvhodnějšího PDE5i záleží na vlastní zkušenosti pacienta, toleranci léku a frekvenci pohlavního styku. Dodnes neexistují dobře koncipované randomizované studie, které by efekt a toleranci jednotlivých PDE5i srovnávaly. Při nedostatečném efektu léčby PDE5i můžeme pacientovi nabídnout aplikaci rázové vlny nízké intenzity nebo intrauretrální aplikaci prostaglandinu. Využití podtlakového erektoru je spíše vhodné pro starší pacienty, kteří nemají častý pohlavní styk a mají komorbiditu vylučující jiný typ léčby. Nejinvazivnější konzervativní léčbu představuje intrakavernózní aplikace prostaglandinu E1. I přes její vysokou efektivitu tuto léčbu pro její invazivitu většina pacientů časně opustí.

LITERATURA

1. Minhas S, Bettocchi C, Boeri L, et al. EAU Working Group on Male Sexual and Reproductive Health. European Association of Urology Guidelines on Male Sexual and Reproductive Health: 2021 Update on Male Infertility. *Eur Urol*. 2021; 80(5): 603–620.
2. Isidori AM, Buvat J, Corona G, et al. A critical analysis of the role of testosterone in erectile function: from pathophysiology to treatment—a systematic review. *Eur Urol*. 2014; 65(1): 99–112.
3. Maggi M, Buvat J, Corona G, Guay A, Torres LO. Hormonal causes of male sexual dysfunctions and their management (hyperprolactinemia, thyroid disorders, GH disorders, and DHEA). *J Sex Med*. 2013; 10(3): 661–677.
4. Gupta BP, Murad MH, Clifton MM, et al. The effect of lifestyle modification and cardiovascular risk factor reduction on erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2011; 171(20): 1797–1803.
5. Gerbild H, Larsen CM, Graugaard C, Areskoug, Josefsson K. Physical Activity to Improve Erectile Function: A Systematic Review of Intervention Studies. *Sex Med*. 2018; 6(2): 75–89.
6. Collins CE, Jensen ME, Young MD, et al. Improvement in erectile function following weight loss in obese men: the SHED-IT randomized controlled trial. *Obes Res Clin Pract*. 2013; 7(6): e450–e454.
7. Baumhäkel M, Schlimmer N, Kratz M, et al. Cardiovascular risk, drugs and erectile function a systematic analysis *Int J Clin Pract*. 2011; 65(3): 289–298.
8. Glina S, Sharlip ID, Hellstrom WJ. Modifying risk factors to prevent and treat erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2013; 10(1): 115–119.
9. Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, Montorsi P. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *Eur Heart J*. 2013; 34(27): 2034–2046.
10. Vlachopoulos CV, Terentes-Printzios DG, Ioakeimidis NK, Aznaouridis KA, Stefanadis CI. Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013; 6(1): 99–109.