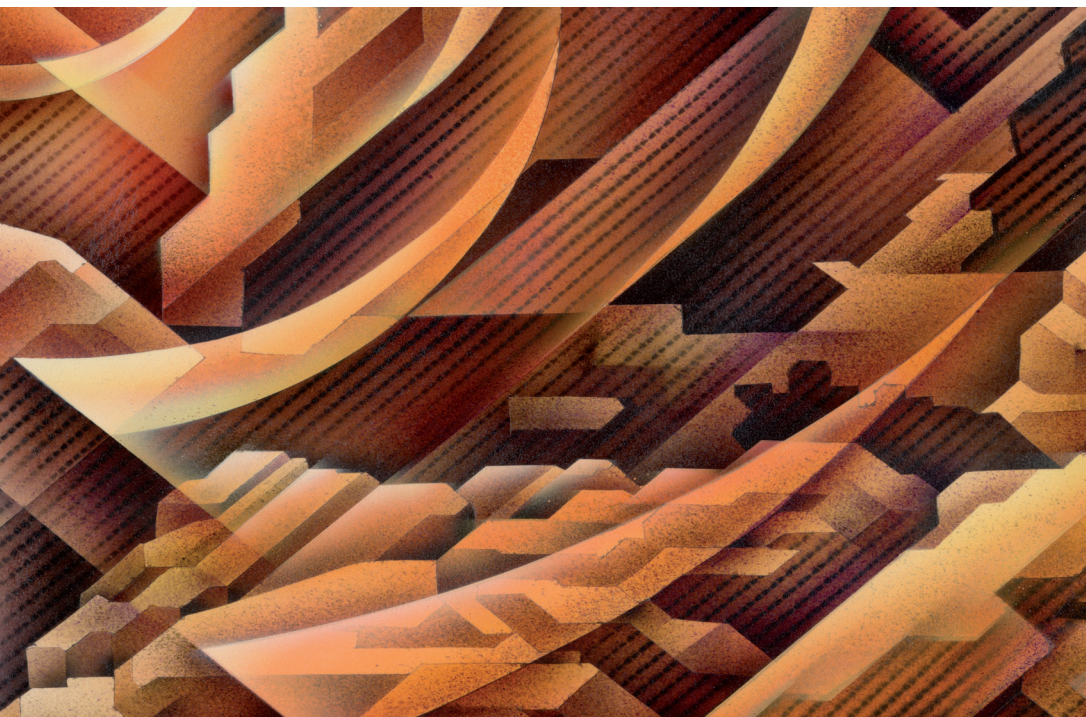


Luděk Daneš

Předčasná ejakulace



Luděk Daneš

Předčasná ejakulace



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

MUDr. Luděk Daneš, CSc.

PŘEDČASNÁ EJAKULACE

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400

www.grada.cz

jako svou 4579. publikaci

Odpovědná redaktorka Hana Vařáková

Sazba a zlom Milan Vokál

Návrh a zpracování obálky Michal Němec

Počet stran 80

Vydání 1., 2011

Vytiskla Tiskárna PROTISK, s.r.o., České Budějovice

© Grada Publishing, a.s., 2011

Cover Photo © fotobanka Allphoto

ISBN 978-80-247-3915-1 (tisková verze)

ISBN 978-80-247-7196-0 (elektronická verze ve formátu PDF)

ISBN 978-80-247-7197-7 (elektronická verze ve formátu EPUB)

OBSAH

Předmluva	7
Zkratky použité v textu	8
Úvod	10
1. Ejakulace a její poruchy	12
1.1 Ejakulát – semeno	12
1.2 Co je ejakulace, jak je řízena, regulována	13
1.3 Definice předčasné ejakulace	14
1.4 Jiné poruchy ejakulace	18
1.5 Poznatky o příčinách předčasné ejakulace	21
1.5.1 <i>Vliv psychiky na předčasnou ejakulaci</i>	22
1.5.2 <i>Mechanické příčiny předčasné ejakulace</i>	23
1.5.3 <i>Organické příčiny předčasné ejakulace</i>	25
1.5.4 <i>Interakce psychických a somatických faktorů</i>	27
2. Diagnostika předčasné ejakulace	32
3. Epidemiologie předčasné ejakulace	38
4. Terapie předčasné ejakulace	41
4.1 Farmakoterapie	43
4.1.1 <i>Antidepresiva</i>	43
4.1.2 <i>Sedativní neuroleptika</i>	51
4.1.3 <i>Inhibitory fosfodiesteráz (PDE-5)</i>	51
4.1.4 <i>Analgetika</i>	54
4.1.5 <i>Alfa 1-blokátory</i>	55
4.2 Psychoterapie	59
Závěr	65
Literatura	67
Rejstřík	78

PŘEDMLUVA

Dobu trvání pohlavního spojení určuje interval, který na křivce „sexuálního cyklu“ nazýváme „latence orgasmu“. Pokud muž dospěl k pocitovému vyvrcholení, obvykle není schopný v souloži pokračovat. Pokud je trvání pohlavního spojení velice krátké, zpravidla nestačí ke koitálnímu uspokojení ženy. Dospíváme k základnímu paradoxu sexuální poruchy zvané „předčasná ejakulace“, paradoxu spočívajícím v tom, že „rychlejší prohrává“.

Chápeme-li lidskou sexuální motivaci jako výsledek dlouhého evolučního procesu, musíme připustit, že příroda neměla žádný vážný důvod zbytečně prodlužovat trvání kopulačního aktu. Dlouhé trvání sexuálního spojení činí pár zranitelným, zvyšuje tedy riziko spojené se sexuálním aktem. Prokazatelně také dlouhotrvající koitus nijak nezvyšuje reprodukční úspěšnost konkrétního muže, spíše naopak. Orgasmus ženy nemá žádný zřejmý reprodukční účel. Sexuální dysfunkce zvaná *ejaculatio praecox* je tedy spojena výlučně s „rekreační“, prožitkovou charakteristikou koitálního sexu. Tato charakteristika je však pro lidské páry velmi významná a neopominutelná.

Se steskem na krátké trvání koitu se na lékaře obrací mnoho mužů, a to zejména těch mladších a sexuálně aktivních. Předčasná ejakulace představuje druhou nejčastější sexuální poruchu mužů. Ve statistikách je v těsném závěsu za dominujícími poruchami erekce. Proto je velmi užitečné, když se kolega Luděk Daněš pustil do popisu současných možností v diagnostice a terapii této poruchy. Předložený text podává přehled stávajících názorů na uvedený problém. Hodnotí strážlivě a racionálně možnosti psychoterapeutických metod a metod „sexoterapeutických“ také na základě vlastní bohaté klinické zkušenosti. Mnoho možností v léčbě poruch erekce dnes nabízí farmakoterapie. Kromě klasických psychofarmak představuje knížka také nejmodernější, někdy dosud jen experimentální farmakoterapeutické postupy. Publikaci lze doporučit všem lékařům, kteří se ve své klinické praxi setkávají s muži trpícími sexuálními poruchami.

Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

ZKRATKY POUŽITÉ V TEXTU

AIPE	Arabic Index of Premature Ejaculation (Arabský index předčasně ejakulace, dotazník)
CGIC	Clinical Global Impression of Change (Pacientovo hodnocení úspěšnosti léčby, dotazník)
CGI-I	Clinical Global Impression – Improvement (podobný jako předchozí)
DCIT	Drug Coitus Interval – doba mezi požitím léku a koitem
DSM-IV (TR)	Diagnostic and Statistical Manual (Text Revision) (Seznam nemocí pro diagnostiku a statistiku – čtvrtá revize)
ELT	ejakulační latenční doba
EMLA	Eutectic Mixture of Local Anesthetics – směs pro lokální znecitlivění, krém
fTH	volný thyroxin
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (Psychická zátěž pacienta hospitalizací, dotazník)
HPV	Human papillomavirus (lidský papillomavirus)
IEC	Index of Ejaculation Control (Index ovládnutí ejakulace)
IELT	Intravaginal Ejaculation Latent Time – doba mezi imisí a ejakulací
IIEF	International Index of Erectile Function (Mezinárodní index erektilní funkce)
LLPE	Life Long Premature Ejaculation (trvalá předčasná ejakulace, shodný význam i LPE)
LUTS	Lower Urinary Tract Syndrome (syndrom dolního močového traktu)
MELT	masturbační ejakulační latenční doba
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
NSRI	thymoleptikum se schopností potlačení zpětného vychytávání noradrenalinu
OELT	orální ejakulační latenční doba
PDE5	fosfodiesteráza 5
PE	Premature Ejaculation – předčasná ejakulace

PEDT	Premature Ejaculation Diagnostic Tool (Návod k diagnostice předčasné ejakulace, dotazník)
PEP	Premature Ejaculation Profile (Příznaky předčasné ejakulace, dotazník)
PERT	Postejaculation Refractory Time – doba potřebná k erekci po ejakulaci
PGI	Patient Global Impression (Pacientovo celkové hodnocení, dotazník)
PRO	Patient Reported Outcome (Pacientovo hodnocení úspěšnosti léčby, dotazník)
SQoL	Sexual Quality of Life – kvalita sexuálního života
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TSH	Thyreoid Stimulating Hormone (hormon stimulující štítnou žlázu)
VAELT	vaginální a anální ejakulační latenční doba
5-HT	5-hydroxytryptamin

ÚVOD

Do ordinace sexuologa, lékaře, přicházejí obvykle jako s druhou nejčastější poruchou ti pacienti, kteří trpí předčasnou ejakulací (PE), nebo, a to velmi zřídka, s opačnou poruchou: inhibovanou, až chybějící ejakulací. Na prvním místě sexuálních poruch stojí snad u nás běžně svou početností pacienti s erektilní dysfunkcí. Diskutovat o tom, která z těchto poruch je závažnější a významnější, by bylo neúčelné, protože i porucha ztopoření a také některé formy poruch ejakulace mohou vést k selhání biologické funkce – oplodnění partnerky – a mohou vést i k selhání harmonického sexuálního soužití partnerů a tím v konečném důsledku opět k zániku jejich sexuální a reprodukční role.

O častosti výskytu PE v populaci mužů jsou z různých částí světa značně rozdílné zprávy. Údaje kolísají mezi několika málo procenty až k těžko uvěřitelným 40 % (McMahon, Waldinger, Rowland et al., 2006). V Evropě je asi střední prevalence, v Africe nižší a ve východní Asii všeobecně vysoká. Autoři upozorňují poctivě na nejistotu získávaných dat, vyplývající z odhadů zatížených kulturními zvláštnostmi, rozdílnými postoji obou pohlaví, stupněm emancipace i specifickostí situace, za níž se odhad děje. Pro naši praxi je významné, že zájem mužů a párů o léčení PE je a že je podstatně nižší než problémy s erektilní poruchou.

Poruchy ejakulace lze zařadit do souvislosti s ostatními jevy nebo fázemi sexuální odpovědi takto: touha, vzrušení, orgasmus a uvolnění. Ejakulace časově spadá do čtvrté fáze, nicméně představuje autonomní část a zvláštní kognitivní a emocionální korový jev.

Z poruch ejakulace stojí v popředí zájmu mých pacientů a podle všeho i pacientů jiných sexuologů v naší republice PE. Tak je tomu zřejmě i v řadě jiných zemí. Tomu odpovídá také množství publikací v odborných časopisech. Pro velký podíl z nich je v posledních několika málo letech charakteristické, že v nich zaznívá nespokojenost vyplývající ze skutečnosti, že není dosud zcela ujasněno, jak má být PE jako nemoc definována, jak má být diagnostikována a jak mají být hodnoceny výsledky pokusů o její léčbu.

To ovšem neznamená, že by pro praxi chyběl návod na diagnostiku. Ten je obsažen v MKN-10 pro PE pod kódem F52.4 a výslovně říká: „Jde o neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci, aby mohlo dojít k uspokojení z pohlavního

styku. K ejakulaci dochází před nebo do 15 sekund po začátku soulože. “ Je na první pohled zřejmé, že toto časové vymezení je těžko sluchitelné s uvedeným požadavkem na uspokojení z pohlavního styku. Rozpor je v tom, že ani překročení zmíněného časového limitu jistě k uspokojení žádného z obou partnerů nepovede. To není nic překvapivého, protože s rozporností se setkáváme i u četných jiných diagnóz nemocí a poruch a vyplývá to z kompromisní dohodnuté úpravy textu MKN-10 i předchozích revizí tak, aby bylo učiněno zadost zdravotnickým autoritám celého světa s jejich existujícími rozdíly. V publikacích posledních let na téma PE je zároveň dobře patrné, že limit 15 sekund nikdo nebere v úvahu. Sexuolog by s ním u svého pacienta také neuspěl.

Předmětem této útlé publikace je přehled poznatků o etiologii nebo alespoň o souvislostech PE s jinými zdravotními, ať již fyziologickými, nebo patologickými, jevy; dále přehled poznatků o souvislostech PE se somatickými a psychickými příčinami a následky u postiženého jedince i u daného páru; komentovaný přehled způsobů a doporučení, jak různí autoři definují poruchu PE; a přehled pokusů o terapii PE psychologickými behaviorálními postupy a farmakoterapií, která nabývá v poslední době vrchu.

Autoři, kteří zhusta začínají své články o problematice PE postěžováním nad skutečností, že je málo poznatků o fyziologii i patologii a že je málo důkazů, která kritéria pro definici a diagnózu PE by měla platit, mají v zásadě pravdu. A to vzdor tomu, že pojmem „rychlá ejakulace“ se lékařská literatura zabývá již od roku 1887, kdy jej poprvé popsal Gross (Gallo, Perdona a Gallo, 2010). Domnívám se, že záleží hodně na tom, jde-li o autory, kteří usilují o vytváření vědy o PE, metod výzkumu, kritérií pro statisticky podložené hodnocení výsledků terapie apod., nebo jde-li o sexuologa, lékaře, jenž má na mysli prospěch konkrétního pacienta, mnoha konkrétních pacientů. Mne zajímá především tento druhý přístup. Je téměř jisté, že pacienta nebude nikdy zajímat obecná nauka o jeho poruše, ani statistická průkaznost, o jaký zlomek minuty se v experimentech prodloužila doba od začátku soulože do ejakulace, ale bude chtít alespoň trochu zlepšit stav své poruchy a dosáhnout spokojenosti své i pro svou partnerku. Má-li totéž na mysli jeho lékař, nemusí naříkat nad nedostatkem vědeckých poznatků a může s určitou mírou optimismu zkoušet léčit. A zdá se, že je čím. Naopak mnohý statisticky prokázaný úspěch terapie málo uspokojí pacienta a jeho partnerku a bude nutit jeho lékaře zkoušet štěstí dál.

1. EJAKULACE A JEJÍ PORUCHY

V této kapitole se pokusím zopakovat a shrnout základní poznatky o fyziologii mužského pohlavního orgánu v míře potřebné k orientaci v problematice ejakulace. Pak navážu přehledem poznatků o tom, čím je ejakulace ovlivňována a jaké mohou být její poruchy. Ukáže se, že dosud nejednotné chápání definice PE a jejího zdravotního a společenského významu není jen předmětem pro akademickou diskusi, ale je podstatné i pro přístupy k léčbě, pro lékařovo rozhodování a pro možnosti uspokojení pacientových potřeb.

1.1 EJAKULÁT – SEMENO

Ejakulát je tekutina, která vzniká smíšením několika složek, jež jsou produktem samostatných definovaných orgánů – žláz nebo tkání. Nejvíce se na objemu ejakulátu – semene – podílejí *glandulae vesiculosae* – měchýřkové žlázy či vezikuly. Jde o párový orgán fungující současně. Jeho velikost je poměrně značná, jeho objem kolísá individuálně v rozmezí několika ml, a ta právě je rozhodující pro to, jaký bude celkový objem semene daného jedince. Sekret těchto žláz je viskózní, což je dáno zejména vysokým obsahem glykoproteinů, které koagulují při ejakulaci. Obsahuje fruktózu, ureu a prostaglandiny.

Dále se na tvorbě ejakulátu podílí, a to asi nejvýše třetinou jeho objemu, prostata. Sekret prostaty je bělavý, zakalený a svým obsahem sperminu dodává ejakulátu charakteristický pach. Lze v něm prokazovat kyselou fosfatázu a PSA (prostatický specifický antigen).

Tekutou složku ejakulátu obohacují v malé míře další žlázy, a to *glandulae bulbourethrales* – Cowperovy žlázy, vyúsťující do bulbární části močové trubice, a dále mnoho žlázek v uretře, včetně periuretrálních Littréových žláz. Sekret je čirý a vazký. Připisuje se mu neutralizační efekt na povrch sliznice uretry před ejakulací (Zvěřina, 2010b) a zřejmě působí jako lubrikans.

Velmi malou část tekutiny ejakulátu tvoří sekret nadvarlete – *epididymis*. Obsahuje velké množství karnitinu. V kanálcích nadvarlete zrají mužské zárodečné buňky a v sekretu obsažené látky, zejména glykoprotein, tomu napo-

máhají. Pasivní transport spermií částmi nadvarlete, tj. hlavou, tělem a kaudou (ocasem), do ampulární části chámovodu trvá 21 dní.

Nejdůležitější součástí ejakulátu jsou spermie, tvořící se ve varlatech – *testes*. Spermioogeneze je dlouhý proces začínající u bazální spermatogonie a končící spermatidou a diferencováním zralé spermie. Následuje zrání v nadvarleti až po získání plné pohyblivosti a funkčnosti. Ty má až v ejakulátu po jeho zkapalnění.

1.2 CO JE EJAKULACE, JAK JE ŘÍZENA, REGULOVÁNA

Ejakulace se obvykle rozděluje na dvě fáze. První se pojmenovává jako **emise**. Je výsledkem práce hladkého svalstva *vasa deferentia* (chámovodů), semenných váčků a prostaty a jde o přemístění semene do zadní části močové trubice, do *urethra posterior*. Zároveň se jednotlivé složky ejakulátu smíchají.

Druhá fáze se označuje jako **pravá ejakulace** nebo jako **expulze**. Je výsledkem stahů příčné pruhovaného svalstva pánevního dna. První fáze má povahu vnitřního přemístování semene a nemusí být nezadržitelně následována dokončením ejakulace. První fáze je vyvolána impulzy sympatiku. Druhá fáze je vyvolána tlakem semene na stěny ampuly, jež vyústí do aferentních nervových impulzů, vedených do míchy v úrovni S2–S4 (oblasti křížové kosti). Tato fáze má povahu klonických svalových stahů *m. bulbocavernosus* a *m. ischiocavernosus* o značné síle, které proběhnou nezadržitelně do ukončení expulze, došlo-li již k jejich zahájení. Předpokladem úspěšné expulze je stah svěrače močového měchýře, jež zabrání protisměrnému úniku semene do močového měchýře (Safarinejad a Hosseini, 2006).

Podle intenzity svalové práce při ejakulaci se dají rozlišovat dvě formy ejakulace, a to stenická a astenická. Lze předpokládat, že jde o rozdíl ve fázi expulze, nikoli emise. Oba pojmy, tj. stenická a astenická, se užívají v praxi, hlavně mluví-li se o PE. Mohlo by se to zdát protismyslné, protože při *ejaculatio praecox* se nabízí představa, že je spojena s vysokou dráždívností, vyšším tonem a vyšší intenzitou svalové práce. Není tomu tak vždy. Paradoxně přetrvává u někoho astenická forma PE spojená s ochablostí svalstva, se sníženou kvalitou erekce, ať již jde o poruchu erekce vyvolanou stárnutím, nebo farmakologicky.

Bancroft (1989) rozlišuje pravou PE od té, již nazývá aparentní. U tzv. aparentní je z nějaké fyzikální příčiny prodloužena doba potřebná k nastoupení dokonalé erekce. Ač je doba, po kterou trvá stimulace až po vyvolání ejakulace, stále stejná, může se v takovém případě jevit doba od dosažení erekce do

ejakulace jako krátká. Ve skutečnosti tomu tak není a problém je v prodlení, než se dostaví erekce.

Autor cituje v této souvislosti objevnou českou práci, v níž Michal ukázal nejen, jak problematika erekce může souviset s PE, ale podařilo se mu poruchu i chirurgicky řešit. Dnes je však pravděpodobnější, že by ani sám pacient nevnímal takovou poruchu jako PE, ale jako erektilní dysfunkci. Sexuolog rovněž, pokud by se řídil kritérii podle DSM-IV, by žádný projev PE neviděl.

Jak je ejakulace nervově řízena a regulována, přehledně ukazuje ve svém schématu Zvěřina (2003). Na úrovni mozku jmenuje kortex, limbický systém a hypotalamus. Na úrovni míchy pak označuje jako nejdůležitější centrum pro ejakulaci torakolumbální segmenty T12–L1 (oblast posledního obratle hrudního a prvního bederního), jež hrají úlohu při ejakulaci spojené s orgasmem. Jako další ejakulační centrum uvádí segmenty S2–S4 (oblast křížové kosti), které jsou ovlivňovány impulzy z mozku i z horního ejakulačního centra. Dálněji uložené centrum ejakulace se uplatňuje také při reflexní ejakulaci, tj. i při takové, jež není nutně spojena s proběhnutím orgasmu. Sakrální ejakulační centrum řídí obě fáze ejakulace. Nicméně její expulze nebývá dosti silně vyjádřena a kvalita semene není plnohodnotná, jak o tom svědčí výsledky vyšetření u ejakulací navozených uměle elektrostimulací nebo vibrací.

Některé detaily o řízení a regulaci ejakulace budou uvedeny níže při citování a komentování dílčích sdělení.

1.3 DEFINICE PŘEDČASNÉ EJAKULACE

Pojmy *ejaculatio praecox*, předčasná ejakulace, překotná ejakulace, rychlá ejakulace (*premature, rapid ejaculation*) jsou v literatuře užívány jako synonyma, ale vidíme, že je to spíše výsledkem určité konvence vzájemného jazykového překladu než úplné shody smyslu a obsahu slov. Snad se uvedené termíny zdály jasné a jednoznačné do chvíle, než se odborníci začali snažit pojem definovat a upřesňovat. Je zřejmé, že by mělo být možné termín upřesnit časovým údajem, určit dobu, která uplyne od zahájení dráždění penisu do ejakulace. Pod určenou hranicí by měla být ejakulace předčasná a nad ní snad již normální? Otazník k takovému konstatování se přímo vnučuje.

Zvláště když si uvědomíme, že onou konvenční časovou hranicí bývá jedna minuta (v MKN-10 dokonce 15 sekund). Proč je ejakulace do 60 sekund předčasná, a ne např. do 70 sekund, je těžko přijatelné pro laika právě tak jako

pro odborníka, ba dokonce pro každého muže a ženu, protože se jim to zdá podle přirozeného rozumu a citu málo.

Toto zdánlivě vědecké a objektivní určení časového limitu je zpochybnitelné otázkou, odkdy se má ona minuta měřit. Je to od počátku tělesného kontaktu partnerů, od hlazení, mazlení, nebo od začátku frikčních pohybů v pochvě? Příznivci objektivního časového měření namítnou, že jde o jednu minutu od začátku soulože, tj. od vpravení penisu do pochvy, a to je přece jednoznačně určitelné. Nověji je ve studiích označována doba do ejakulace jako intravaginální ejakulační latenční doba (IELT). Budu tuto zkratku užívat v textu i nadále, ač by mohla být jistě nahrazena zkratkou českého pojmenování.

Zvěřina (2010a) ve své definici překotné ejakulace na přesnější časové vymezení rezignuje. Zdůrazňuje však jednu významnou a neopominutelnou podmínku: „Aby tato dysfunkce byla plně vyjádřena, musí k překotné ejakulaci docházet při pravidelných a častých stycích (alespoň několikrát týdně nebo denně) a při pohlavních stycích opakovaných.“ Zvěřina podtrhuje, že latence orgasmu u mužů a tím také latence ejakulace vykazuje negativní závislost na intervalu od předchozího styku. To může vyvolávat nelibost u partnerky, ta odmítá styk a prodlužuje interval mezi souložemi a tím opět paradoxně zhoršuje mužovu schopnost regulovat latenční dobu ejakulace. Zvěřina proto mluví při takovémto nepravidelném styku o „relativní PE“.

Zkoumání a úvahám, jak rozmanitě se mohou projevat různé formy sexuálních aktivit na délce, která uplyne od jejich začátku do ejakulace, se zabývají nověji Jern, Santilla, Johanssonová et al. (2009) a připomínají snahu Waldingerovu (2007a, b), který zaváděl do studia PE pojmy jako OELT (latenční dobu do ejakulace při orálním sexu), dále se pracuje s termíny MELT (masturbační ejakulační latenční doba), VAELT (vaginální a anální ejakulační latenční doba) aj.

Jern et al. se v citované práci zaměřili mj. na studium vlivu stáří na ELT. Nespornou předností jejich studie je, že se jim podařilo získat údaje od velkého počtu respondentů a vyšetřených mužů. To hlavní, co dělá ze studie vzorovou práci a přináší podněty k zamyšlení nad problematikou PE, je jejich kritický přístup k hodnocení náleží a hodnocení situací, za nichž se nějaké časové údaje o ELT získávají. Význam jakéhokoli zjištěného časového údaje je zapotřebí bedlivě hodnotit v souvislostech. Tím spíše při léčbě konkrétního pacienta.

Význam psychické složky stimulace i fyzických forem kontaktu, které předcházejí vlastnímu začátku soulože, je zřejmý již z toho, že k ejakulaci může dojít i *ante portas*, tudíž ne do minuty, ale v jakémsi „minusovém“ čase. I proto považuji minutovou hranici PE pro léčícího sexuologa spíše jen za orientační.