

Když se po čtyřicítce mění intimita

Pokles libida u žen i mužů a role gynekologa v párové sexualitě



MUDr. Marek Broul, Ph.D.

Sexuologické oddělení Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
Urologické oddělení, nemocnice Litoměřice, Krajská zdravotní a.s.
Fakulta zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně
v Ústí nad Labem

- 1959 - Sexuologická poradna při psychiatrickém oddělení MNUL
- 1961 – samostatná Sexuologická ambulance
- 1. 6. 1980 – samostatný primariát v Krajské nemocnici Ústí nad Labem



- 2x urolog
- 1x psychiatr
- 1x gynekolog
- 1x psycholog
- Andrologická laboratoř
- Phalo x vulvopletismograf
- Ultrazvuk



Program přednášky

Co dnes probereme

01

Jak se ptát

Krátký, citlivý a časově udržitelný screening
v ordinaci

02

Ženské libido po 40

GSM, responsivní touha, spánek, tělesný
obraz

03

Partner v obraze

ED jako modulátor párové sexuality a
kardiovaskulární signál

04

LOH a integrovaný algoritmus

Diagnostická kritéria a praktický postup pro ambulanci

05

Kazuistiky a závěr

Dva didaktické příklady z praxe

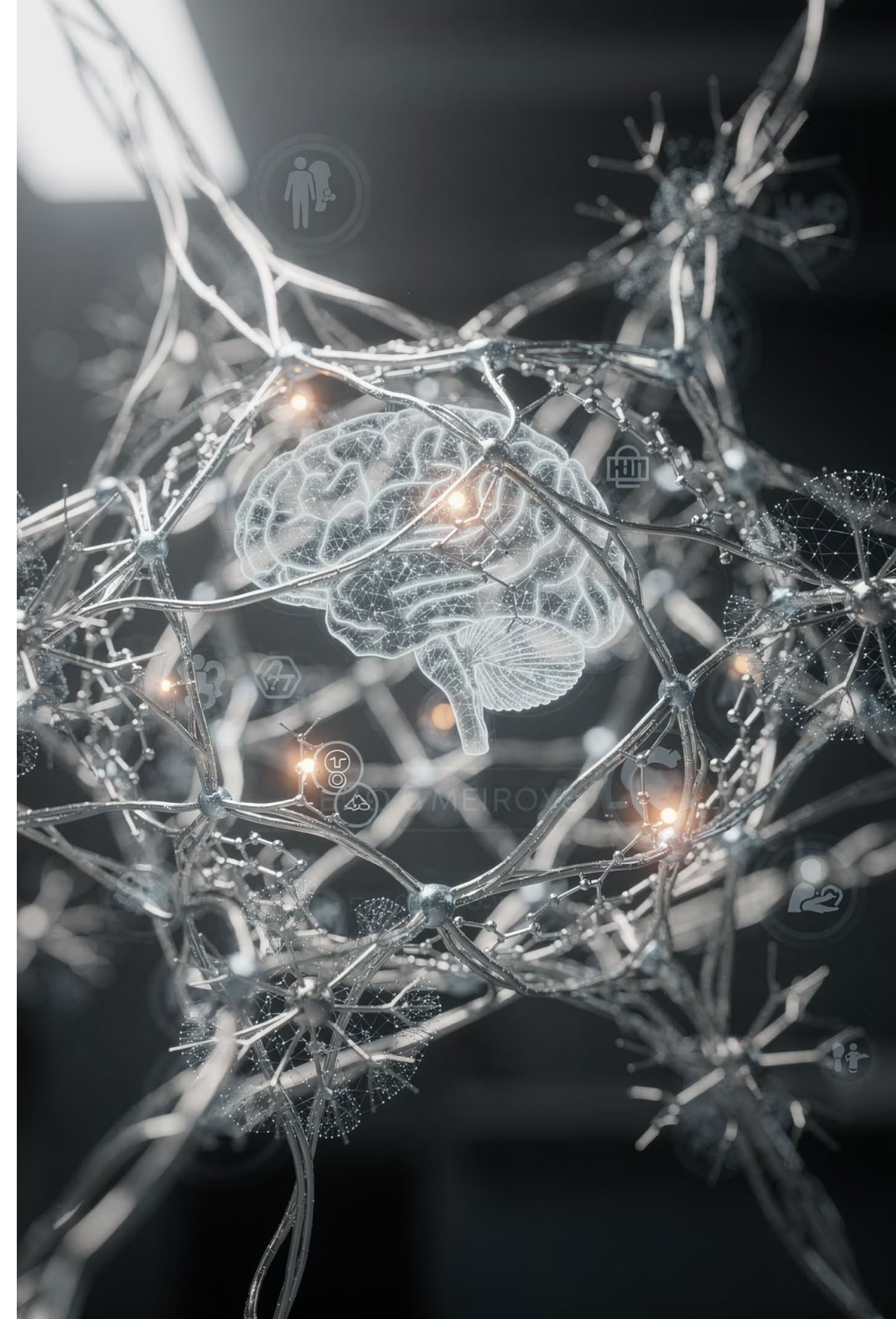




5

Proč je pokles libida po 40 multifaktoriální

Sexualita po 40. roce věku se zřídka mění jedním izolovaným mechanismem. V klinické praxi pozorujeme **kumulaci biologických, psychologických a vztahových faktorů**, které se vzájemně zesilují.



Tři roviny, které se vzájemně zesilují

Biologická rovina

- Perimenopauza → postmenopauza
- GSM: suchost, dyspareunie
- Poruchy spánku, návaly
- Komorbidity a medikace

Psychologická rovina

- Psychická zátěž a stres
- Změny tělesného obrazu
- Pečovatelské role
- Deprese, SSRI/SNRI

Vztahová rovina

- Dynamika párového vztahu
- Pokles sexuální funkce u partnera
- Vyhýbavá spirála
- Komunikační bariéry



Role ordinace

Gynekologická ordinace jako první a bezpečné místo

Pro mnoho žen je gynekologická ordinace **prvním a někdy jediným místem**, kde lze intimní obtíže bezpečně otevřít. Zde se rozhoduje, zda žena dostane srozumitelné vysvětlení a realistický plán – nebo odejde s pocitem, že její problém je banální a neřešitelný.

Jak se ptát: krátce, citlivě, efektivně

Permission-based komunikace

Nejprve dejte najevo, že téma sexuality je **legitimní součástí zdravotní péče**, teprve poté pokládejte cílené otázky.

Funkční úvodní věty

„Změny intimity po 40. roce jsou časté a řešitelné – krátká orientace je součástí běžné péče.“ Pacientka může téma odložit na příště.

Cíl: ne detailní anamnéza

Zachytit hlavní „**brzdy**“ a nastavit směřování – ne provádět sexuologický audit. Dvě minuty screeningu zásadně zvyšují pravděpodobnost správné cesty.

Dvouminutový screening: 5 domén intimního zdraví

1

Touha vs. blokace

Nepřichází chuť, nebo je *překryta* bolestí, únavou, stresem? Cílit nejprve překážku.

2

Bolest a dyskomfort

Suchost, pálení, dyspareunie?
Nejdiagnostičtější výtěžná otázka vůbec.

3

Spánek a energie

Nespavost a chronická únava jsou silným prediktorem poklesu libida.

4

Psychika a psychofarmaka

SSRI/SNRI, deprese, úzkost – přispívají k poklesu touhy i poruchám orgasmu.

5

Partner a párový kontext

„Jak je na tom partner s erekcí a chutí?" Odhalí vyhýbavou spirálu.



KAPITOLA 2

Ženské libido po 40: nejčastější klinické scénáře

GSM: „tichý sabotér" touhy

Genitourinární syndrom menopauzy (GSM) představuje spektrum symptomů spojených s poklesem estrogenů v urogenitálním traktu. Bývá **poddiagnostikovaný, podléčený** a bez terapie má chronický průběh.

 **Zásadní pravidlo:** Bolest a anticipace bolesti jsou jedny z nejsilnějších inhibitorů sexuální touhy. Pokles libida bývá sekundární – adaptivní ochranný mechanismus.

Klinické projevy

- Suchost a pálení
- Dyspareunie
- Mikční obtíže
- Vulnerabilita sliznic

Step-up přístup

- Edukace + lubrikace
- Lokální hormonální terapie
- Léčba bolesti
- Pánevní fyzioterapie

Říkejte to nahlas

„Pokud sex bolí, je logické, že se do něj tělo i hlava nehrnou.“

Tento výrok bývá pro pacientku **úlevný** – snižuje pocity viny a pocit „selhání“. Normalizace mechanismu je sama o sobě terapeutická a otvírá prostor pro spolupráci.



Responsivní touha: chuť nemusí přijít sama od sebe

U žen v dlouhodobých vztazích je sexuální touha často **responsivní, ne spontánní**.
Nevzniká jako náhlý impuls – ale v kontextu intimity, bezpečí a stimulace.

Absence spontánního libida *není patologie*
Cílem není čekat na chuť, ale **vytvořit podmínky**, ve kterých může vzniknout.
Snižuje tlak na výkon a zlepšuje párovou spolupráci.

Spánek, stres a mentální zátěž: neviditelná brzda



Spánek

Návaly, noční buzení, chronická deprivace spánku snižují motivaci k sexu a zhoršují regulaci stresu. Ptejte se: „Spíte dobře? Budíte se v noci?“



Stres a mentální zátěž

Pokud je žena dlouhodobě v režimu výkonu a péče, je těžké „přepnout“ do erotického režimu. Prioritou je vytvořit mikropodmínky pro intimitu.



Screening spánkové apnoe

U rizikových pacientek (obezita, chrápání, ranní únava) je screening apnoe účinnější intervencí než sexuologická terapie.

Tělesný obraz, inkontinence a pánevní dno

Po 40. roce mohou do sexuality vstoupit **stydlivost, obavy z inkontinence** nebo pocit ztráty kontroly nad tělem. Ženy se mnohdy vyhýbají sexu kvůli obavám, které považují za trapné.

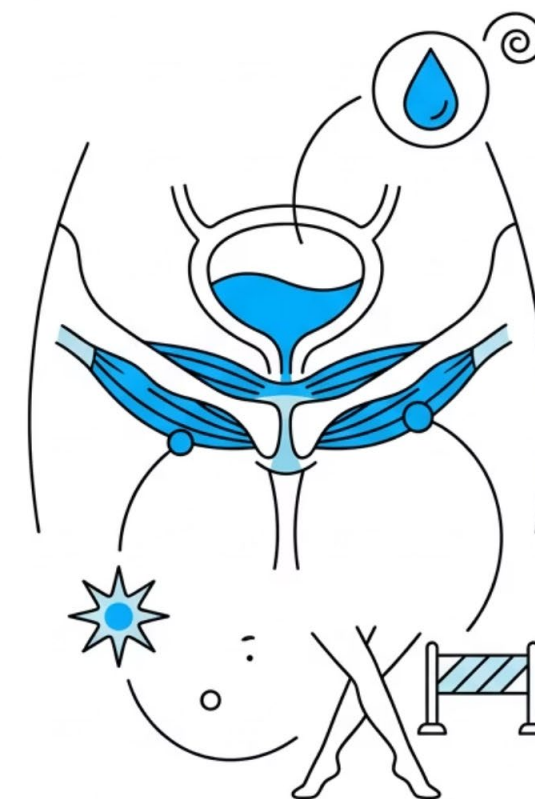
Normalizace + nabídka řešení:

- Rehabilitace pánevního dna
- Urogynekologické dovyšetření
- Cílená edukace

TĚLESNÝ OBRAZ (Změny sebevnímání, hmotnost, kůže)



PÁNEVNÍ DNO & MĚCHÝŘ (Obavy z úniku, bolest, úzkost, vyhýbání)



HSDD: kdy mluvit o poruše, kdy o symptomu

Nízké libido ≠ HSDD

O diagnóze hypoaktivní poruchy sexuální touhy uvažujte, teprve **pokud je přítomna subjektivní tíseň (distres)** a nelze identifikovat primárně modifikovatelné faktory.

Modifikovatelné faktory nejprve

Bolest, konfliktní vztah, neléčená deprese, výrazná únava – tyto faktory řešte před jakoukoliv farmakologickou intervencí zaměřenou na touhu.

Farmakoterapie: dva principy

Farmakoterapie nenahradí léčbu bolesti, spánku a vztahových faktorů. Indikace testosteronu u žen (ISSWSH) je pro selektované postmenopauzální pacientky s HSDD při správné indikaci a monitorování.



KAPITOLA 4

Jak bezpečně zahrnout muže do ordinace

Zahrnutí partnera neznamena přeměnit gynekologickou ordinaci v andrologickou poradnu. Jde o **rozšíření perspektivy**: párová sexualita je systém, kde dysfunkce jednoho přetváří chování druhého.

Jedna normalizační věta otevírá hodně dveří

„Často je to kombinace faktorů u obou. Někdy začíná problém u partnera erekcí nebo únavou, ale pak se pár dostane do vyhýbání.“

→ Mapujte partnerovu funkci

Erektilní dysfunkce, nízké libido,
únava, deprese, nárůst hmotnosti,
změny komunikace

→ Vyhýbavá spirála

Mužská dysfunkce → vyhýbání →
žena to čte jako odmítnutí → touha
klesá dál

→ Přerušování spirály

Pojmenování mechanismu + snížení
tlaku na penetraci + domluvená
intimita bez výkonu



Erektilní dysfunkce: sexuální symptom i klinický signál

ED je důležitá nejen jako determinant párové sexuality, ale také jako **potenciální marker zvýšeného kardiovaskulárního rizika** (Princeton IV konsensus).

- Nebagatelizovat ED jako „jen sex“
- Vysvětlit páru vazbu na cévní zdraví
- Doporučit kardiometabolický screening
- Dle tíže: urologické/andrologické vyšetření

Artery Size Hypothesis

Proč erektilní dysfunkce předchází koronární ischemii



Penilní vs. koronární arterie

Průměr tepen

1–2mm

Penilní arterie

3–4mm

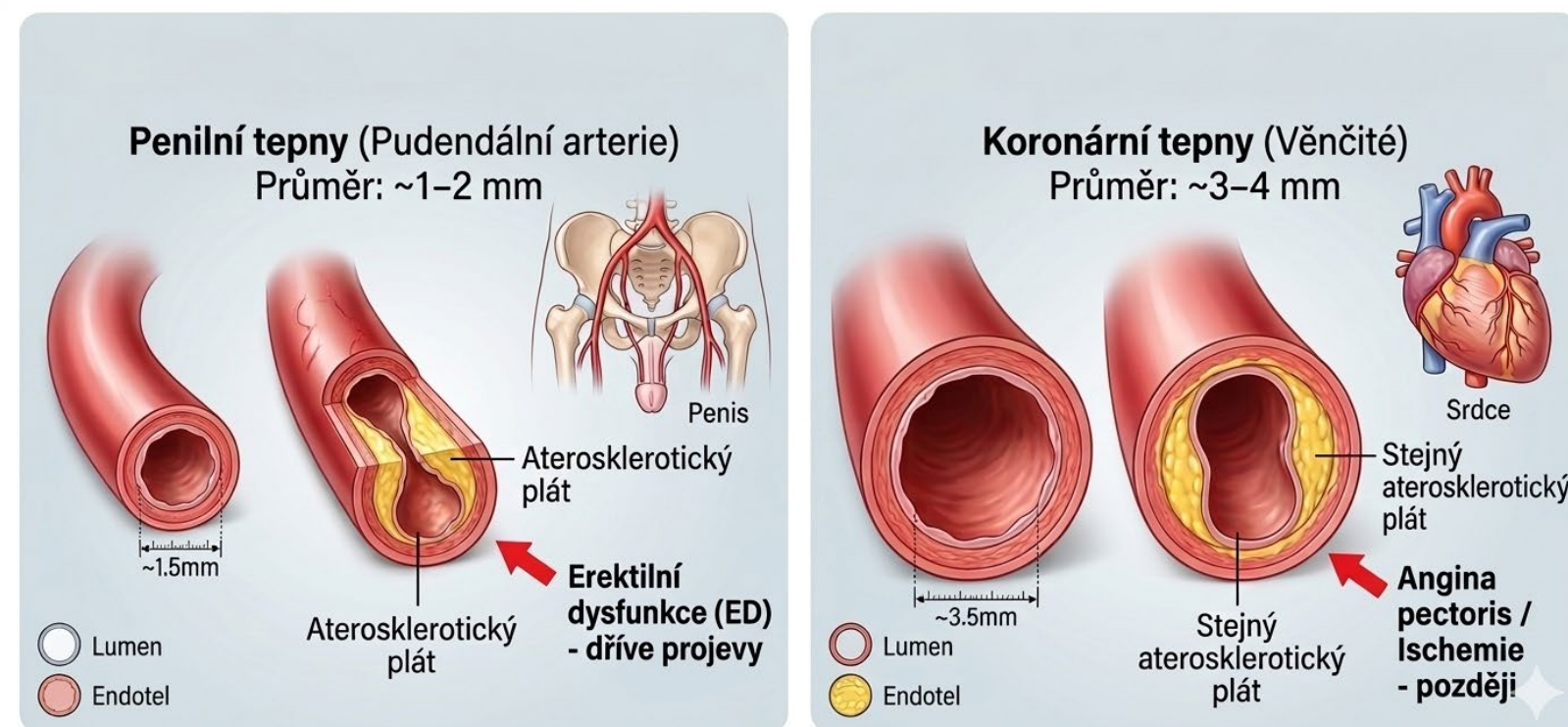
Koronární arterie

Penilní arterie 1–2 mm, Koronární arterie 3–4 mm

Klinický důsledek

Stejná míra **endoteliální dysfunkce** nebo **aterosklerózy** se projeví dříve v menších penilních tepnách než v koronárních.

Erektilní dysfunkce tak může být **časným varovným signálem** kardiovaskulárního onemocnění.



Mechanismus: menší průsvit, dřívější symptom

Endoteliální dysfunkce

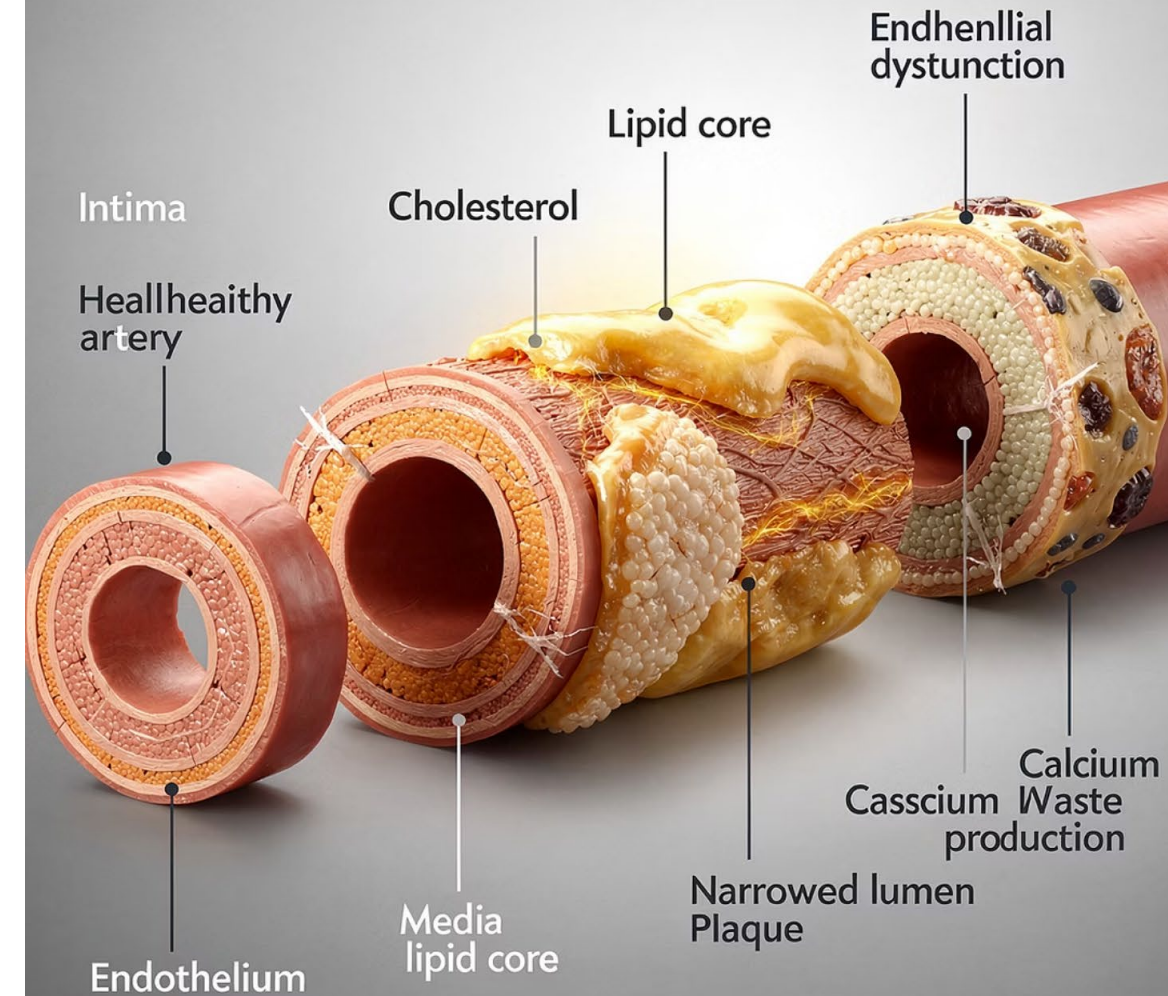
Postihuje tepny systémově—bez ohledu na velikost

Kritická redukce průtoku

V 1–2 mm tepně nastane dříve než 3–4 mm koronární

Klinická manifestace

ED předchází angině pectoris **měsíce až roky**



Kardiometabolický screening při ED



Krevní tlak

Hypertenze jako nezávislý rizikový faktor
ED i KV událostí



Glykemie / HbA1c

Screening diabetu a prediabetu –
přítomný u mnoha mužů s ED



Lipidy

Dyslipidémie jako součást
kardiometabolického profilu



BMI / obvod pasu

Obezita jako modulátor testosteronu, vaskulárního zdraví i ED



Kouření a fyzická aktivita

Modifikovatelné faktory s přímým dopadem na cévní funkci

Gynekolog vytvoří prostor pro prevenci závažnějších komplikací a zároveň pomůže páru snížit stres a vyhýbání.

LOH (andropauza): kdy na ni myslet

- ☐ **Klíčová podmínka:** LOH vyžaduje kombinaci typických symptomů a opakovaně potvrzené biochemické testosteronové insuficience. Není to „pocit andropauzy“ bez laboratorního nálezu.

1

Diagnostický práh

Celkový testosteron **< 12 nmol/l** jako spolehlivý práh dle EAU – při přítomnosti klinických symptomů

2

Správný odběr

Ráno, ideálně nalačno, **opakovaně** (7.–11. hod.). Jedno měření nestačí.

3

Volný testosteron

Doplnit SHBG a vypočítat volný testosteron – zejména při obezitě, věku, onemocnění jater/štítné žlázy

4

LH / FSH

Diferenciace primárního a sekundárního hypogonadismu – nutná pro správné nasměrování léčby

Než uvažovat o substituci: modifikovatelné faktory

→ Redukce hmotnosti

Obezita snižuje testosteron mechanicky – viscerální tuk zvyšuje aromatizaci

→ Alkohol a komorbidity

Úprava alkoholu, optimalizace diabetu a kardiometabolických rizik

→ Léčba spánkové apnoe

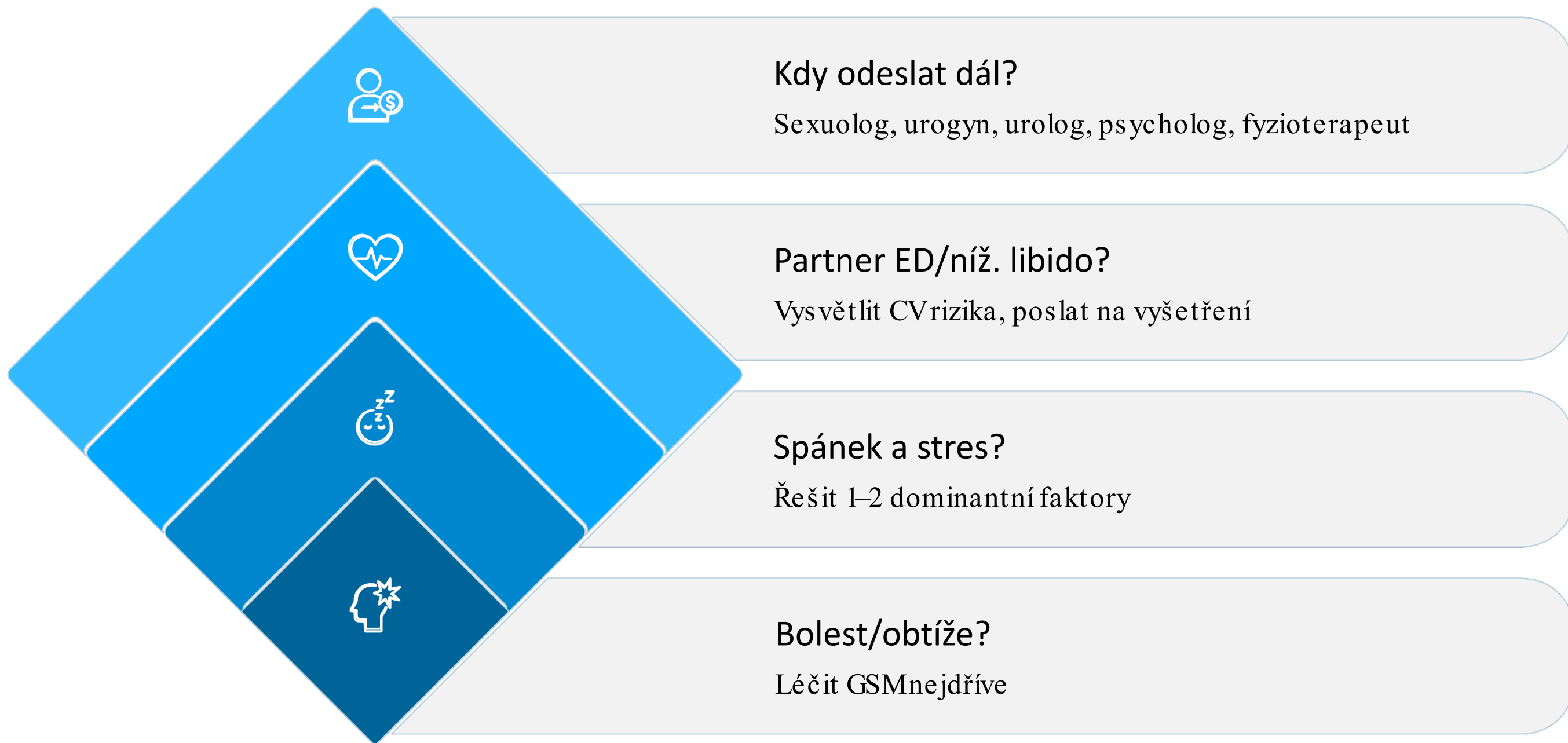
CPAP terapie může testosteron i sexuální funkci výrazně zlepšit

→ Odeslání specialistovi

Androlog / endokrinolog s opakovaným ranním testosteronem a klinickou korelací dle EAU

LOH je medicínská diagnóza s jasnými kritérii – nikoli sociální nálepka. To snižuje riziko samoléčby a pomáhá partnerce pochopit biologický kontext.

Integrovaný klinický algoritmus pro ambulanci



Krok 1: Je přítomna bolest?

Priorita č. 1

Léčba GSM a bolesti

Pokud bolest odezní, touha se často „sama“ zlepšuje z nutnosti léčit libido jako samostatnou entitu.

Praktický postup

- Identifikovat a léčit GSM(NAMS)
- Edukovat o mechanismu: bolest → vyhýbání → pokles touhy
- Snížit tlak na penetraci
- Lokální terapie dle step-up přístupu
- Zvážit pánevní fyzioterapii

Krok 2: Spánek, stres, psychika, medikace

Vyberte **1–2 dominantní faktory** a nastavte realistický plán. Není nutné řešit vše najednou.

Vasomotorické symptomy

Léčba návalů → stabilizace spánku → energie

Psychofarmaka

Revize SSRI/SNRI ve spolupráci s psychiatrem

Komorbidity

Optimalizace diabetu, hypertenze, BMI

Spánková apnoe

Screening u rizikových: obezita, chrápání, ranní únava

Krok 3 & 4: Partner a odeslání specialistovi

Krok 3: Partner

- Podezření na ED → vysvětlit vazbu na KV riziko → doporučit praktikovi/internistovi
- Podezření na LOH → andrologické/endokrinologické vyšetření s ranním testosteronem (EAU)

Krok 4: Kdy odesílat

- Výrazný distres nebo refrakterní obtíže
- Těžká dyspareunie / vulvodynie
- Podezření na trauma nebo koerci (nátlak, donucování)
- Závažná psychiatrická komorbidita
- Komplexní kombinace, kterou nelze ambulantně zvládnout

Sít specialistů: kdo, kdy a proč



Sexuolog / párový terapeut

Výrazný distres, HSDD, vztahové problémy, trauma, koerce



Urogynekolog / urolog / androlog

Těžká dyspareunie, vulvodynie, ED, podezření na LOH



Pánevní fyzioterapeut

Svalový hypertonus, vestibulární bolest, inkontinence, hypotonické dno



Psychiatr / psycholog

Deprese, úzkost, psychofarmaka ovlivňující sexuální funkci

KAPITOLA 8

Kazuistika 1

46letá žena, perimenopauza, pokles
touhy a dyspareunie



Kazuistika 1: rozbor případu

Prezentace

„Nemám libido.“ Při cíleném dotazu: suchost, pálení, bolest při penetraci, nespavost, návaly. Sex se postupně omezil kvůli bolesti.

Dominantní mechanismus

GSM + porucha spánku → sekundární pokles touhy

Plán

- Léčba GSM (lokální terapie dle step-up)
- Edukace: bolest → vyhýbání = ochranný mechanismus
- Snížení tlaku na penetraci
- Stabilizace spánku, léčba vasomotorických symptomů

☐ Po zlepšení dyskomfortu dochází ke spontánnímu návratu intimity – bez nutnosti „léčit libido“ jako samostatnou entitu. (NAMS GSM statement)

Kazuistika 2

52letá žena bez bolesti, „už nemáme sex“ – partner 55 let s ED



Kazuistika 2: rozbor případu

Prezentace

Pokles touhy u ženy, partner se vyhýbá sexu a je podrážděný.

Cíleným dotazem: dlouhodobá ED, nárůst hmotnosti partnera, nově léčená hypertenze.

Mechanismus

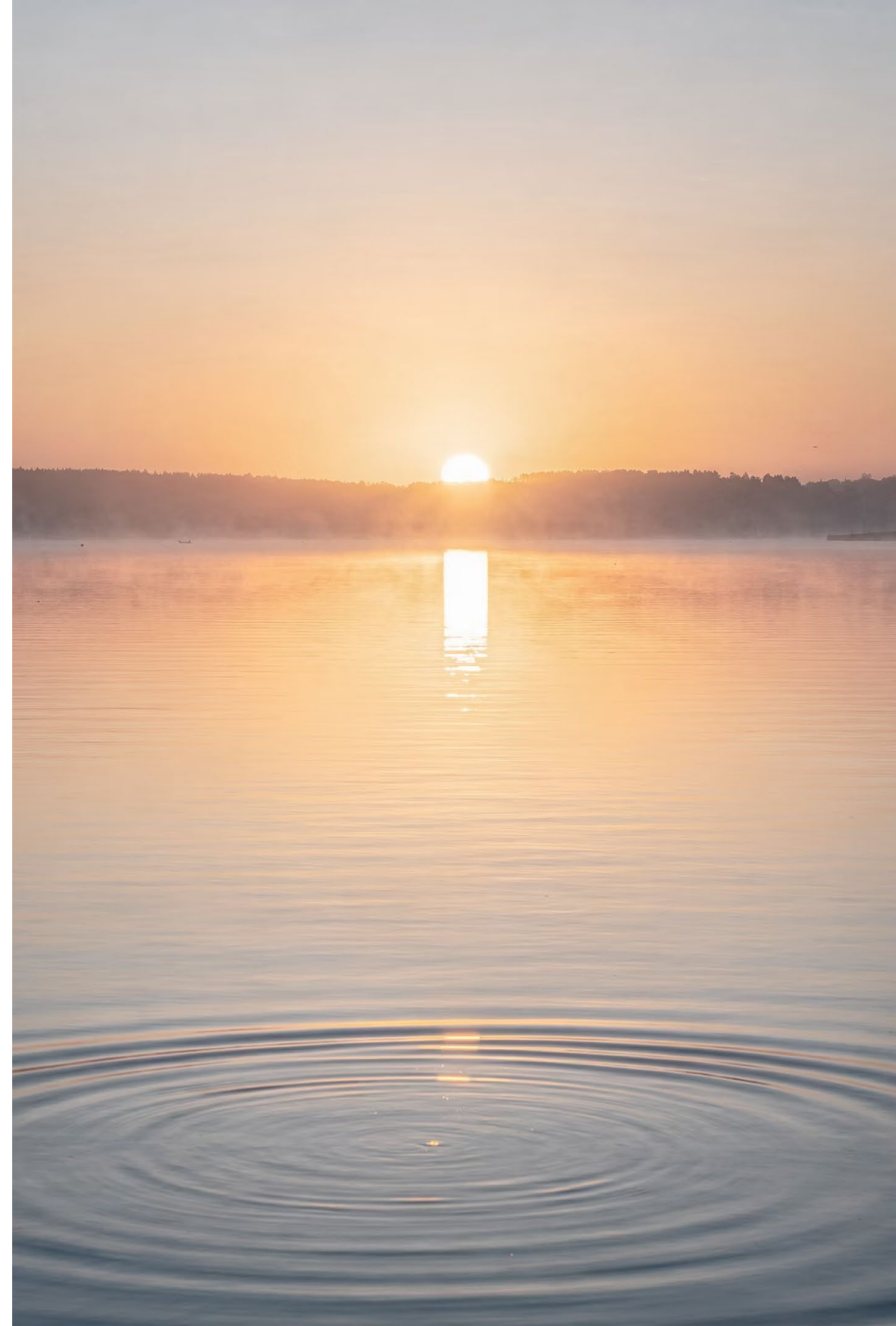
ED u partnera → vyhýbavá spirála → ženina touha klesá dál

Plán gynekologa

- Normalizovat ED: není selhání, může být signálem cévního zdraví
- Doporučit návazné kardiometabolické vyšetření (Princeton IV)
- Pomoci páru snížit tlak na výkon
- Intimita bez penetrace, plánování, komunikace

□ ED = příležitost ke kardiovaskulární prevenci, nejen k léčbě kvality života. (Princeton IV konsensus)

Závěr: tři praktické věty pro gynekologa



Tři věty, které mění praxi

1. Začněte tím, co touhu tlumí, ne tím, co ji má „vyvolat“

Bolest (GSM), spánek a stres jsou nejčastější a nejlépe ovlivnitelné příčiny. Léčte je jako první. (NAMS)

2. V párové sexualitě je potřeba zohlednit i partnera

ED může být spouštěč párové spirály a současně marker kardiovaskulárního rizika–nejen „mužský problém“. (Princeton IV)

3. LOH má dvě podmínky: symptomy + laboratorní potvrzení

Testosteron < 12 nmol/l opakovaně ráno + klinické příznaky. Bez obou podmínek diagnóza nestojí. (EAU)

Děkuji za pozornost

Intimita po 40 je téma, které patří do ordinace

Gynekologická ordinace má jedinečnou pozici bezpečné místo, kde lze otevřít to, co jinde zůstává nevyřčené. Vaše angažovanost, citlivý dotaz a realistický plán mají přímý dopad na kvalitu života párů.

NAMS – GSM

Position statement o genitourinárním syndromu menopauzy

Princeton IV

ED jako risk-enhancing marker KV onemocnění

ISSWSH – Testosteron

Klinická doporučení pro HSDD u žen

EAU – LOH

Diagnostická a terapeutická kritéria pro pozdní hypogonadismus