

Concluzii

1. Preparatele No-Cyst Intensiv și No-Cyst Prevent sunt eficiente și se recomandă a fi administrate în tratamentul și profilaxia recidivelor ITU la copii;
2. Efectul pozitiv este observat de la a 4 -5 zi de tratament;
3. Efectul mai rapid și eficient a fost observat la fete cu ITU primar depistată.

4. No-Cyst este un remediu natural cu un gust plăcut ceea ce facilitează administrarea la copii;
5. Preparatul este bine tolerat și are un număr scăzut de reacții adverse;
6. Preparatul poate fi administrat și în tratamentul post-operator complex după intervenții plastice asupra tractului urinar.

Bibliografie

1. Grabe M. (chairman), Bjeklun-Johansen T., Botto H., Wullt B., Cek M., Naber K., Pickard R., Tenke P., Wagenlehner F., „Guidelines on urological infections”// In the „Guidelines European Association of Urology”, 2011, p.20-21.
2. Schito G., Naber K., Botto H., Palou J., Mazzei T., Gualco L., Marchese A. The ARESC study: international survey on the antimicrobial resistance of pathogens involves in uncomplicated urinary tract infections// Int J Antimicrob Agents. 2009 Jun 6 (34): 407-413.
3. Gregory G., Anderson et al. Intracellular Bacterial Biofilm-Like Pods in urinary Tract Infections Science 301, 105 (2003).

АДЕНОПРОСИН В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И. Думбрэвяну, В. Чухрий, Наталья Корня, А. Танасе, Е. Себан, В. Гикавый

Кафедра Урологии и Оперативной Нефрологии, Государственный Университет Медицины и Фармации «Николай Тестемицану»

Rezumat**Adenoprosin în tratamentul afecțiunilor prostatei**

Studiul a inclus 200 pacienți cu prostatită cronică (II, III, IIIA, IIIB) (PC) și 172 bolnavi cu adenom de prostată (HBP) asociat cu PC, randomizați în 2 loturi omogene. Tratamentul cu ADENOPROSIN®, supozitoare rectale 250 mg a demonstrat eficacitate înaltă, evaluată prin îmbunătățirea semnelor și simptomelor examinate, ameliorarea NIH – CPSI (cu 13 puncte) ($p < 0,05$), creșterea urodinamicii ($p < 0,05$) până la $15,6 \pm 2,3$ ml/sec în PC și $12,6 \pm 3,1$ ml/sec în HBP+PC, scăderea IPSS de la $18,3 \pm 2,4$ la $13,7 \pm 2,1$ puncte ($p < 0,05$) și micșorarea dimensiunilor prostatei; dinamica fiind semnificativ mai bună ($p < 0,05$) comparativ cu lotul de control, în condițiile datelor inițiale identice. A fost apreciată siguranța și complianța înaltă a tratamentului cu ADENOPROSIN®, supozitoare rectale 250 mg.

Summary**Adenoprosin in the treatment of prostate disorders**

The study included 200 patients with chronic prostatitis (II, III, IIIA, IIIB) (ChP) and 172 patients with benign prostate hypertrophy (BPH) associated with ChP, randomized into two homogenous groups. Treatment with ADENOPROSIN®, rectal suppositories 250 mg, showed high efficacy, assessed by improvement of signs and symptoms, decrease of the NIH - CPSI (13 points) ($p < 0.05$), increase of the urodynamics to 15.6 ± 2.3 ml / sec in PC and 12.6 ± 3.1 ml / sec in HBP + ChP ($p < 0.05$), decline of the IPSS from 18.3 ± 2.4 to 13.7 ± 2.1 points ($p < 0.05$) and decrease of the prostate size; dynamics being significantly better ($p < 0.05$) compared with the control group, in the conditions of identical initial data. High safety and adherence to the treatment with Adenoprosin, rectal suppositories 250 mg was assessed.

Введение. Простатит и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – часто встречающиеся заболевания, которые поражают мужскую часть населения. Простатит наиболее распространенный урологический диагноз у мужчин в возрасте до 50 лет и третий наиболее распространенный урологический диагноз у мужчин старше 50 лет, а ДГПЖ формируется у мужчин старше 50 лет. С увеличением продолжительности жизни проблема ДГПЖ становится все более актуальной для большего числа пациентов.

В лечении хронического простатита и аденомы простаты используются многочисленные группы препаратов. Не существует единой схемы лечения. В последние годы все активнее внедряются в медицинскую практику методы неоперативного лечения ДГПЖ и простатита с применением препаратов, содержащих натуральные компоненты и обладающих различными механизмами действия. Во многих

высокоразвитых странах в комплексной терапии активно прописываются препараты растительного происхождения, содержащие экстракты пыльцы, семян, масла плодов, различных лечебных растений (серепростат, простагут, простамол; логомед, уритрон; пепонен, простамед, тыквеол; цернилтон и др.). В последние годы появились также препараты энтомолгического происхождения [4,5].

Эффективность данных лекарственных средств определяется содержанием в них фитостеролов, наиболее важными из которых считаются ситостеролы. Вместе с тем, единого активного компонента в составе этих препаратов выделить не удается. Считается, что все они обладают многофакторным воздействием: подавляют синтез простагландинов в предстательной железе; уменьшают синтез глобулина, связывающего половой гормон; оказывают цитотоксическое действие на гиперплазированные клетки простаты; ингибируют 5 α -редуктазу; блокируют андроген-

ные рецепторы.

Активное вещество, входящее в состав лекарственного средства АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг, представляет собой биомассу с содержанием липопро-теидов, полученную из личинок насекомых вида (*Lymantria dispar*), которая оказывает антиоксидантное, вазопротек-тивное, противовоспалительное и иммуномодулирующее действие. [2,9]

Цель и задачи исследования. Оценка эффективности, безопасности и переносимости лекарственного средства АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные, 250 мг, у пациентов с хроническим простатитом и с доброкачественной гиперплазией предстательной железы ассоциированной с хроническим простатитом.

Материалы и методы. Исследование было проведе-но на Кафедре Урологии и Хирургической Нефрологии, ГУМФ «Н. Тестемицану» на базе Клиники Урологии и Хи-рургической Нефрологии Республиканской Клинической Больницы.

Протокол обследования пациентов включал жалобы, анамнез, ректальное исследование, исследование мазка предстательной железы, микробиологическое исследова-ние секрета простаты, трансабдоминальная и/или тран-сректальная эхография простаты с определением оста-точной мочи, урофлуометрия, PSA, и др. Для оценки исходного состояния пациентов, динамики заболевания и терапевтического эффекта была использована анкета NIH – CPSI (Индекс симптоматологии хронического простати-та). У пациентов с ДГПЖ была использована Международ-ная Шкала Симптомов Простаты (IPSS).

Критерии включения в исследование для пациентов составили: диагноз хронического простатита категории II, III, IIIA или IIIB согласно критериям NIH; Суммарный балл Индекса Симптоматологии Хронического Простатита бо-лее 9; Максимальная скорость потока мочи (Qmax) не ме-нее 5 мл/с; Сывороточный уровень PSA меньше 4.5 нг/мл; Уровень остаточной мочи менее 150 мл; Суммарный балл IPSS больше 8.

В исследование были включены 200 пациентов с хро-ническим простатитом (ХрП) категории II, III, IIIA или IIIB согласно критериям NIH (Национальный Институт Здоровья США) и 172 пациентов страдающие ДГПЖ ассо-циированной с ХрП. Случайным образом пациенты были разделены на 2 группы по 186 человек каждая, относитель-но однородные по возрасту, тяжести заболевания и сопут-ствующей патологии. Обе группы пациентов были разде-лены на подгруппы: 1а и 2а – пациенты, имеющие только ХрП категории II, III, IIIA или IIIB – по 100 человек в ка-ждой подгруппе и 1б и 2б – больные с ДГПЖ ассоциро-ванной с ХрП - по 86 человек. Режим лечения препаратом АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг: 1 раз в день в течение 30 дней у пациентов 1-й группы (допол-нительно антимикробные препараты, согласно данным анти-биотикограммы) и комплексная терапия, общепринятая в клинике, с применением физиопроцедур, витаминотера-пии, дополнительно с массажем простаты, антимикробных препаратов (согласно данным антибиотикограммы), но без местной органотропной терапии у пациентов 2-й группы. Эффективность терапии оценивали на основании динами-

ки регресса клинических симптомов (субъективных, объ-ективных), а также данных лабораторных исследований.

Результаты и обсуждения. Средний возраст в обеих группах был практически одинаков, в первой группе он со-ставил 59,1±3,4 лет, во второй - 58,9±3,7лет. У пациентов с ХрП средний возраст составил 43,7±3,2 лет в исследуе-мой группе и 44,5±3,6 лет - в контрольной группе (p>0,05). Средний возраст пациентов имеющих ДГПЖ + ХрП был значительно выше: 63,2±4,3 лет и 62,9±5,1 лет, что обуслов-лено распространенностью заболевания в популяции.

У всех пациентов длительность заболевания ХрП составила более 6 месяцев, в нескольких случаях - 17-19 лет; на наличие хронического простатита в течение не-скольких лет жаловались 10 пациентов (10%) подгруппы 1а, 11 пациентов (12,8%) подгруппы 1б, 9 пациентов (9%) подгруппы 2а и 12 пациентов (13,9%) подгруппы 2б. Все пациенты в анамнезе, за исключением последних 30 дней, получали лечение препаратами разных групп (противоми-кробные препараты, альфа-адреноблокаторы, препараты растительного происхождения, противовоспалительные и др.).

Так как патогенные микроорганизмы играют важную роль в этиологии ХрП категории II, у всех пациентов был проведен микробиологический анализ с определением чувствительности к антибактериальным средствам. По данным литературы у 40-52% пациентов определяется по-ложительный анализ. Рост патогенных микроорганизмов при бактериологическом исследовании секрета проста-ты наблюдали у 94 (50,5%) пациентов первой группы и у 93 (50%) пациентов второй группы. Данные пациенты получили противомикробное лечение в соответствии с ре-зультатами микробиологического анализа и результатами чувствительности возбудителей.

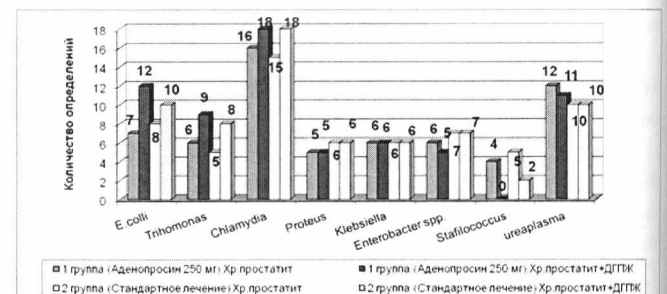


Рисунок 1. Результаты микробиологического исследования секрета предстательной железы на первом визите

При повторном анализе выявили положительный эф-фект антибиотикотерапии в 94% в исследуемой группе и в 93% в контрольной группе, что намного превышает данные литературы в 64-86% [7], без значимых различий между группами (p>0,05). Возможно, эти результаты связаны со строгим отбором пациентов для включения в исследо-вание, с исключением пациентов имеющих и другие уро-логические патологии, кроме хронического простатита и аденомы простаты, особенно больных с воспалительными заболеваниями почек и уретры. В то же самое время, в на-шем исследовании назначались только те препараты, к ко-торым возбудители были наиболее чувствительны.

При использовании анкеты NIH – CPSI оценивали боль и дискомфорт, мочеиспускание, влияние симптоматологии

на повседневную активность и качество жизни пациентов. При первичном анкетировании 50,5% пациентов получили от 9 до 18 баллов, что соответствует средней тяжести симптомов и 49,5% - > 18 баллов, то есть имели тяжелую симптоматику (Таблица 1). При более детальном изучении выявили, что 45% пациентов с ХрП и 57% больных

с ДГПЖ+ ХрП в исследуемой группе, и 43% и 59,3% в контрольной группе соответственно имели жалобы средней тяжести. Более тяжелые симптомы записали в анкетах 55% больных ХрП и 43% ДГПЖ+ ХрП в группе, получавших впоследствии АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг, и 57% и 40,7% в контрольной группе.

Таблица 1
Результаты NIH – CPSI пациентов в начале (B1) и конце (B2) исследования

Тяжесть	Баллы	АДЕНОПРОСИН® (1 группа)						Стандартное лечение (2 группа)					
		ХрП		ДГПЖ+ХрП		Всего		ХрП		ДГПЖ+ХрП		Всего	
		B1	B2	B1	B2	B1	B2	B1	B2	B1	B2	B1	B2
Легкая (кол/%)	0-8	0	86	0	71	0	157	0	7	0	2	0	9
		0	86		82,6	0	84,4	0	7	0	2,3	0	4,8
Средняя (кол/%)	9-18	45	13	49	15	94	28	43	86	51	78	94	164
		45	13	57	17,4	50,5	15,1	43	86	59,3	90,7	50,5	88,2
Тяжелая (кол/%)	19-31	55	1	37	0	92	1	57	7	35	6	92	13
		55	1	43	0	49,5	1	57	7	40,7	7	49,5	7

После месяца лечения при повторном опросе все результаты улучшились (p<0,05), в особенности у пациентов исследуемой группы. Только 1 пациент из группы, получившим АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг при повторном опросе обнаружил тяжелую симптоматику, по сравнению с 13-ю (7%) пациентами контрольной группы. В исследуемой группе 84,4% пациентов имели легкую степень выраженности симптомов. По сравнению с первой группой, в контрольной группе, пациенты которой получили только стандартное лечение, 88,2% пациентов имели симптомы средней тяжести, что можно констатировать как положительный результат лечения по сравнению с 50,5% пациентов со средней симптоматологией до лечения.

Данные полученные нами сопоставимы с результатами клинических исследований с использованием этих препаратов. Nickel et al. [6] после назначения левофлоксацина показал улучшение в среднем на 5,4 балла NIH – CPSI анкеты. При лечении ципрофлоксацином было замечено улучшение на 6,2 балла, тамсулозином – на 4,4 балла, комбинированием ципрофлоксацина с тамсулозином – на 4,1 балла NIH – CPSI анкеты [1]. Пациенты с ХрП, получивших стандартное лечение, без использования топических препаратов, в конце исследования результат анкетирования составил 14±3,5 баллов, что в среднем на 5 баллов меньше чем в начале исследования. Общее количество баллов у пациентов с ДГПЖ+ ХрП составило 13,8±2,8, что также в среднем на 5 меньше, чем при первом опросе (Таблица 2).

По сравнению с контрольной группой, пациенты, получившие АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг имели большую разницу, в среднем на 13 баллов. У пациентов с ХрП, в конце исследования результат анкетирования составил 4,97±3,7 баллов, по сравнению с 18,8±3,7 баллов в начале исследования. Общее количество баллов пациентов с ДГПЖ+ ХрП составило 5,6±4 и 18,9±2,8 баллов соответственно (Таблица 2).

По данным литературы, при использовании в лечении препаратов влияющих на обмен веществ в предстательной железе, результаты были значительно лучше по сравнению со стандартными лекарствами – улучшение в среднем на 15 баллов NIH – CPSI [3], и на 7,9 баллов [8].

Таблица 2
Данные NIH – CPSI анкетирования пациентов до и после лечения

Категории NIH – CPSI анкеты	До лечения (B1)		После лечения (B2)		p
	Мин-макс	M ±SD	Мин-макс	M ±SD	
Хронический простатит 1 группа (АДЕНОПРОСИН®)					
Боль	3-15	9,08±2,3	0-12	2,2±2,3	p<0,001
Мочеиспускание	0-6	3,7±1,4	0-3	1,1±0,8	p<0,0001
Повседневная деятельность	0-5	3,0±1,1	0-5	0,9±0,9	p<0,0001
Качество жизни	1-6	3,08±1,0	0-4	0,8±0,9	p<0,0001
Общее количество	6-29	18,8±3,7	0-23	4,97±3,7	p<0,001
ДГПЖ+Хронический простатит 1 группа (АДЕНОПРОСИН®)					
Боль	4-16	9,1±2,1	0-8	2,3±2,4	p<0,001
Мочеиспускание	1-7	3,7±1,2	0-4	1,3±0,8	p<0,0001
Повседневная деятельность	2-5	3,2±0,7	0-4	0,9±1,1	p<0,0001
Качество жизни	1-5	2,9±0,9	0-3	1,0±0,9	p<0,0001
Общее количество	12-26	18,9±2,8	0-16	5,6±4	p<0,001
Хронический простатит 2-я группа (Стандартное лечение)					
Боль	3-15	9,16±2,3	1-13	9,2±2,3	p>0,05
Мочеиспускание	0-6	3,7±1,3	0-5	2,7±1,2	p<0,001
Повседневная деятельность	0-5	3±1,1	0-4	2,1±1,07	p<0,001
Качество жизни	1-6	3,1±1,0	0-5	2,1±1,0	p>0,05
Общее количество	6-29	19±3,6	2-24	14±3,5	p<0,001
ДГПЖ+Хронический простатит 2-я группа (Стандартное лечение)					
Боль	4-16	9±2,1	2-14	7±2,1	p>0,05
Мочеиспускание	1-7	3,7±2,15	0-6	2,7±2,1	p>0,05
Повседневная деятельность	2-5	3,2±0,72	1-4	2,2±0,7	p>0,05
Качество жизни	1-5	2,9±0,97	0-4	1,9±0,96	p>0,05
Общее количество	12-26	18,8±2,7	7-21	13,8±2,8	p<0,001

По всем вопросам анкеты, результат в конце лечения был значимо лучше в группе пациентов, получавших

АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), изначальные данные анкет значительно не различались ($p > 0,05$) между группами.

При динамическом исследовании параметров мочеиспускания во всех четырех подгруппах определили улучшение. У пациентов с ХрП максимальная скорость струи при мочеиспускании составила $9,5 \pm 1,9$ мл/сек в исследуемой группе и $9,6 \pm 1,9$ мл/сек в контрольной группе ($p > 0,05$). После проведения лечения мочеиспускание улучшилось, и скорость достигла $15,6 \pm 2,3$ мл/сек в первой группе и $12,3 \pm 1,9$ мл/сек - во второй. Анализ результатов лечения препаратом АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг выявил статистически достоверную разницу по сравнению с результатами, полученными в контрольной группе ($p < 0,001$).

У пациентов с ДГПЖ+ХрП максимальная скорость струи при мочеиспускании до лечения составила $9,6 \pm 4,6$ мл/сек в исследуемой группе и $9,58 \pm 4,6$ мл/сек - в контрольной группе ($p > 0,05$). Через месяц лечения мочеиспускание улучшилось, и скорость достигла $12,6 \pm 3,1$ мл/сек в первой группе и $11,7 \pm 4,6$ мл/сек - во второй. Анализ результатов

лечения препаратом АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг выявил статистически достоверную разницу по сравнению с результатами, полученными в контрольной группе ($p < 0,001$).

Главным критерием эффективности лечения аденомы предстательной железы является показатель I-PSS. У пациентов исследуемой группы отмечено стойкое улучшение качественных показателей I-PSS, который снизился от $18,3 \pm 2,4$ баллов в начале лечения до $13,7 \pm 2,1$ баллов по истечении 1 месяца. У больных контрольной группы, которые получали комплексное лечение, показатель I-PSS снизился менее выражено: от $18,2 \pm 2,3$ баллов в начале лечения до 16,3 баллов после лечения. Это объясняется, по видимому, более быстрым исчезновением воспалительных явлений в простате на фоне антибактериальной терапии и метаболически активных компонентов АДЕНОПРОСИН-а. Статистическое сравнение между однородными группами ($p > 0,05$) показало достоверную эффективность действия препарата $p < 0,001$ при сравнении результатов лечения с первичными данными и при сравнении результатов исследуемой и контрольной группы (Таблица 3).

Таблица 3

Динамика IPSS и размеров предстательной железы во время исследования

	АДЕНОПРОСИН® (1 группа)			Стандартное лечение (2 группа)		
	B1	B2	p	B1	B2	p
I-PSS						
Хр.простатит	-	-	-	-	-	-
ДГПЖ+ХрП	$18,3 \pm 2,4$	$13,7 \pm 2,1$	$< 0,001$	$18,2 \pm 2,3$	$16,3 \pm 2,3$	$> 0,05$
Объем предстательной железы (см³)						
Хр.простатит	$19,8 \pm 1,8$	$17,1 \pm 1,6$	$< 0,001$	$19,7 \pm 1,8$	$18,8 \pm 1,8$	$> 0,05$
ДГПЖ+ХрП	$43,4 \pm 7,0$	$37,9 \pm 5,5$	$< 0,001$	$43,4 \pm 6,9$	$42,4 \pm 6,9$	$> 0,05$

До начала лечения при сравнении средних размеров предстательной железы в обеих группах не было выявлено статистически достоверных различий ($p > 0,05$). Через 1 месяц лечения лекарственным средством АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг выявили уменьшение объема предстательной железы при ХрП в среднем на 2,7 см³ с $19,8 \pm 1,8$ до $17,1 \pm 1,6$ см³ ($p < 0,001$). В группе контроля, пациенты которой получали комплексное лечение, без местного, уменьшение было незначительным: с $19,7 \pm 1,8$ до $18,8 \pm 1,8$ см³ ($p > 0,05$) (Таблица 3).

У пациентов с ДГПЖ+ХрП в основной группе средний объем простаты уменьшился через месяц с $43,4 \pm 7,0$ см³ до $37,9 \pm 5,5$ см³ ($p < 0,001$). Это объясняется исчезновением воспалительного отека на фоне комбинированного лечения. У больных контрольной группы исследуемые параметры фактически оставались прежними: $43,4 \pm 6,9$ см³ и $42,4 \pm 6,9$ см³ соответственно ($p > 0,05$). Считаем, что снижение объема простаты у пациентов с ДГПЖ вызвано сокращением эпителиального компонента и противовоспалительным действием препарата, которые влияют на сосудистую фазу воспаления, проницаемость капилляров и их состояние, что в конечном итоге ведет к устранению парапростатиче-

ского отека и венозного застоя в тканях простаты.

Препарат хорошо переносился как в виде монотерапии, так и в сочетании с антибактериальными средствами. В группе пациентов страдающих ХрП у 3-х (3%) больных был зарегистрирован понос, у 3-х (3%) пациентов - частый стул и в 5-ти (5%) случаях - общая слабость. На протяжении исследования 14 пациентов с ДГПЖ+ХрП имели явления, которые могли быть связаны с применением препарата: у 7-х (8%) пациентов был понос, в 5,8% частый стул и общая слабость. Нежелательные явления исчезли после корректировки режима приема препарата (после акта дефекации или клизмы и/или соблюдения лежачего положения в течение 20-30 минут после введения суппозитория).

ВЫВОДЫ

Лекарственный препарат АДЕНОПРОСИН® суппозитории ректальные 250 мг, в ходе настоящего исследования продемонстрировал достоверную эффективность, подтвержденную положительной динамикой клинических признаков и лабораторно-инструментальных показателей у пациентов с ХрП и ДГПЖ+ХрП; а также хорошую переносимость, безопасность и комплаентность.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Alexander R.B., et al. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized double-blind trial. Ann Intern Med 2004; 141: 581-9.

2. Ciuhrii V. Activitatea antiradicalică și antioxidantă a extractelor din biomasa de Lymantria dispar. În: Intellectus, 2009, nr.3, p.109-113.
3. De Rose A.F. et al. Role of mepartricin in category III chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized prospective placebo-controlled trial. Urology 2004; 63: 13-6
4. Feng Y. et al. Research and utilization of medicinal insects in China. In: Entomological Research, 2009, vol.39, p.313-316.
5. Goris M.C. et al. Phytotherapy in chronic prostatitis. Current Prostate Reports, 2009, v7, p.39-43.
6. Nickel J.C. Clinical Evaluation of the Patient Presenting with Prostatitis. Eur Urol 2003;(Suppl. 2): 11-14.
7. Schaeffer A., Stern J. Chronic prostatitis. Clin Evid 2002 Jun; (7): 788-95
8. Shoskes D.A., et al. Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective doubleblind placebo-controlled trial. Urology 1999; 54: 960-3
9. Инструкция по применению лекарственного средства для специалистов АДЕНОПРОСИН 250 мг 2013

TRATAMENTUL DISFUNCȚIEI ERECTILE LA PACIENȚII CU MALADIA PEYRONI (STUDIUL DE CAZ)

Dumbraveanu Ion, Balușel Boris, Bradu Andrei

Catedra de Urologie și Nefrologie Chirurgicală, IMSP Spitalul Clinic Republican

Rezumat

Maladia Peyroni este una dintre cele mai dificile în practica medicului androlog, în special la pacientul tânăr, și în asociere cu disfuncție erectilă. Este prezentată experiența autorilor în evaluarea multidisciplinară și abordarea terapeutică a pacienților cu disfuncție erectilă și maladia Peyroni. Este argumentată necesitatea administrării zilnice a inhibitorilor de PDES, în situațiile când curbura peniană este mică.

Summary

The treatment of erectile dysfunction at the patients with Peyronie diseases. (Case study)

Peyronie's disease is one of the most difficult diseases in medical practice, especially in young patients, and when it is associated with erectile dysfunction. The authors present their experience and multidisciplinary assessment of patients with erectile dysfunction and Peyronie's disease. Daily administration of PDES inhibitors is needed in patients with small penile curvature.

Introducere

Maladia Peyroni este una dintre cele mai dificile maladii în practica medicului androlog, în special la pacientul tânăr, și când este asociată cu disfuncție erectilă. Opțiunile terapeutice în maladia Peyroni oscilează de la urmărirea expectativă, pînă la intervenții chirurgicale cu protezare peniană. Evident decizia terapeutică va fi individualizată și va lua în considerație factorii favorizanți sau prezența anumitor complicații.

Scopul lucrării este prezentarea în baza unui studiu de caz, a algoritmului de evaluare și tratament a maladii Peyroni asociată cu disfuncție erectilă.

Material și metodă. Pacientul M, în vîrstă de 44 ani s-a prezentat în serviciul de andrologie cu acuze la curbare peniană, erecție nesatisfăcătoare și durere în timpul actului sexual. Actul sexual este dificil, iar uneori imposibil, atît din cauza curbării cît și scăderii rigidității peniene în special în partea distală a sa. Acuzele au apărut de circa 2 luni, spontan, fără o cauză cunoscută, cu exacerbare treptată, curbura peniană fiind la momentul adresării aproape de 45 grade. Nu a urmat tratament. Alte maladii diagnosticate neagă. Anterior apariției acuzelor a fost sexual activ, cu un ritm al activității sexuale peste mediu (4-5 ori pe săptămînă) și acum a devenit depresiv din cauza maladii. Examinarea obiectivă relevă un tip constituțional hiperstenic, IMC 32 (obezitate gr 1). La nivelul părții dorsale a penisului se palpează un nodul de circa 2 cm, parțial mobil, dureros. Zone de fibroză în alte regiuni ale corpului sunt absente.

Abordarea andrologică a cazului. Este evident diagnosticul preliminar: *Maladia Peyroni asociată sau complicată cu disfuncție erectilă*. Totuși, disfuncția erectilă la un pacient cu vîrsta de peste 40 ani, poate avea și alte cauze, în special dacă atragem atenția că, rigiditatea peniană este diminuată în partea distală, cea ce presupune o dereglare a circulației sanguine intrapeniene, iar pacientul este obez. Prin urmare, algoritmul de investigații va include determinarea hemoleucogramei, profilului lipidic, glicemiei, testosteronului, PSA și examinări imagistice: ecografia prostatei și peniană. Rezultatele examinărilor au fost neașteptate pentru pacient. S-a apreciat un nivel al glicemiei de 11,3 mmol/L, ce presupune un diabet primar depistat, colesterolul total – 6,73mmol/L, HDL – 0,9 mmol/L, LDL – 5,53 mmol/L, trigliceride 1,8 mmol/L, ce indică prezența unei dislipidemii pronunțate și confirmă încă o cauză a disfuncției erectile. Pasul următor în abordarea pacientului nu poate fi efectuat fără un consult endocrinologic, pentru confirmarea sau infirmarea diabetului zaharat și un tratament multidisciplinar. Pacientul a fost consultat de medicul endocrinolog, care a confirmat diagnosticul de diabet zaharat tip II, și a prescris tratament. Din punct de vedere andrologic pacientul necesită un tratament conservator pe o durată de minim 6 luni, deoarece prezența durerii peniene, precum și valorile VSH peste 20 mm/h, ne sugerează o fază acută, inflamatorie a maladii. Orice intervenție chirurgicală sau mai agresivă asupra zonei fibrozate este contraindicată în faza acută, și poate fi luată în considerație la un interval nu mai mic de 6 luni de la dispariția semnelor clinice și biomorale a