

inflamației. Prin urmare s-a prescris tratament antiinflamator cu Supp. Diclofenac 100 mg, timp de 10-14 zile și Pentoxifilină 1000mg, timp de 2 luni. Disfuncția erectilă necesită o abordare specială și complexă. În primul rând pe lângă controlul glicemiei, care este o cauză importantă a sa, se impune și echilibrarea dislipidemiei. Tratamentul dislipidemiei va include respectarea strictă a regimului alimentar și a dietei cu scop de scădere ponderală cu prescrierea substituenților alimentari Omega 3, 6, 9 și determinarea valorilor profilului lipidic peste 2 luni cu un consult la medicul cardiolog. În același timp este necesar de a ameliora hemodinamica peniană, cea ce se poate realiza prin prescrierea unui inhibitor de PDE5 pe o durată îndelungată, în regim de administrare zilnică. Am prescris tab. Tadalafil (Esculap) 5 mg zilnic, indiferent de activitatea sexuală, pe o durată de 2 luni. Există păreri că, administrarea inhibitorilor de PDE5 este contraindicată la pacienții cu maladia Peyroni. Opinia este valabilă doar la un grad sporit al curbării peniene, de circa 90 grade. Atât timp cât curbura este mică, pacientul poate administra inhibitori de PDE5 și gestiona funcția erectilă. A rămas problema curbării. După utilizarea antiinflamatorilor nesteroidieni, pacientului i s-au prescris exerciții de stretching zilnic cu un dispozitiv de vacuum pe aceeași durată de 2 luni. La evaluarea de peste 2 luni, pacientul prezintă diminuarea considerabilă a durerilor cu scăderea unghiului de curbură peniană și îmbunătățirea evidentă a funcției erectile. Examinările biomorale efectuate arată un nivel al glicemiei și profilului lipidic în limitele normei. Dimensiunile plăcii fibroase nu au diminuat. În următoarea etapă au fost indicate proceduri fizioterapeutice locale, preparate antihialuronidazice (Sol Lidaza 64 Un) și fermenți (Wobensim) pentru 3 luni. Pacientul va continua și administrarea de inhibitori PDE5 și va urmări

unghiul de curbură peniană. Evaluarea medicală va fi la fiecare 6 luni pentru timp îndelungat.

Discuții

Cazul prezentat a avut o evoluție favorabilă deoarece, pacientul s-a adresat la timp, a fost investigat în mod complex, s-a stabilit nu doar diagnosticul andrologic, ci a fost abordat în aspect multidisciplinar.

Există însă situații când pacientul fie că, se adresează tardiv, fie că, sunt omise unele cauze importante ale maladii, fie că, nu reacționează la terapia indicată. Cum procedăm în asemenea cazuri?

Dacă placa fibroasă nu s-a calcificat, se pot prescrie preparate administrate intralezional (de exemplu verapamil), minim 8 injecții, în combinație cu terapia prin vacuum. Dacă totuși curbura rămâne semnificativă, chirurgia este unica opțiune. Tipul de intervenție chirurgicală depinde și de prezența sau absența disfuncției erectile. În situația când pacientul nu a răspuns la administrarea zilnică de PDE5, protezarea peniană este o opțiune.

Concluzii

Evaluarea și tratamentul disfuncției erectile la un pacient cu maladia Peyroni va fi una complexă și multidisciplinară, cu determinarea și acțiunea asupra cauzelor provocatoare și a factorilor de risc.

Dacă curbura peniană este mică, este indicată administrarea zilnică a inhibitorilor de PDE5 cu acțiune prelungită (tadalafil).

Indiferent de prezența sau absența disfuncției erectile, tratamentul chirurgical este contraindicat în faza acută a maladii Peyroni.

Bibliografie

1. Dumbraveanu I., Lupasco C., Spinu C. Managementul terapeutic al maladii Peyroni. *Arta Medica*. Chișinău. 2006.11-13 octombrie. P.78-79
2. Kadioglu A., Oktar T. Incidentally diagnosed Peyronie's disease in men presenting with erectile dysfunction. *International J of Imptence Research*. 2004.16.540-43.

PREVALENȚA DISFUNCȚIEI ERECTILE

Ion Dumbraveanu

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Scopul studiului este analiza prevalenței disfuncției erectile în dependență de arealul geografic, caracteristicile socio-culturale și economice a populației și a principalilor factori de risc. Disfuncția erectilă, ca problemă interdisciplinară, a cunoscut un concept nou începând cu anul 1994, când studiul MMAS a stabilit o prevalență de 52% la bărbații cu vîrsta peste 40 ani. Ulterior alte studii prezentate în lucrare arată o diferență semnificativă a prevalenței disfuncției erectile, de la 11 % la peste 80%. Este arătată metodologia cercetării pentru evaluarea disfuncției erectile, care presupune utilizarea obligatorie a chestionarelor validate IIEF.

Summary

The prevalence of erectile dysfunction

The aim is to analyze the prevalence of erectile dysfunction depending on geographical area, socio-cultural and economic characteristics of the population and the main risk factors. Erectile dysfunction as a cross-cutting issue, has known a new concept since 1994, when MMAS study has established a prevalence was 52% in men aged over 40 years. Subsequently the jacks other studies presented show a significant difference in the prevalence of erectile dysfunction, from 11% to 80%. Research methodology is shown for assessment of erectile dysfunction, which entails mandatory use of validated IIEF questionnaires.

Introducere

Disfuncția erectilă (DE) este definită ca imposibilitatea totală sau parțială a unui bărbat de a obține și/sau menține o

erecție suficientă pentru realizarea și finalizarea unui act sexual satisfăcător. [10, 13]

Termenul de disfuncție erectilă este utilizat relativ recent.

Până în anii 90 ai secolului 20, era utilizat termenul de impotență, cea ce este incorect, deoarece impotența este mai apropiată de o sentință, care include unele conotații ofensatorii și implică starea psiho-emoțională a individului, și nu este o condiție medicală.

DE reprezintă o problemă medicală interdisciplinară semnificativă. Studiile epidemiologice sugerează că circa 10% din bărbații cu vârsta de 40-70 au disfuncție erectilă severă sau completă, iar 20 - 40% disfuncție erectilă parțială. Disfuncția erectilă este dependentă de vîrstă, dar nici pe departe nu trebuie considerată o normalitate a procesului de senescență. Cu toate că la bărbații tineri disfuncția este mai rară, unele studii epidemiologice arată o prevalență de peste 10% la bărbații cu vârsta de pînă la 40 ani. [30, 32, 33]

Deși DE aparent pare o tulburare benignă, ea poate afecta atât starea fizică cât și psiho-socială a bărbatului și a cuplului cu un impact semnificativ asupra calității vieții.

Epidemiologia disfuncției erectile.

Pînă la sfîrșitul secolului 20 au fost efectuate foarte puține studii științifice în domeniul sexualității. Primul raport privind funcția și disfuncțiile sexuale umane au fost publicat de către Kinsey în 1948. Rezultatele studiului, bazat pe un interviu detaliat a 12.000 de subiecți, bărbați și femei, stratificați pe criterii de sex, vîrstă, stare familială, educație și ocupație, a indicat o creștere evidentă a problemelor de ordin sexual odată cu vîrsta. Prevalența problemelor a fost de mai puțin de 1% la bărbații sub 19 de ani, 3% la bărbații de pînă la 40 de ani, și mai mult de 25% pînă la vîrsta de 75 de ani. [19]

Rezultatele studiilor altor cercetători, inclusiv 2 somități în domeniul sexologiei Masters și Jonson, publicate în anii 70 ai secolului XX, au fost spectaculoase, dar au avut cîteva probleme majore; au fost efectuate pe eșantioane nereprezentative, au utilizat metode de acumulare a datelor nevalidate sau chestionare neunificate, nu au respectat rigoriile metodologice și prin urmare nu sunt de referință științifică.

S-a impus necesitatea creării și aprobării unor normative și criterii unice de apreciere a funcției și disfuncțiilor sexuale. Un grup multidisciplinar de cercetători a identificat chestionarele existente, a realizat sute de interviuri individuale cu pacienții de sex masculin, a examinat complexitatea problemei în context cultural și confesional și a elaborat chestionarul IIEF - The international index of erectile function. Chestionarul conține 15 întrebări cu cîte 5 - 6 variante de răspuns și implică evaluarea celor mai importante domenii ale funcției sexuale masculine: funcția erectilă, funcția orgasmică, dorința sexuală, satisfacția de la raportul sexual și satisfacția totală. Deoarece s-a propus ca chestionarul să fie în primul rînd autoadministrat, sunt specificate noțiunile de activitate sexuală, contact sexual, stimulare sexuală, ejaculare. Cinci întrebări se referă nemijlocit la funcția erectilă și pot fi utilizate separat sub denumirea prescurtată IIEF-5 sau SHIM. Fiecare variantă de răspuns este apreciată cu un anumit număr de puncte, la sumarea cărora se determină 5 niveluri a funcției erectile: disfuncție erectilă severă sau completă, disfuncție erectilă moderată, disfuncție erectilă moderat-usoară, disfuncție erectilă usoară și absența disfuncției erectile. [27]

Ulterior pentru a simplifica screeningul de depistare a disfuncției erectile a fost propus un alt chestionar - EFD (Erectile Function Domain) care conține 6 întrebări de ordin

general despre funcția erectilă. Chestionarul IIEF sau variantele IIEF-5 sau EFD se referă la funcția erectilă masculină. Pentru aprecierea comprehensivă a sănătății sexuale masculine și/sau feminine au fost elaborate chestionarele: MHSQ - Male Health Sexual Questionnaire cu 25 întrebări și FSF - Female Sexual Function Index cu 19 întrebări. Chestionarele respective sunt traduse în majoritatea limbilor, validate, recunoscute și recomandate de către organizațiile profesionale a medicilor andrologi sau sexologi pentru a fi utilizate în toate studiile epidemiologice care studiază funcția sexuală masculină. În același timp autorii admit unele modificări ale întrebărilor corespunzător aspectelor socio-culturale ale populației interveiate. [5, 12, 18, 29, 31]

Primul studiu științific validat de către comunitatea medicală, care rămîne de referință pînă în prezent și care stă la baza noilor concepte despre disfuncția erectilă, a fost Massachusetts Male Aging Study (MMAS), desfășurat în SUA în perioada 1987-1989 în regiunea orașului Boston, SUA și publicat în 1994. Studiul a cuprins 1290 subiecți din 1709 la care a fost repartizat un chestionar autoadministrat similar cu IIEF (rata de răspuns 75%). Au fost studiate detalii socio-demografice, starea de sănătate generală și psiho-emoțională, stilul de viață și funcția sexuală. Studiul MMAS a arătat că, prevalența disfuncției erectile la bărbatul adult, cu vîrsta cuprinsă între 40 și 70 de ani este de 52%, inclusiv 17% forma ușoară, 25% forma moderată și 10% completă. Factorii de risc pentru disfuncția erectilă estimați în studiu au fost diabetul zaharat, hipertensiunea, alte boli cardiace, ulcerul netratat, artrita, unele medicamente (inclusiv vasodilatatoare și antihipertensive), depresia și fumatul. [10]

Analiza longitudinală a studiului Massachusetts a arătat o incidență de 26 cazuri noi depistate anual la 1000 bărbați. Extrapolarea studiului la scara națională a SUA a arătat că circa 30 milioane de bărbați aveau probleme cu erecția, cea ce a fost interpretat ca o problemă de sănătate publică. [16, 20] Studiul Cologhe, realizat în țările europene la finele anilor 90, a cuprins bărbații între 30 și 80 de ani și a arătat o prevalență a DE de 19,2% cu o creștere graduală odată cu vîrsta, de la 2,3% la 53,4%. [7]

Studiile Massachusetts și Cologhe au fost urmate de mai multe cercetări epidemiologice realizate cu precădere în Europa și SUA. Astfel pe parcursul a doar 5 ani, pînă în 2002 au fost realizate și publicate 23 studii epidemiologice, care s-au axat preponderent pe aflarea prevalenței DE în dependență de arealul geografic, precum și evaluarea unor factori de risc cunoscuți la acea perioadă. Analiza sumară a studiilor a arătat o prevalență a disfuncției erectile de la 2% la bărbații sub 40 ani, la 86% la cei trecuți de 80 ani. În circa 70% cei care au raportat o disfuncție erectilă nu au urmat nici un tratament. În același timp, s-a remarcat o metodologie de cercetare diversă, utilizarea de chestionare diferite, și chiar definiții diferite a disfuncției erectile. Prin urmare au fost făcute încă o dată recomandări privind unificarea chestionarelor utilizate în studiile epidemiologice și aprecierii factorilor de risc. [6, 30]

Datele epidemiologice publicate arată o prevalență și incidență a disfuncției erectile cu variații uneori destul de semnificative, care nu pot fi interpretate doar în context metodologic ci probabil și geografic, economic și socio-cultural.

Astfel, practic paralel cu studiul MMAS în anul 1996, în

Europa, a fost realizat primul studiu italian despre disfuncția erectilă pe un eșantion de 2010 bărbați. Studiul a arătat o prevalență totală a DE de 12%, inclusiv 48% la cei trecuți de vârsta de 70 ani. Au fost apreciați și factorii de risc, în primul rând hipertensiunea, diabetul, accidentul vascular cerebral, sau leziunile pelvine. [23]

Prevalența DE în Franța a fost determinată în anul 2001 prin intermediul unui sondaj telefonic cu utilizarea întrebărilor conform IIEF-5. A fost interveivat un eșantion de 1004 bărbați cu vârsta de 40 de ani și mai mult. A fost raportată o prevalență a disfuncției erectile de 31,6%. Una din cauzele DE, conform răspunsurilor primare, a fost nemulțumirea de relația cu partenera. [11].

Studiul spaniol realizat la începutul anilor 2000, pe un eșantion de 2476 bărbați neinstituționalizați, cu vârsta cuprinsă între 25 și 70 ani, a determinat o prevalență globală a disfuncției erectile de 18,9%. S-a determinat o relație puternică între severitatea disfuncției și vîrstă, precum și alți factori de risc, hipertensiunea arterială (odds ratio 1,58), tulburări vasculare periferice (2,63), boli pulmonare (3,11), patologii ale prostatei (2,93), medicamente anxiolitice și somnifere (4,27), tutun (2,5) și consum de alcool (1,53). [4]

Studiul realizat în Austria pe un eșantion de 2869 bărbați cu vârsta cuprinsă între 20 și 80 ani a utilizat chestionarul IIEF-5, și a arătat prevalența DE de 32,2%, inclusiv 23,7% DE ușoară, 5,0% DE de la ușoară la moderată, 2,2% moderată și 1,3% severă. Prevalența DE la bărbații de pînă la 50 de ani a fost de 26% și a crescut pînă la 71,2% la cei de 71-80 de ani. Factorii de risc determinați au fost diabetul zaharat, hiperlipidemia, simptomatologia tractului urinar inferior, hipertensiunea arterială, stresul psihologic și activitatea fizică redusă. [25]

Studiul realizat în Malaysia în 2007 a arătat nu doar prevalența disfuncției erectile, dar și a ejaculării precoce în rîndul populației urbane. Ca criteriul de apreciere a ejaculării precoce a fost utilizat timpul de latență intravaginală mai mic de 2 minute. Prevalența DE a fost de 41,6%, iar a ejaculării precoce de 22,3%, inclusiv 33,5% la pacienții cu DE. Printre factorii de risc menționați au fost diabetul, hipertensiunea arterială, dar și o legătură causală directă între ejacularea precoce și anxietate sau depresie. [26]

Prevalența DE în Coreea a fost determinată în anul 2007 și a fost mai mică comparativ cu alte țări. Metodologia studiului a inclus pe lîngă completarea chestionarului IIEF-5, o întrebare privitor autoaprecierea personală a funcției erectile. Astfel pe un eșantion de 1570 bărbați coreeni cu vârsta cuprinsă între 40 și 79 ani, prevalența DE a fost de 13,4% în urma autoaprecierii erectiei, și de 32% în urma completării chestionarului IIEF-5. Prezența ejaculării precoce a fost de 11% pentru timpul de latență intravaginală (TLV) de 2 minute și de 33% pentru TLV de 5 minute. DE a fost mai răspîndită în grupurile cu vârsta înaintată, venituri mai mici, sau cu nivel de educație mai inferior, precum și la subiecții solitari. Prevalența DE a fost asociată cu factori de risc, cum ar fi diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, boli cardiovasculare, stres psihologic și obezitatea. [1]

Studiul australian realizat în anul 2007 a furnizat date epidemiologice despre prevalența patologiei la bărbații australieni cu vârsta cuprinsă între 20 și 99 de ani (vîrsta medie 57,9 ani). Studiul s-a bazat pe completarea unor chestionare cu întrebări de ordin general privind caracteristica socio-

demografică și întrebări IIFE trimise prin postă, randomizat, populației de gen masculin. Au fost trimise peste 4200 chestionare cu o rată de răspuns de 41,9% (1770 răspunsuri). Prevalența DE a fost de 25,1%, inclusiv 8,5% severă. Nu au fost semnalate diferențe semnificative între bărbații de diferite profesii. În același timp, deși majoritatea celor afectați de DE sufereau mai mult de 1 an, doar 14% au declarat că au urmat un tratament pentru ameliorarea funcției sexuale. [9]

În unele regiuni au fost realizate studii epidemiologice repetate asupra prevalenței disfuncției erectile, care au arătat o creștere a prevalenței, astfel al doilea studiu thailandez realizat în 2008, pe un eșantion de 2269 bărbați cu vârsta cuprinsă între 40 și 70 de ani, arată o creștere cu circa 5%, de la 37,5% la 42,8%, comparativ cu anul 2000, iar ca cauză sunt incriminate condițiile socio-economice, rata DE printre șomeri fiind de 78,5%. [24]

Studiul realizat în Qatar între anii 2012 - 2013 a inclus 1052 participanți și a avut drept scop determinarea prevalenței și a factorilor de risc a disfuncției erectile în populația țării. A fost utilizat chestionarul IIEF - 5, repetat pacienților cu diverse patologii care s-au adresat în perioada respectivă în ambulatoriul clinicii Hamad, iar adițional au fost determinate comorbiditățile prin hipertensiune, diabet zaharat, etc.... Vîrsta medie a respondenților a fost de 41,8 ani. Prevalența DE a fost de 54,5%, inclusiv 5% severă, iar 27% forma ușoară. Ca factori de risc ai DE au fost specificați vîrsta, hipertensiunea arterială, prezența DZ și dislipidemia. [2]

Prevalența disfuncției erectile în Nigeria conform unui studiu realizat în anul 2012 a fost de 41,5%, inclusiv 16% severă, datele au fost determinate în baza chestionarului IIFE, repartizat la 400 pacienți de gen masculin, care s-au adresat în ambulatorul de medicină generală. Corelațiile cu alte maladii au fost de 7,3% cu diabetul zaharat, și de 9,2 % cu hipertensiunea arterială. Prevalența maladiei a fost asociată cu vîrsta și cu nivelul de educație. [15]

Faptul că prevalența DE este dependentă de statutul socio-economic și cultural al țării este confirmat și de alte studii. Astfel studiul brazilian realizat în 2003 arată o prevalență a DE de 65%, iar studiul olandez de 19,2%. În Taiwan, prevalența DE a fost de 27% în rîndul tuturor pacienților investigați și de 29% în rîndul celor cu vîrsta peste 40 ani. În Ghana, prevalența totală a DE a fost de 59,6% [3, 14, 22, 28,]

Prevalența disfuncțiilor sexuale masculine în SUA a fost investigată în mod repetat. Datele obținute de Lindau în rîndurile populației vîrstnice au fost publicate în anul 2007 și sunt prezentate în tabelul Nr. 1.

Tabelul 1

Prevalența disfuncțiilor sexuale masculine în SUA (conform Lindau, 2007)

Disfuncția	57 - 64 ani	65 - 74 ani	Mai mult de 75 ani
Ejaculare precoce	29,5%	28%	21%
Ejaculare tardivă	16,5%	23%	33%
Disfuncție erectilă	30,7%	44%	43%

O metaanaliză a prevalenței DE realizată de către H. Porst și publicată în The ESSM Syllabus of Sexual Medicine în 2012, confirmă diferențele adeseori semnificative între diverse regiuni și țări investigate. [29] (Tabelul 2)

Tabelul 2

Prevalența DE conform gradului de severitate (Porst 2012)

Autor	Țara	Nr. caz	Vîrsta	Total	Usoară	Moderată	Completă
Feldman, 1994	SUA	1 290	40-70	52%	17%	25%	10%
Dunn, 1998	Marea Britanie	780	18-75	25%			
Laumann, 1999	SUA	1249	18-59	11%			
Braun, 2000	Germania	4 489	30-80	19%			
Chew, 2000	Australia	1 240	18-91	39,4%	9,6%	8,9%	18,6%
Akkus, 2000	Turcia	1982	>40	64,3%	35,7%	23%	5,6%
Vaaler, 2000	Norvegia	1182	>40	33%			
Meuleman, 2000	Olanda	1215	>40	13%			
Mahmud, 2000	Egipt	594	30-70	54%	32%	20%	2%
Dogungro, 2001	Nigeria	917	30-75	51%	40%	10%	1%
De Boer, 2004	Olanda	2117	18-80	16,8%	5,9%	3,6%	6,9%
Pohnlozer, 2004	Austria	2869	20-80	32%	24%	7%	1%

În România au fost realizate 2 studii epidemiologice privind prevalența disfuncției erectile, în anul 1998 (634 respondenți), și în anul 2004 (1000 respondenți), ambele studii au fost realizate în baza unui chestionar autoadministrat cu întrebării conform IIFE-5. Vîrsta respondenților a fost de la 35 la 80 de ani. A fost studiată prevalența, adresabilitatea la medic, factorii de risc, precum fumatul sau afecțiunile asociate. Prevalența DE a fost de 25% în primul studiu și de 38% în cel de al doilea, și crește odată cu vîrsta. [8] Studiul epidemiologic efectuat în Federația Rusă în anul 2011, asupra a 1225 respondenți cu vîrsta cuprinsă între 20 și 75 de ani, a arătat că doar 10,1% bărbați interveiați nu au nici o problemă cu erecția, iar 12% remarcă o DE severă, 6,6% moderată și 71,3% o DE ușoară. În realizarea studiului au fost utilizate chestionarele IIFE-

5, AMS – Aging male Screening, IPSS. Chestionarele au fost repartizate preponderent bărbaților care s-au adresat medicului de medicină generală pentru alte probleme de sănătate, sau unor bărbați în afara instituțiilor medicale (instituții culturale, transport, etc...). Studiul a arătat o corelație directă între DE și unii factori de risc precum fumatul, 81% fumători printre bărbații cu DE, sau consumul de alcool, 84% cu disfuncție erectilă. O particularitate a studiului respectiv este faptul că spre deosebire de alte studii, unde prevalența DE este scăzută la bărbații tineri, în studiul dat circa 49,7% dintre bărbații cu vîrsta de pînă la 45 de ani prezintă semne de DE. [32]

Către acest moment în Republica Moldova nu au fost făcute studii ale prevalenței sau incidenței disfuncției erectile.

Bibliografie

- AhnTY, ParkJK, HongJH and all. Prevalence and risc factors for erectile dysfunction in Korean Men: results of an epidemiological study. J Sex Med 2007. Sep.4(5)1269-76.
- Al NaimiA, MajzoubAA, TalibRA. Erectiule Dysfunction in Qatar: prevalence and risc factors in 1052 participants-a pilot study. Sex Med. 2014. Jun 2 (2)91-5.
- Amidu N, Owiredo WK, Woode E and all. Prevalence of male sexual dysfunction among Ghanaian populace: myth or reality? Int J Impot Res 2010 Nov-Dec; 22 (6) : 337-42.
- Antonio Martin-Morales, Jose J. Sanchez-Cruz, Inigo Saenz De Tejada and all. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the epidemiologia de la disfuncion erectil masculina study. The Journal of Urology Volume 166, Issue 2, August 2001, 569–575.
- Bang-Ping Jiann. Using the International Index of erectile Function-5 to assess Erectile Function in epidemiological studies. The Journal of Sexual Medicine. 2012. Vol 9(1) 327.
- BlankerM, BohnenA, ThomasS. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. Int J Impot Res. 2002. Dec.14(6), 422-32
- Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. Int J Impot Res 2000;12: 305-311.
- Calomfirescu N. Disfuncția erectilă. Editura Medicală. București. 2009. 37-9.
- Chew KK, StuckeyBB, Bremner A. Male erectile dysfunction: its prevalence in Western Austrasia and associated sociodemographic factors. Journal of Sexual medicine 2008 5(1): 60-9.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG and all, Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol. 1994;151: 54-61.
- Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A and all. Prevalence of Erectile Dysfunction in France: Results of an Epidemiological Survey of a Representative Sample of 1004 Men. European Urology, 2002, V 42(5): 529
- Giuliano F. Questionnaires in Sexual Medicine. Prog Urol. 2013. Joule.23(9): 811-21.
- Gratzke C, Angulo J, Chitaley K, Lue TF, Stief CG. Anatomy, physiology, and pathophysiology of erectile dysfunction. J Sex Med. 2010 Jan;7 (1 Pt 2): 445-75.
- Hwang TI, Tsai TF, Lin YC et al. A survey of erectile dysfunction in Taiwan: (use of the erection hardness score and quality of erection questionnaire. J Sex Med 2010 Aug;7(8):2817-24.
- Idung AU, Abasiubong F, UkotIA. Prevalence and risc factors of erecile dysfunction in Niger delta region, Nigeria. African Health Sciences. 2012, Vol12, Nr 2. 60-165.
- Jackson G, Boon N, Eardley I et all. Erectile dysfunction and coronary artery disease prediction: evidence-based guidance and consensus. Int J Clin Pract. 2010 Jun;64(7): 848-57.
- Jardin A., Wagner G. Recomandările OMS privind Disfuncția erectilă. București.2002.
- JustoD, HerutiRJ. Incorporating a sexual questionaيرة in screening examinations. Harefuah. 2009. Sept.148(9):646-9.

19. Kinsey AC, Pomeroy WB and Martin CE. Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia. WB Saunres Co. 1948.
20. Kubin M, Wagner G, Fugl-Meyer AR. Epidemiology of erectile dysfunction. Int J Impot Res. 2003. Feb, 15(1) 63-71.
21. Lue TF, Tanagho EA. Physiology of erection and pharmacological management of impotence. J Urol 1987 May;137(5):829-36.
22. Moreira ED Jr, Lbo CF, Diamant A and all. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. Urology 2003 Feb;61(2):431-6.
23. Parazzini F, Menchini Fabris F, Bortolotti A and all. Frequency and Determinants of Erectile Dysfunction in Italy. Eur Urol 2000;37:43-49
24. Permpongkosol S, Kongkand A, Ratana-Olarn K. Increased prevalence of erectile dysfunction (ED): results of the second epidemiological study on sexual activity and prevalence of ED in Thai males. Aging Male. 2008.Sep11(3):128-33.
25. Pohnholzer A, Temml C, Mock K and all. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in 2869 men using a validated questionnaire. Eur Urol. 2005 47(1) 80-5.
26. Quek K, Sallam A. Prevalence of sexual problems and its association with social, psychological and physical factors among men in a Malaysian population: a cross-sectional study. J sex Med. 2008. Jan 5(1):70-6.
27. Raymond C Rosen, Allan Riley, Gorm Wagner, and all. „The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction.” Urology 49:822-830. 1997.
28. Schouten BW, Bosch JL, Bernsen RM, and all. Incidence rates of erectile dysfunction in the Dutch general population. Effects of definition, clinical relevance and duration of follow-up in the Krimpen Study. Int J Impot Res 2005 Jan-Feb;17(1):58-62
29. The ESSM Syllabus of Sexual Medicine. Editor H. Porst, Y. Reisman. Amsterdam 2012.
30. Wespes E, Eardley I, F. Giuliano and all. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. © European Association of Urology 2013.
31. Гамидов С.И., Иремашвили В.В. Эректильная дисфункция и сердечно-сосудистые заболевания: новый взгляд на старую проблему // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006. - №6. 123-128.
32. Пушкарь Д.Ю., Камалов АА, Аль-Шукри СХ, ид. Эпидемиологическое исследование распространенности эректильной дисфункции в Российской Федерации. РМЖ. Урология. 2012. 3-6.
33. Пушкарь Д.Ю. Эректильная дисфункция современные методы диагностики и лечения. Справочник поликлинического врача. 2004. №2. 29-31.

ACTIVITATEA ENZIMELOR PROTEOLITICE ÎN URINĂ LA COPII CU GLOMERULONEFRITĂ

Angela Ciuntu

Departamentul Pediatrie, USMF "Nicolae Testemițanu"

Rezumat

Studiul se axează pe evaluarea activității enzimelor proteolitice în urină la etapele clinico-evolutive la 40 copii cu glomerulonefrită și sindrom nefrotic. Activitatea enzimelor proteolitice în glomerulonefrită poate servi drept criteriu de diagnostic precoce de stabilire a gravității maladii, patologiei topice, gradului de lezare a țesutului renal, evoluției, complicațiilor asociate cât și a pronosticului.

Summary

The activity of proteolytic enzymes in the urine of children with glomerulonephritis

This study focuses on assessing the activity of proteolytic enzymes in the urine of 40 children with nephrotic syndrome and glomerulonephritis at clinical evolutionary stages. Glomerulonephritis proteolytic enzyme activity may serve as an early diagnostic criteria for determining the severity of the disease, topical pathology, the degree of damage to kidney tissue, evolution, associated complications and prognosis.

Introducere

Abordarea multidisciplinară a glomerulonefritei (GN) s-a impus ca urmare a eforturilor de maximalizare a rezultatelor tratamentului acestei afecțiuni. Conform statisticilor incidența anuală a sindromului nefrotic idiopatic (SNI) la copiii în vârstă de până la 18 ani este în creștere. Astfel, în țările europene și SUA incidența anuală a SNI constituie 3-7 cazuri la 100 000, iar prevalența cumulativă - 16/100 000 copii. Este demonstrat că la copiii asiatici care locuiesc în nordul Marii Britanii incidența medie a SN pe perioada unui an constituie 7,4 cazuri, pe când la copiii din Asia de Sud - 1,6 cazuri la 100 000 copii, Noua Zeelandă prezintă 20 cazuri la 100 000 copii sub vârsta de 15 ani [2,7,11,12]. Deci glomerulonefrita (GN) reprezintă o problemă de sănătate globală, fiind una din cauzele invalidității copiilor. În ultimile decenii, diagnosticul și tratamentul GN este diversificat, mergând de la tehnici de diagnostic de rutină la cele special selectate [3].

Cercetările în domeniu ne indică că nivelul enzimuriei, în special activitatea enzimelor organospecifice în afecțiunile renale și, în particular, în glomerulonefrită, poate servi drept criteriu de diagnostic precoce de stabilire a gravității maladii, patologiei topice, a gradului de lezare a țesutului renal, evoluției, complicațiilor asociate cât și a pronosticului [8,9,10].

În prezent, din punct de vedere diagnostic, în urină se determină activitatea aproximativ a 70 enzime și izoenzime - indicatori sensibili al afectării organelor interne, în special al rinichilor. În condiții fiziologice principala sursă de enzime este plasma sanguină, celulele epitelului canaliculelor renale, epitelul celulelor tractului urinar.

La copilul practic sănătos cu ajutorul filtrației glomerulare din plasmă în urină se excretă numai acele enzime, masa moleculară a cărora este mai joasă de 70 kDa (amilaza, pepsinogenul, lipaza), iar enzimele cu masa moleculară mai mare nu trec prin filtrul glomerular. Pe când în cazuri