

# ПЕЙРОНИ



# ПЕЙРОФЛЕКС

**НОВОЕ СЛОВО В РЕШЕНИИ  
ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ!**

Курсовой приём комплекса Пейрофлес способствует:

- Уменьшению плотности и размера фиброзной бляшки
- Уменьшению степени искривления полового члена, уменьшая тем самым необходимость в оперативном лечении
- Уменьшению боли во время эрекции в активную фазу болезни Пейрони
- Профилактике развития болезни Пейрони после травматического полового акта или после травмы полового члена
- Состав: пара-аминобензойная кислота, D-α-токоферол, L-карнитина тартрат

## ПАРА-АМИНОБЕНЗОЙНАЯ КИСЛОТА (PARA-AMINOBENZOIC ACID, ПАВА)

### ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ:

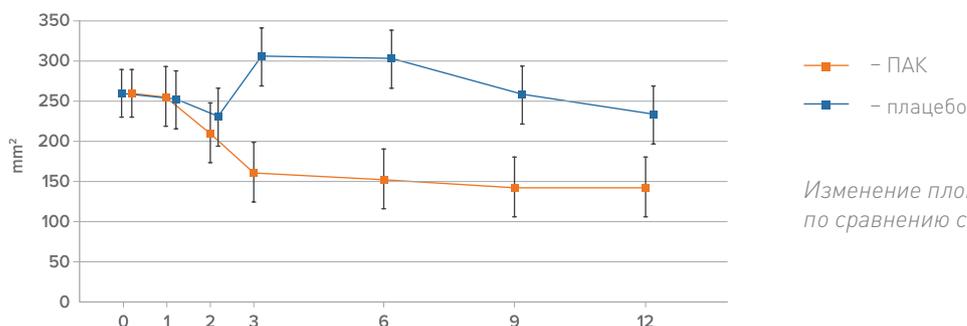
- Опрос урологов в Германии показал, что 46% из них используют пара-аминобензоат калия в лечении БП<sup>11</sup>.
- Используется для лечения таких фиброзирующих состояний как контрактура Дюпюитриена.
- Двойное слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование применения производного калиевой соли ПАВА показало снижение у 74,3% пациентов площади бляшки или снижение степени искривления как минимум на 30%. Средняя площадь бляшки уменьшилась с 259 мм<sup>2</sup> до 142 мм<sup>2,12</sup>

### МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ:

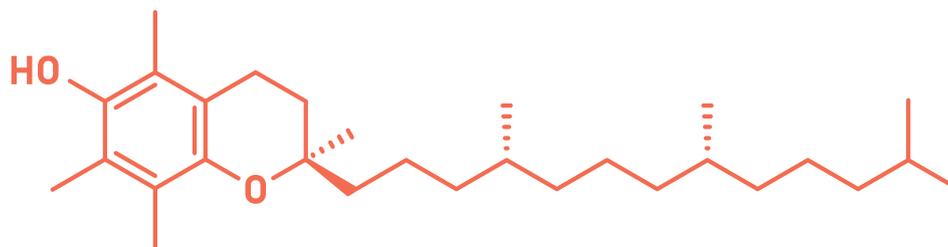
- Обладает как противовоспалительным, так и противифибротическим действием.
- Стабилизирует тканевую серотонинмоноаминоксидазу и обладает прямым ингибирующим воздействием на гликозаминогликановый скелет фибробластов<sup>17</sup>.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ ПРЕПАРАТАМИ ПАБК

Исследование	Пациентов	Уменьшение боли	Уменьшение размеров бляшки	Уменьшение искривления
Zarafonetis <sup>13</sup>	21	100%	76%	82%
Hasche-Klunder <sup>14</sup>	25	100%	100%	71%
Riley <sup>15</sup>	18	100%	11%	75%
Carson <sup>16</sup>	32	44%	56%	58%



Изменение площади бляшки после применения ПАБК по сравнению с плацебо. Взято из Weidner et al., 2005

D- $\alpha$ -ТОКОФЕРОЛ

Многочисленные исследования и многолетний опыт применения подтверждают, что добавление витамина E к другим препаратам существенно повышает эффективность лечения<sup>1,2</sup>.

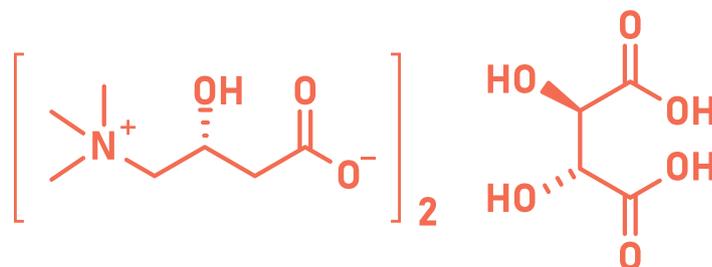
**МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ:**

- Ингибируют клеточную пролиферацию фибробластов при патологическом фиброзе человека<sup>7</sup>.
- Ингибирует выработку трансформирующего фактора роста-  $\beta 1$  (TGF- $\beta 1$ ), который отвечает за развитие соединительной ткани<sup>8</sup>.
- Подавляет избыточную пролиферацию клеток посредством ингибирования протеинкиназы C<sup>9</sup>.
- Оказывает противовоспалительный эффект.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ D- $\alpha$ -ТОКОФЕРОЛА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ**

Исследование	Пациентов	Уменьшение боли	Уменьшение размеров бляшки	Уменьшение искривления
Scardino <sup>3</sup>	23	100%	91%	78%
Chesney <sup>4</sup>	58	82%	82%	Нет данных
Pryor <sup>5</sup>	40	35%	Минимальное	10%
Devine <sup>6</sup>	23	100%	91%	78%
Scardino <sup>3</sup>	107	99%	20%	33%

## L-КАРНИТИНА ТАРТРАТ

**ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ:**

- Рандомизированное сравнительное слепое исследование одной из форм L-карнитина показало облегчение эректильной боли у 92%; уменьшение средней кривизны полового члена на 7,5°; уменьшение размера бляшки на 48,8 мм<sup>2</sup> замедление прогрессирования заболевания в 92% случаев (p везде <0,01)<sup>18</sup>.

**МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ:**

- Предотвращает пролиферацию фибробластов и образование коллагена за счет снижения активности свободных радикалов и внутриклеточной концентрации кальция<sup>19</sup>.
- Защищает и восстанавливает клетки с повреждениями, вызванными воспалением и ишемией<sup>19</sup>.
- L-карнитин ингибирует пролиферацию и остеобластическую дифференциацию фибробластов<sup>20</sup>.

## Список литературы:

1. Halal A.A., Geavlete P., Ceban E. J Med Life. 2012.
2. Paulis G. et al. Andrology. 2013. Vol. 1, № 1. P. 120–128.
3. Scardino P.L., Scott W.W. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1949. Vol. 52, № 3. P. 390–396.
4. Chesney J. Br J Urol. 1975. Vol. 47. P. 209–218.
5. Pryor J., Farrell C. Prog Reprod Biol Med. 1983. Vol. 9. P. 41–45.
6. Devine C.J., Horton C. Semin Urol. 1987. Vol. 5. P. 251–261.
7. Tasanarong A. et al J. Med. Assoc. Thai. 2011. Vol. 94 Suppl 7. P. S1–9.
8. Haas A.L. et al. Ophthalmic Res. 1996. Vol. 28, № 3. P. 171–175.
9. Fazzio A., Marilley D., Azzi A Biochem. Mol. Biol. Int. 1997. Vol. 41, № 1. P. 93–101.
10. Jiang Q. et al. Proc. Natl. Acad. Sci. 2008. Vol. 105, № 51. P. 20464–20469
11. Hauck E.W. et al Urologe. 2005. Vol. 44, № 10. P. 1189–1196.
12. Weidner W. et al. Eur. Urol. 2005. Vol. 47, № 4. P. 530–536.
13. Zarafonitis C.J., Horrax T.M. J. Urol. 1959. Vol. 81, № 6. P. 770–772.
14. Hasche-Klünder R. Urologe. A. 1978. Vol. 17, № 4. P. 224–227.
15. Riley A. BR J Sex Med. 1979. Vol. 6. P. 29–33.
16. Carson C.C. Tech. Urol. 1997. Vol. 3, № 3. P. 135–139.
17. Nehra A. et al J. Urol. 2015. Vol. 194, № 3. P. 745–753.
18. Biagiotti G., Cavallini G. BJU Int. 2001. Vol. 88, № 1. P. 63–67.
19. Jack G.S., Gonzalez-Cadavid N., Rajfer J. Curr. Urol. Rep. 2005. Vol. 6, № 6. P. 454–460.
20. Ge P. et al. Biosci. Trends. 2015. Vol. 9, № 1. P. 42–48.