



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Disfuncția erectilă
Protocol clinic național

PCN-261

Chișinău
2016

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 29.09.2016, proces verbal nr.3**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.753 din 30.09.2016
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Disfuncția erectilă”**

Elaborat de colectivul de autori:

Ion Dumbrăveanu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Adrian Tanase	USMF „Nicolae Testemițanu”
Boris Baluțel	IMSP Spitalul Clinic Republican
Cornel Spânu	IMSP Spitalul Clinic Republican

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
Ghenadie Curocichin	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

Curpîns

	Abrevieri folosite în document	4
A	Partea întroductivă	4
A.1	Diagnosticul	4
A.2	Codul bolii	5
A.3	Utilizatori	5
A.4	Scopurile protocolului	5
A.8	Definițiile folosite în document	5
A.9	Informație epidemiologică	6
B	Partea Generală	7
B.1	Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	7
B.2	Nivelul consultativ specializat	8
B.3	Nivelul de staționar	10
C.1	Algoritm de conduită	11
C.1.1	Particularități clinice ale disfuncției erectile	11
C.2	Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor	13
C.2.1	Clasificarea disfuncției erectile	14
C.2.2.1	Factorii de risc a disfuncției erectile	14
C.2.2.2	Profilaxia disfuncției erectile	14
C.2.3	Conduita pacientului cu disfuncție erectilă	15
D	Resurse umane și materiale necesare pentru respectarea prevederilor protocolului	22
D.1	Instituțiile de asistență medicală primară	22
D.2	Instituțiile consultativ-diagnostice	22
D.4	Secțiile de profil, Centre sau clinici specializate	22
E	Indicatori de monitorizare a implementării protocolului	23
Anexa 1	Indexul internațional a funcției erectile, varianta scurtă IIEF-5	24
Anexa 2	Indexul internațional a funcției erectile, varianta completă IIEF	25
Anexa 3	Chestionar de verificare a funcției sexuale masculine BSSC-M	29
Anexa 4	Recomandări de implementare în conduita pacienților cu disfuncție erectilă	30
Anexa 5	Formular de acord informat	31
Anexa 6	Fișa standardizată de audit medical pentru Disfuncția erectilă	
	Bibliografie	32

Abrevieri folosite în document

DE	Disfuncție erectilă
PC	Prostatită cronică
IMC	Indicele Masei Corporale
T/A	Tensiune arterială
LH	Hormon luteinizant
FSH	Hormon foliculostimulant
SHBG	Globulina legată de hormonul sexual
IIEF	Indexul internațional a funcției erectile
DȘ	Nivel de dovadă științifică
GR	Grad de recomandare
PDE5	Fosfodiesterază tip 5

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din reprezentanții catedrei Urologie și Nefrologie Chirurgicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și IMSP Spitalul Clinic Republican (Chișinău, Republica Moldova).

Protocolul național este elaborat în conformitate cu sursele științifice contemporane privind conduita pacientului cu disfuncție erectilă. Recomandările și algoritmii expuși corespund principiilor medicinei bazate pe dovezi și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de diagnostic clinic:

Disfuncție erectilă organică, forma ușoară.

Disfuncție erectilă mixtă.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

N 48.4 Disfuncție sexuală (impotență) de origine organică.

F 52 Disfuncție sexuală care nu este provocată de factori de origine organică sau alte maladii.

Notă. Denumirile referitoare la disfuncția erectilă, incluse în CIM 10, aprobate la finele secolului XX, în virtutea dezvoltării andrologiei ca știință medicală, la ora actuală nu reflectă pe deplin etiopatogenia, manifestările clinice și tratamentul disfuncției erectile, nu sunt acceptate de către societățile științifice medicale și necesită a fi revizuite. (21, 22) Se propune ca până la aprobarea unei noi redacții a CIM, de a menține codul maladiei, iar diagnosticul de a fi reformulat cu excluderea termenului de impotență, în disfuncție erectilă organică – N 48.4 și disfuncție erectilă nonorganică – F 52.

A.3. Utilizatorii:

Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie).

Secțiile/instituțiile consultative (urologi, andrologi, sexologi, endocrinologi, interniști, psihologi, etc..).

Asociațiile medicale teritoriale (urologi, andrologi, endocrinologi, interniști).

Secțiile de urologie, terapie.

Notă: La necesitate, protocolul poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

Sporirea măsurilor profilactice pentru prevenirea apariției DE, la nivelul de asistență medicală primară, specializată de ambulator și spitalicească.

Facilitarea diagnosticului precoce al DE

Sporirea calității tratamentului acordat pacienților cu DE și ameliorarea calității vieții.

Sporirea calității în supravegherea pacienților cu DE.

Utilizarea diagnosticului de DE în calitate de marker precoce al altor maladii sistemice în primul rând cardiovasculare și endocrine.

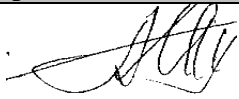








A.5. Data elaborării protocolului: septembrie 2016

A.6. Data revizuirii următoare: septembrie 2018

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția deținută
Ion Dumbrăveanu	d.ș.m., conferențiar universitar, catedra Urologie și Nefrologie chirurgicală a USMF „Nicolae Testemițanu”
Adrian Tanase	d.h.ș.m., profesor universitar, sef catedră Urologie și Nefrologie chirurgicală a USMF „Nicolae Testemițanu”
Boris Baluțel	Medic urolog, IMSP Spitalul Clinic Republican
Cornel Spânu	d.ș.m., Medic urolog, IMSP Spitalul Clinic Republican

Protocolul a fost discutat și aprobat:

Denumirea instituției	Persoana responsabilă – semnătura
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”	
Societatea de Andrologie și Sănătate Sexuală din RM	
Societatea Urologilor din RM	
Comisia Științifico-Metodică de Profil „Chirurgie”	
Asociația medicilor de familie	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document.

Disfuncția erectilă (DE) reprezintă incapacitatea unui bărbat de a obține și/sau menține o erecție suficientă pentru realizarea și finalizarea unui act sexual satisfăcător (NIH Consensus Statement of Impotence, 1993). Deși DE este 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. Până la sfârșitul secolului XX se credea că cauza principală a tulburărilor erectile este starea psihologică a individului. Actualmente, este demonstrat că factorii organici sunt cei determinanți. Ereecția este un fenomen neurogen, vascular și tisular sub control hormonal. Ea include dilatarea arterială, relaxarea musculaturii netede, activarea mecanismului venoocluziv. (3, 15,21) Prin urmare, orice afectare a sistemelor respective va duce la apariția DE. Tratamentul DE va fi inițiat doar după evaluarea complexă a pacientului. La ora actuală tratamentul de primă linie a tulburărilor de erecție constă în administrarea inhibitorilor de PDE5. (4)

Nivelul de dovadă științifică și gradul de recomandare.

Trimiterile din text au fost evaluate în funcție de nivelul lor de dovadă științifică (DȘ) și împreună cu recomandările au fost clasificate pe baza Centrului Oxford pentru Medicina Bazată pe Dovezi.

Tabelul 1: Nivelul de dovadă științifică.

Nivelul de dovada	Caracterizarea dovezilor
1a	Dovezi obținute în baza meta-analizei studiilor științifice randomizate.
1b	Dovezi obținute în baza a cel puțin un studiu randomizat.
2a	Dovezi obținute din studii controlate, bine concepute, dar fără randomizare.
2b	Dovezi obținute din cel puțin un studiu experimental bine conceput.
3	Dovezi obținute în urma studiilor non-experimentale bine concepute, studii comparative, studii de corelare și rapoarte de caz.
4	Dovezi obținute din rapoartele comitetelor de experți, a opiniilor sau a experienței clinice respectate

Gradul de recomandare nu are întotdeauna o legatură directă lineară cu nivelul de evidență științifică datorita diferențelor metodologice sau a unor limitari de ordin științific. Astfel o dovadă științifică mare, nu întotdeauna poate fi transpusă direct în activitatea practică, iar absența unui nivel înalt de dovadă nu se opune gradului A de recomandare, în cazul când există o experiență clinică mare și un consens a experților, fapt care trebuie totuși menționat în text.

Tabelul 2. Gradul de recomandare.

Grad	Caracteristica recomandării.
A	În baza studiilor de clinice de calitate și coerență, în care recomandările specifice sunt menționate, inclusiv cel puțin un studiu clinic randomizat.
B	În baza studiilor de clinice bine realizate, dar fara studii clinice randomizate.
C	În baza opiniilor comitetului de experți, a experienței clinice îndelungate, în absența unor studii clinice de relevanță.

A.9. Informație epidemiologică.

Conform datelor statistice prevalența DE este de circa 52% la bărbații cu vârsta cuprinsă între 40-70 ani. inclusiv 17% forma ușoară, 25% forma moderată și 10% completă. (8) Datele epidemiologice arată o prevalență și incidență destul de semnificativă a DE cu unele deosebiri în dependență de țară sau naționalitate. 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 vârsta, de la 2,3 la 53,4%. (22) În Taiwan, prevalența DE a fost de 27% în rândul tuturor pacienților investigați și de 29% în rândul celor cu vârsta peste 40 ani. Studiul epidemiologic realizat în Federația Rusă în anul 2011, a arătat o prevalență a disfuncției erectile de 56,2%, inclusiv 5,2% severă. (17,21,27) Conform unui studiu realizat în cadrul Școlii de Management în Sănătate Publică a USMF „Nicolae Testemițanu”, în anul 2015, prevalența generală a DE în R. Moldova a fost de 48%.

Cu toate că, intensitatea funcției sexuale scade odată cu înaintarea în vârstă, iar prevalența DE și severitatea ei cresc direct proporțional cu vârsta, disfuncția erectilă nu poate fi interpretată doar ca o manifestare a senescenței. DE are o incidență crescută la persoanele obeze, la cei cu un mod sedentar de viață, printre fumători și cei ce abuzează de alcool. De asemenea este demonstrat ca, DE poate fi o consecință, dar și o manifestare precoce a altor maladii în special a patologiilor coronariene și vasculare periferice, având aceiași factori de risc declanșatori. (5, 18, 19, 23)

Protocolul clinic național va standartiza diagnosticul și managementul pacienților cu disfuncție erectilă și va asigura un nivel înalt de acordare a consilierii și ajutorului medical populației R. Moldova.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motivele (reper)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
Profilaxia primară	Depistarea precoce și excluderea principalilor factori de risc: Vârsta Fumatul Modul sedentar de viață Obezitatea Alcoolismul Diabetul zaharat Intervenții chirurgicale la organele micului bazin Alte maladii organice: stare după AVC, hipogonadism, adenom de prostată, insuficiență renală, etc.. Utilizarea permanentă a anumitor	Obligator: Măsuri de promovare a unui stil sănătos de viață. Renunțarea la fumat. Reducerea consumului de alcool și a hipodinamiei. Depistarea și evidența pacienților cu diabet zaharat, maladii cardiovasculare. Evidența pacienților cu intervenții chirurgicale la organele micului bazin, în primul rând asupra prostatei.
Profilaxia secundară	medicamente, etc..	
Disfuncția erectilă la etapa primară necesită diagnostic pozitiv și evaluarea principalilor factori de risc. Având în vedere faptul că, DE are factori de risc comuni și poate fi nu doar o complicație dar și o manifestare precoce sau un marker al altor maladii, în primul cardiovascular, endocrine sau urologice,		

<p>acțiunile medicului de familie sau de alt profil, la care se adresează primar pacientul nu se vor rezuma doar la constatarea maladiei și prescrierea unui tratament, ci la evaluarea medicală complexă a pacientului.</p>		
<p>2. Diagnostic</p>		
<p>2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de disfuncție erectilă.</p>	<p>Anamneza și datele investigațiilor de bază necesare pentru confirmarea diagnosticului. (casetă 6)</p> <p>Confirmarea factorilor de risc.</p>	<p>Obligator: Completarea chestionarului IIEF-5 (anexă) Anamneza cu evaluarea factorilor de risc. (C.2.2.1, caseta 4, tabelul 1) Examenul fizic general cu aprecierea TA, pulsului, IMC, statutului neurologic, a organelor genitale externe, etc... Tușeul rectal. Hemoleucograma completă; Analiza generală a urinei; Profil lipidic; Glicemie</p> <p>Optional: Depistarea altor dereglări sexuale asociate (dispariția libidoului, ejacularea precoce) Discuție cu partenera. Ecografia abdominală și a prostatei cu determinarea urinei reziduale. ECG. PSA - la pacientul cu vârsta de peste 50 de ani. Testosteronul total. Consultul specialiștilor: Urolog, androlog, sexolog, endocrinolog, psiholog.</p>
<p>2.2. Când este necesar consultului specialistului și/sau spitalizarea?</p>	<p>Anamneză cu simptome clinice grave sau maladii concomitente.</p> <p>Necooperarea pacientului.</p> <p>Absența efectului de la recomandările sau tratamentul prescris.</p>	<p>Recomandarea consultației specialistului la pacienții cu dificultăți de diagnostic și tratament.</p> <p>Spitalizarea pacientului cu disfuncție erectilă va avea loc doar la etapa a 2, la decizia specialistului de profil.</p> <p>Deoarece evoluția DE poate fi influențată de prezența altor maladii nu este exclusă necesitatea spitalizării în secțiile de profil cardiologie, endocrinologie, urologie, etc... cu scop de tratament a maladiei de bază.</p>
<p>3. Tratamentul</p>		
<p>Tratamentul medicamentos.</p>	<p>Tratamentul disfuncției erectile constă în:</p> <ul style="list-style-type: none"> -administrarea preparatelor medicamentoase, în primul rând a inhibitorilor PDE5; - consiliere familială; - excluderea factorilor de risc; - tratamentul maladiilor asociate. 	<p>Obligator: Preparatele se administrează conform schemelor terapeutice în dependență de simptomatologia prezentă. La nivel de medicină primară se vor administra doar preparatele de prima linie terapeutică. (C 2.3.7 Caseta 9)</p>
<p>4. Supravegherea</p>		<p>Obligator: Pacientul va fi evaluat continuu atât din punct de vedere a prezenței DE, cât și factorilor de risc.</p>

B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulatoriu (Androlog, urolog, endocrinolog)		
Descriere (măsuri)	Motivele (repre)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Confirmarea și specificarea factorilor de risc exogeni și endogeni.	Măsuri educative pentru populație, inclusiv: renunțarea la fumat, la sedentarism, alcool, combaterea obezității, educația sexuală, etc..
1.2 Profilaxia secundară	Ameliorarea manifestărilor și prevenirea agravării clinice a DE	Monitorizarea tratamentului și a recomandărilor prescrise. Evaluarea pacienților în perioada posttratament.
2. Screening-ul	Depistarea precoce a pacienților cu disfuncție erectilă, sau a semnelor de argavare a manifestărilor clinice.	<i>Obigator:</i> <i>Completarea chestionarelor IIEF-5 sau BSSC-M de către pacient sau populație.</i> <i>Monitorizarea pacientului cu DE.</i>
3. Diagnosticul pozitiv și diferențiat		
3.1. Confirmarea diagnosticului	Evaluarea acuzelor, a intensității manifestărilor clinice, a anamnezei, evoluției datelor clinice și investigațiilor suplimentare instrumentale, hematologice, etc.. Diagnosticul maladiilor asociate și a gradului de manifestare și influență a acestora asupra funcției sexuale. Diferențierea formei organice, non organice sau mixte a disfuncției erectile. Evaluarea stării psihoemoționale a cuplului. Caseta 6. C 2.3.4	<i>Obigator:</i> Completarea chestionarelor BSSC-M IIEF-5 sau IIEF, etc... Depistarea altor dereglări sexuale asociate (dispariția libidoului, ejacularea precoce) Discuție cu partenera Anamneza cu evaluarea factorilor de risc. Examenul fizic general cu aprecierea TA, pulsului, IMC, statutului neurologic, a organelor genitale externe, determinarea reflexului bulbo-cavernos, cremasteric etc... Tușeul rectal. Hemoleucograma completă; Analiza generală a urinei; Profil lipidic; Glicemie. Testosteron total. <i>Optional:</i> Ecografia abdominală și a prostatei cu determinarea urinei reziduale. ECG, ECG cu proba de efort. Testarea farmacologică a erecției. Dopplerografia peniană. Monitorizarea tumeniscenței nocturne (Rigiscan) Testosteron liber, SHBG, Prolactina, LH, FSH Profil glicemic, Proteina C-reactivă, coagulograma. PSA- la bărbatul trecut de 50 ani.
3.2. Deciderea consultării altor specialiști și/sau spitalizării.	Pacienții cu dificultăți de diagnostic și/sau evaluare a factorilor de risc. Necesitatea de instituire sau continuare a tratamentului complex pentru maladiile	Consultația altor specialiști în dependență de necesitate – cardiolog, endocrinolog, neurolog, psihiatru, etc... Respectarea recomandărilor medicului specialist de alt profil pentru pacienții cu dificultăți de diagnostic.

	asociate. Necesitatea de spitalizare.	Aprecierea indicațiilor pentru spitalizare.
4. Tratamentul		
4.1. Tratamentul medicamentos.	Tratamentul corect al DE conform schemelor terapeutice și respectarea continuității. (C 2.3.7 caseta 9, caseta 10, caseta 11, tabelul 3)	Obligator: Preparate de prima linie - inhibitori de PDE5 Linia 2 de tratament – administrarea intracavernoasă de prostaglandine E1 sau echivalente. Dispozitive cu vacuum. Opțional. Tratamentul maladiei de bază, dacă atare maladie există. Consilierea cuplului. Fitoterapie.
5. Supravegherea și recuperarea	Asigurarea la timp a consultului altor specialiști Ameliorarea calității vieții pacientului.	Supravegherea corectitudinii administrării tratamentului prescris. Implimentarea modificărilor în stilul de viață. Terapia de suport psihologic.
6. Spitalizarea pacientului	Asigurarea spitalizării la necesitate	Respectarea criteriilor de spitalizare a pacientului cu DE. (C.2.3.6)

B.3. Nivelul de Asistență medicală spitalicească

Descriere (măsurii)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea pacientului	Necesitatea efectuării unor manevre diagnostice sau terapeutice complexe. Necesitatea tratamentului chirurgical al DE. Tratamentul staționar al altor maladii care pot agrava evoluția DE.	Criterii de spitalizare în secții profil chirurgical specializat (Urologie, andrologie): - Absența efectului de la tratamentul de prima sau a doua linie. - Necesitatea tratamentului chirurgical de revascularizare sau protezare peniană. Criteriile de spitalizare în alte secții va fi stabilit de către medicul specialist consultant (endocrinolog, cardiolog, etc..) în caz de prezență a maladiilor cu potențial risc de agravare a simptomatologiei DE.
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului	Determinarea prezenței și a severității DE. Confirmarea necesității de manevre diagnostice complexe sau de tratament chirurgical.	La internare pacientul va avea rezultatele investigațiilor efectuate ambulator. Rezultatele chestionarelor IIEF-5, IIEF, etc.. Rezultatele examinărilor bio-umorale, hormonale, etc..., care pot fi repetate doar în mod selectiv la decizia medicului curant. Obligator: Examenul fizic general cu aprecierea TA, pulsului, IMC, statutului neurologic, a organelor genitale externe, etc... farmacodopplerografia peniană. Opțional: Monitorizarea tumeniscenței nocturne

		(Rigiscan) Arteriografia peniană și/sau a vaselor micului bazin. Electromiografie peniană. Consultația altor specialiști: endocrinolog, hepatolog, reumatolog, etc.. Efectuarea altor examinări și analize necesare pentru intervenția chirurgicală.
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul medicamentos se va indica doar ca scop de pregătire preoperatorie sau prevenirea eventualelor complicații postoperatorii.	Opțional: Preparate specifice conform diagnosticului: preparate anxiolitice, antidepresante, antibiotice, antiinflamatorii, antiagregante, etc... în perioada pre și postoperatorie.
3.2. Tratamentul chirurgical	Efectuarea tratamentului chirurgical Ameliorarea stării pacientului.	Efectuarea intervențiilor chirurgicale. (Casetă 12)
4. Externare cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere.	Prevenirea complicațiilor tardive postoperatorii	Extrasul obligator va conține: Diagnosticul precizat desfășurat; tratamentul efectuat; recomandări explicite pentru pacient; recomandări pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Particularitățile clinice ale disfuncției erectile.

Disfuncția erectilă poate să apară la bărbatul adult, în principiu la orice vârstă, indiferent de condiția socială, experiență sexuală sau statut marital. Totuși, există diferențe semnificative între disfuncția erectilă a adultului tânăr și a celui de o vârstă înaintată. Astfel conform clasificării clinice, DE poate fi primară, apărută la debutul vieții sexuale și secundară, apărută după o perioadă de activitate sexuală fără probleme. Din punct de vedere a factorilor predispozanți, disfuncția erectilă poate fi de origine psihogenă și organică. Disfuncția erectilă psihogenă apare de obicei al tineri și este condiționată de prezența anxietății, a fobiilor, a absenței, uneori, a cunoștințelor elementare despre sexualitate, etc... La bărbatul vârstnic, disfuncția erectilă apare pe fondul altor maladii organice, cardiovasculare, endocrine, urologice și poate fi atât o complicație, cât și o manifestare precoce a acestora. Dacă disfuncția erectilă nu este tratată la timp și corect, o formă clinică a sa se va asocia cu alta și va apărea disfuncția erectilă mixtă, adeseori mult mai dificil de tratat. Disfuncția erectilă situațională, dependentă de starea psihoemotională de moment a bărbatului sau cuplului sau de alți factori exogeni nu constituie o condiție medicală și nu necesită tratament. (4, 6, 22, 26)

C 1.2. Conduita de diagnostic a disfuncției erectile.

Casetă 1. Diagnosticul DE

Diagnosticul DE este adeseori subiectiv, din această cauză se va baza pe completarea chestionarelor special elaborate, BSSC-M (scurt chestionar a funcției sexuale masculine), IIEF (indexul internațional al funcției erectile) sau IIEF-5 (SHIM), varianta prescurtată a IIEF. Completarea chestionarelor permite nu doar stabilirea diagnosticului ci și a gradului de manifestare a DE, ușoară, moderată și severă. (DȘ -1a, GR -A)

Rolul partenerului în evaluarea și tratamentul pacientului cu DE este foarte important, prin urmare discuția cu acesta este obligatorie în procesul de diagnostic.

Diagnosticul pacientului cu DE va fi orientat spre aprecierea prezenței și a gradului de manifestare a factorilor de risc generali sau locali, care vor fi evaluați prin examinarea fizică complexă, aprecierea IMC, a T/A, a organelor genitale (de exemplu maladia Peyroni) sau a prostatei.

Se va determina nivelul de glicemie, profilul lipidic, testosteronul. În situația când aceste examinări nu sunt suficiente se va recurge la o examinare de laborator mai laborioasă cu determinarea profilului glicemic, a prolactinei, LH, testosteronului liber, SHBG, iar la indicația speciștilor de profil și a altor parametri. (DȘ -1a, GR –B)

Diagnosticul de DE va fi confirmat de testul tumeniscenței nocturne, efectuat cu aparatul Rigiscan, testarea farmacologică a erecției sau dopplerografia peniană. (DȘ -1a, GR –B)

Unii pacienți, care necesită tratament chirurgical vor fi investigați prin efectuarea arteriografiei peniene sau a cavrenozografiei. (1, 10, 13, 24) (DȘ -1a, GR –C)

C 1.3. Algoritmul terapiei DE.

Caseta 2. Principiile de tratament a DE.

Până la finele secolului XX, tratamentul DE era dificil, cu o rată mică de succes, și era orientat la măsuri terapeutice de ordin general sau la cel chirurgical. Actualmente prima opțiune farmacoterapeutică a pacientului cu disfuncție erectilă este administrarea medicamentelor pe cale orală. Pentru terapia orală a DE sunt propuse și utilizate numeroase droguri: inhibitori de PDE-5, precum sildenafilul citrat, vardenafilul, tadalafilul, apomorfina. Rata de succes a terapiei cu inhibitori de PDE-5 variază de la 52 la 70% fiind dependentă de doza administrată și prezența altor maladii asociate. În unele situații specifice, precum cele induse de hipogonadismul secundar, se utilizează terapia hormonală de substituție cu testosteron. Dacă terapia orală nu se soldează cu un rezultat satisfăcător, ca opțiune terapeutică secundară se administrează substanțe vasoactive pe cale intrauretrală sau intracavernoasă, sau se utilizează dispozitive cu vaccum. Linia terțiană de tratament constă în aplicarea metodelor intervenționale, precum chirurgia de revascularizare sau de protezare a corpilor cavernoși. Rata de succes a terapiei intevenționale este de 90-98%, iar rata de satisfacție după circa 5 ani de la protezare de circa 80%. (7, 21) (DȘ - 1^a)

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 3. Clasificarea disfuncției erectile.

Conform formei de apariție DE va fi

Primară

Secundară

Conform cauzei și factorilor predispozanți DE va fi:

Psihogenă (non organică)

Organică: vaculogenă, neurogenă, endocrină

Mixtă.

Conform evoluției clinice DE va fi:

Ușoară

Moderat-ușoară

Moderată

Severă

C 2.2.1 Factorii de risc

Caseta 4. Factori principali de risc în apariția și dezvoltarea DE

Prevalența majoră DE este la bărbatul adult cu vârsta de peste 40 de ani.

Principalii factori de risc ai DE organice sunt similari cu factorii de risc ai maladiilor cardiovasculare și includ: fumatul, modul sedentar de viață, abuzul de alcool, obezitatea, dislipidemiile.

Mai multe maladii sunt considerate factori de risc ai DE, inclusiv: maladiile

cardiovasculare (hipertensiunea arterială, infarctul miocardic, etc..) maladiile endocrine (diabetul zaharat, hipo sau hipertireoidia, hipogonadismul primar sau secundar), maladiile neurologice (tumorile cerebrale, hernia de disc, etc..), prezența simptomatologiei urinare joase (LUTS) la pacientul urologic, ș.a.

Disfuncția erectilă poate fi indusă medicamentos în urma administrării îndelungate a preparatelor antidepresante, tranchilizante, a b-blocantelor neselective, a antiandrogenilor, etc..

Factorii de risc locali constau în prezența unor anomalii congenitale sau dobândite a organelor genitale, precum maladia Peyroni, fimoza, hipospadia, micropenisul, traumatismul penian, priapismul.

Alți factori de risc ai DE organice: intervențiile chirurgicale asupra organelor micului bazin, prostatectomia radicală, plastia uretrei, etc...

Factorii de risc ai DE psihogene (non organice) la tineri sunt: absența unei educații sexuale adecvate și lipsa cunoștințelor despre sexualitate, absența condițiilor habituale, prezența unor deviații sexuale, a fobiilor, etc...

La bărbatul adult factorii de risc ai DE psihogene sunt situaționali, sau condiționați de tratamentul neadecvat al factorilor organici. (3, 6,11, 13, 19, 22) (DȘ -1b)

C.2.2.2 Profilaxia disfuncției erectile

Caseta 5. Profilaxia disfuncției erectile

Profilaxia disfuncției erectile constă în evitarea sau excluderea factorilor de risc potențiali. Respectarea modului sănătos de viață, a sportului, educarea sexuală și respectarea ritmului relațiilor sexuale, modificarea stilului de viață, scăderea ponderală, etc...vor contribui la menținerea îndelungată a sănătății sexuale a bărbatului. (DȘ -2a)

Tabelul 1. Medicamente implicate în apariția DE.

Clasa de medicamente	Medicamente cu risc crescut de DE	Medicamente cu risc scazut de DE
Antihipertensive	Unele B-blocante: Propanololum, atenololum.	B-blocante: bisoprololum, nebivololum.
Diuretice	Diuretice tiazidice Hydroclorothiazidum), Spironolactonum.	Diuretice de ansă (Furosemidum). Indapamidum
Antidepresive	Inhibitori selectivi de serotonină (fluoxetinum, paroxetinum, sertalinum) Antidepresive tricilcice (amitriptylinum)	
Agenți antipsihotici	Fenotiazine (clorpromazinum) Carbamazepin	
Agenți hormonal	Cyproteronum	
Regulatori lipidici	Fibrați	Rosuvastatinum Atorvastatinum
Agenți antiparinsonieni	Levodopa	
Medicamente ce previn refluxul gastro-intestinal	Antagonisții H2. (famotidinum, ranitidinum)	Inhibitori ai pompei de protoni (omeprazolom, pantoprazolom)
Diverse	Alopurinolum Indometacinum Antiemetice	

C.2.3. Conduita pacientului cu DE.

C. 2. 3.1 ; C 2.3.2, C 2.3.3 Anamneza, examenul clinic, confirmarea paraclinică a DE.

Caseta 6. Principiile de management diagnostic a DE

Scopul managementului diagnostic și terapeutic al disfuncției erectile constă în:

- confirmarea prezenței DE,
- determinarea gravității DE și a impactului asupra calității vieții individului și a cuplului,
- determinarea prezenței altor dereglări sexuale, scăderea libidoului sau ejacularea precoce
- aprecierea cauzelor maladiei și a factorilor de risc.

Diagnosticul va începe tradițional cu evaluarea acuzelor și anamnezei și va continua cu completarea chestionarelor speciale IIEF-5, SHIM, IIEF, etc., pentru a aprecia nu doar prezența disfuncției dar și gravitatea sa. Se vor concretiza tratamentele anterioare pentru DE, cât și prezența altor maladii și tratamentele ce le urmează pentru acestea. (DȘ-1a)

Discuția medicului cu partenerul sexual este o cerință indispensabilă pentru un diagnostic și tratament adecvat.

Algoritmii examinării pacientului va include nu doar examinarea sistemului genital, care este obligator în primul rând pentru a aprecia eventualele deformații, zone de fibroză, etc..., cât și evaluarea stării de sănătate generală a pacientului. Se va determina IMC, prezența obezității viscerale, a ginecomastiei, a reflexelor periferice, etc... Se va aprecia pulsul și tensiunea arterială.

Necesitatea examinărilor de laborator este individuală, dependentă de forma DE și de prezența factorilor de risc. În DE organică se va aprecia nivelul de glicemie, profilul lipidic, testosteronul. În situații incerte se efectuează și alte examinări de laborator. Necesitatea acestora este apreciată împreună cu medicul specialist de profil.

Confirmarea obiectivă a diagnosticului de DE constă în efectuarea testului de tumeniscentă nocturnă cu utilizarea aparatului *Rigiscan*. Testarea farmacologică a erecției permite un diagnostic diferențiat a DE psihogene de cea organică. Testul constă în administrarea intracavernoasă a unei substanțe vasoactive, care conține prostaglandina E1 (Alprostadilum) în doză de 10 mg. Dacă vascularizarea peniană este intactă, peste circa 10 minute ce va produce erecția corpilor cavernoși. Ecografia Doppler peniană efectuată preferabil, concomitent cu testarea farmacologică a erecției permite aprecierea vitezei fluxului arterial și venos intrapenian, precum și indicelui de rezistență. La un subiect sănătos viteza fluxului arterial intrapenian este de peste 30 cm/sec, iar indicele de rezistență este de circa 0,8. Necesitatea altor investigații este determinată de eșecul tratamentului de prima sau a 2 linie terapeutică și sunt efectuate selectiv, pacienților care necesită intervenție chirurgicală. Metodele invazive precum, arteriografiile sau carentozografiile confirmă cauza vasculară a DE și necesitatea protezării peniene. Electromiografia peniană va stabili cauza neurogenă a DE. (1, 21, 24,26)

C.2.3.3 Investigații paraclinice.

Caseta 7. Investigațiile necesare în evaluarea pacientului cu DE.

Hemoleucograma (GR –C)

Analiza generală urină (GR –C)

Glicemia (GR –A)

Profil glicemic (GR –B)

Profil lipidic (GR –A)

Testosteron total (GR –A)

Testosteron liber, SHBG, Prolactina, LH. (GR –B)

Proteina C-reactivă (GR –C)

Coagulograma (Protrombina, fibrinogen) (GR –C)

USG abdominală cu determinarea urinei reziduale. (GR –C)

Testarea farmacologică a erecției (GR –A)

Ecografia Doppler peniană (GR –B)

ECG sau ECG cu proba de efort. (GR –C)

Monitorizarea tumeniscentei nocturne Rigiscan. (GR –C)

Cavernozografia (GR –C)
 Arteriografia peniană și a micului bazin. (GR –C)
 Electromiografia peniană (GR –C)
 PSA*.

Notă: Majoritatea metodelor de investigații sunt adresate nu confirmării DE, cât a evaluării cauzelor și factorilor de risc, în scopul instituirii unui tratament etiotrop. Nu toate metodele de investigații prezentate sunt necesare la același pacient. Dacă diagnosticul poate și va fi confirmat print-o metodă mai simplă nu se vor efectua altele costisitoare.

Diagnosticul invaziv va fi adresat situațiilor refractere la tratamentul de prima linie, sau în prezența contraindicațiilor către acesta.

Testul PSA nu este efectuat pentru confirmarea diagnosticului de DE. PSA este necesar pentru depistarea precoce a unui cancer al prostatei, care poate fi asociat unei DE va influența selecția corectă a tacticii de tratament.

C 2.3.4. Diagnosticul diferențiat al DE

Tabelul Nr. 2. Diagnosticul diferențiat al DE psihogene de DE organică

DE psihogenă	DE organică
Apare brusc	Apare treptat
Deseori are o cauza cunoscută	Fără o cauză evidentă
Probleme (acuze) sexuale în anamneză	Fără acuze sexuale în antecedente
Relații neadecvate cu partenerul. Libidoul adeseori instabil.	Relații bune cu partenerul. Libido de cele mai mult ori păstrat.
Erecții nocturne și matinale prezente	Erecții nocturne și matinale absente
DE situațională, în anumite condiții erecția este normală	DE permanentă, indiferent de condiții.

C.2.3.6. Criterii de spitalizare a pacienților cu DE

Caseta 8. Criteriile de spitalizare a pacienților cu DE.

Criteriile de spitalizare în secțiile specializate urologie/andrologie sunt:

- Necesitatea efectuării unor manevre diagnostice sau terapeutice intervenționale.
- Necesitatea tratamentului chirurgical de revascularizare sau protezare peniană.

Criteriile de spitalizare în alte secții va fi stabilit de către medicul specialist consultant (endocrinolog, cardiolog, etc..) în caz de prezență a maladiilor cu potențial risc de agravare a simptomatologiei DE și care nu pot fi monitorizate în regim de ambulator.

C 2.3.7. Tratamentul DE.

Scopul managementului terapeutic constă în restabilirea funcției erectile suficiente pentru realizarea unui act sexual. Tratamentul DE va fi atât etiopatogenic cât și simptomatic și va începe cu recomandări de ordin general pentru a reduce sau evita influența factoriilor de risc.

Terapia medicamentoasă simptomatică de prima linie constă în administrarea inhibitorilor de PDE5. Managementul terapeutic va fi individual și progresiv, în absența efectului unei medicații coservatoare se va recurge la terapia intracavernoasă (linia 2) sau chirurgicală (linia3).

Scopul final al managementului pacientului cu DE este nu doar ameliorarea vieții sexuale dar și sociale a cuplului. (21, 22)

Caseta 9 . Tratamentul de primă linie a DE

Schemele terapeutice actuale de tratament a DE cu inhibitori de PDE5 au fost propuse începând cu anul 1998, odată cu lansarea pe piață a preparatului *Sildenafil citrat (Viagra)*.

Sildenafilul citrat se administrează în doze de 25, 50, 70 și 100 mg, cu o oră premergător actului sexual. Se recomandă utilizarea unei doze inițiale minime pentru aprecierea eficacității și toleranței preparatului. Dacă doza inițială este insuficientă pentru atingerea unei erecții satisfăcătoare se recomandă o doză mai mare, care nu va depăși 100mg. Absorbția sildenafilului este relativ rapidă, concentrația maximă este la circa 1 oră de la administrare, cu o perioadă de semieliminare de circa 4 ore. (DȘ -1a, GR-A)

Eficiența sildenafilului citrat la interval de 1 oră de la administrare este de 73%, la 8 ore – 60%, la 12 ore – 33%.

Absorbția preparatului este redusă de mesele copioase, bogate în grăsimi, situație în care sunt necesare circa 2 ore pentru un răspuns erectil satisfăcător.

Efectele adverse ale sildenafilului sunt minore și tranzitorii, în majoritatea cazurilor pacienții nu întrerup tratamentul din cauza efectelor adverse. Cele mai frecvente efecte adverse sunt: cefalea -18%, puseiile de căldură – 10%, dispepsia-6%, tulburări ale vederii – 2%. Tulburările tranzitorii de percepere a culorilor apar în special la dozele de 100 mg.(7, 12, 22)

Tadalafilul a fost următorul inhibitor al PDE-5 apărut pe piața farmaceutică. Spre deosebire de sildenafil, preparatul are o perioadă de semiînjumătățire de 17 ore, iar farmacocinetica sa nu depinde de alimentație sau alcool. Din aceste poziții tadalafilul este preferat de o anumită categorie de pacienți, iar perioada de acțiune de 36 ore permite de a nu planifica o anumită activitate sexuală și de a păstra spontaneitatea și romantismul. Luând în considerație și fonul psihoemoțional al anumitor pacienți tadalafil poate avea un efect pozitiv la unii pacienți fără efect la administrarea altor inhibitori de PDE5.(2,7,22)

În același timp la unii pacienți care utilizează tadalafil efectele adverse sub formă de cefalee, pirozis, lombalgie au o durată echivalentă cu acțiunea preparatului(circa 36 ore), ceea ce lălimtează utilizarea preparatului. De asemenea doza de 20 mg crează anumite inconveniente în corijarea dozelor în dependență de toleranță și eficiență. (19) (DȘ -1a, GR-A)

La pacienții cu DZ la administrarea unei doze fixe de 20 mg tadalafil, ameliorarea erecției au remarcat 75%, comparativ cu 30% placebo. (2)

Spre deosebire de sildenafil sau vardenafil administrarea alimentelor bogate în grăsimi nu influențează farmacocinetica preparatului.

Cele mai frecvente efecte adverse ale tadalafilului sunt: cefalea (14%), mialgia și lombalgia (5%), dispepsia 10%. (7,19)

Vardenafilul, este următorul preparat din grupa inhibitorilor de PDE-5 propus pentru tratamentul DE. Vardenafilul se administrează o singură dată în doze de 10 sau 20 mg. Farmacocinetic el este apropiat de sildenafil. Studiile în vitro au arătat ca vardenafilul acționează mult mai selectiv asupra inhibiției PDE-5 decât asupra altor tipuri de PDE. In vitro vardenafilul acționează de 10 ori mai puternic decât sildenafilul și de 13 ca tadalafilul, ceea ce nu este obligator să se mențină in vivo. (9) (DȘ -1a, GR-A)

Vardenafil are o absorbție rapidă din tractul gastrointestinal, concentrația plasmatică maximală fiind deja în unele cazuri la 15 minute de la administrare, iar la 90% din pacienți timp de 30 minute și se menține timp de 120 minute. La administrarea zilnică nu se produce o cumulare a preparatului în organism, ceea ce este o deosebire esențială de tadalafil.(20)

Spectrul efectelor adverse este asemănător cu a sildenafilului, dar mai puțin pronunțate, astfel se semnalează cefalea - 13%, dispepsia – 6% fluș 0,4%, rinită 0,3%. Eficiența vardenafilului nu depinde de vârsta sau etiologia DE. Studii au arătat eficiența sporită și toleranță bună inclusiv la pacienții cu terapie hipertensivă cu diuretice, B-blocanți, antagoniști ai canalelor de calciu sau inhibitori ai enzimelor de conversie. (20,22)

Principalii indicatori farmacocinetici ai celor trei preparate din grupa inhibitorilor de PDE5 sunt prezentate în tabelul nr. 3.

Interacțiuni medicamentoase și contraindicații către tratamentul cu inhibitori de PDE5.

Administrarea simultană a inhibitorilor de PDE5 și a nitriților organici (nitroglicerină) sau

alți donator de monoxid de azot este strict contraindicată, deoarece potențiază efectul hipotensor și anticoagulant al nitraților. Intrevalul de siguranță recomandat între administrarea inhibitorilor de PDE5 și nitriți este de cel puțin 24 ore pentru sildenafil și vardenafil, și cel puțin 48 ore pentru tadalafil. (3,22)

Administrarea concomitentă a inhibitorilor de PDE5 și a a-blocantelor (doxazosin, terazosin) poate produce o scădere a tensiunii arteriale ortostatice, cea ce impune prudență în utilizare cu ajustarea dozelor. De asemenea se vor cauta alte alternative în caz de administrare concomitentă de alți inhibitori enzimatici precum ertromicina, cimetidina, rimfampicina. (3)

Toți inhibitorii de PDE5 prezenți pe piața farmaceutică a R. Moldova sunt eficienți într-o gamă largă de DE de origine organică sau nonorganică. Modul și durata de administrare a preparatelor este individuală. Preparatele pot fi administrate la necesitate sau în unele situații în mod cronic, zilnic, pentru o perioadă îndelungată.

Exemplu de prescriere:

Tab. Sildenafilum 50 mg, Nr 4, 1 tab., per os, cu 1 oră până la actul sexual, sau

Tab. Vardenafilum 20 mg, Nr 1, 1 tab., per os, cu 1 oră până la actul sexual, sau

Tab. Tadalafilum 20 mg, Nr 4, 1 tab., per os, cu 1- 2 ore până la actul sexual

Tabelul 3. Principali indicatori farmacocinetici ai Sildenafilului, Vardenafilului și Tadalafilului.

	Vardenafil 20mg	Sildenafil 100mg	Tadalafil 20mg
Tmax, ore	0,75	1,16	2
T1/2,ore	4,7	3,8	17,5
C max, hg/ml	31,8	327	378

Caseta 10 Alte substanțe medicamentoase utilizate în tratamentul DE.

Yohimbina este cel mai cunoscut preparat din grupa blocatorilor adrenergici. Este un alcaloid extras din rauvulvie și un agonist al receptorilor adrenergici centrali și blocator al a2 adrenoceptorilor periferici. Urmare a acțiunii sale în unele zone craniene crește concentrația de noradrenalină, care contribuie la creșterea libidoului și potenței. O acțiune directă asupra erecției yohimbina nu are. În studii placebo, randomizate, eficiența sa nu e deosebită de placebo. Cu efecte adverse importante în special la doze mari, precum creșterea T/A, polachiurie, tulburări neurovegetative, yohimbina este recomandată doar în tratamentul DE nonorganice. La acești pacienți preparatul se poate administra regulat, câte 10mg x 3 ori pe zi, cu o durată maximă a tratamentului de 2 luni. Se va evita administrarea Yohimbine la pacienții care urmează un tratament antihipertensiv cu clonidină sau utilizează adtidepressante tricilice. (3,7,22) (DȘ -3, GR-C)

L-arginina este un precursor al oxidului nitric cu implicații în mecanismul natural al erecției. Eficacitatea ei este în proces de studiu. În literatură nu există date sigure despre acțiunea argininei. Dozele uzuale de L-arginină nu au demonstrat eficacitate mai mare comparativ cu placebo. (3,7) (DȘ -4, GR-C)

Extrasul de Ginseng a demonstrat în unele studii eficacitate crescută comparativ cu placebo. Mecanismul de acțiune al ginsengului nu se cunoaște cu exactitate, se presupune că proprietățile sale afrodisiace sunt datorate conținutului sporit de saponine. (3,22) (DȘ -4, GR-C)

Impaza. Preparat homeopatic. A fost propus pentru tratamentul DE în Federația Rusă la începutul secolului XXI. Nu are contraindicații și este recomandat pacienților cu patologii cardiovasculare asociate ce prezintă riscuri la administrarea inhibitorilor de PDE5. Nu este inclus în ghidurile internaționale și nu sunt date despre eficiența sa confirmate de studii multicentrice.(25) (DȘ -3, GR-C)

Testosteronul. Terapia de substituție cu testosteron este indicată în cazurile confirmate de hipogonadism. Absența semnelor clinice de hipogonadism nu echivalează cu un nivel normal de

testosteron. Un hipogonadism ascuns poate fi determinat doar în baza investigațiilor de laborator. Terapia de substituție cu testosteron va fi inițiată atunci, când rezervele proprii sunt compromise. Terapia cu testosteron la cei tineri, cu funcția testiculară păstrată, poate avea urmări ireversibile asupra acestei funcții.

Terapia de substituție hormonală cu testosteron, la pacienții cu disfuncție erectilă, va fi indicată în caz de: anorhism, hipoplazie testiculară, sindromul Klinefelter, stare după orhidopexie pentru criptorhidie, orhectomie (cu excepția celei paleative pentru cancer de prostată), hipogonadism secundar tardiv. (DȘ -2b, GR-B)

Contraindicațiile absolute pentru terapia cu testosteron va fi prezența cancerului de prostata sau cel mamar.

În orice situație premerător instituirii terapiei cu testosteron pacientul va fi evaluat endocrinologic și urologic, cu aprecierea nivelului de PSA, a hormonilor gonadotropi, a prolactinei și efectuarea tușeului rectal, iar în cadrul terapiei, cel puțin 1 dată pe an.

Terapia orală cu testosteron are o eficacitate discutabilă și este asociată cu efecte adverse importante, în special hepatotoxicitate și creșterea nivelului de lipide în plasma sanguină. Actualmente se utilizează 2 căi de administrare a testosteronului: intramusculară, sub formă de testosteron undecolat, enantat/cipionat sau propionat și cea transdermală.

La pacienții tineri cu funcția testiculară potențial păstrată, chiar în situația scăderii nivelului de testosteron se recomandă de inițiat terapia cu preparate care induc producerea testosteronului endogen, cu respectarea unui regim fizic și alimentar adecvat, reducerea IMC. Astfel sunt indicate: vitamina E, care stimulează producerea de gonadotropine, vitamina A, inhibă estrogenii și contribuie la regenerarea celulelor testiculare, Vitamina B1, transformă estradiolul în forme mai puțin active.

Nivelul crescut de prolactină inhibă producerea de testosteron, prin urmare în atare situație este necesară evaluarea endocrinologică a pacientului și nu administrarea de testosteron exogen. (3, 7, 21,22)

Exemplu de prescriere.

Sol. Testosteronum Undecolat 1000 mg, 4 ml, Nr.5 fiole. 1 fiolă i/m profund, la interval de 3 luni. (*Notă: între prima și a 2 fiolă intervalul de administrare va fi de 6 săptămâni*), sau

Sol. Testosteronum C 100 mg, 1 ml, Nr.10, 1 fiolă i/m profund, la interval de 2 săptămâni.

În ghidurile europene mai sunt indicate spre utilizare preparate precum apomorfina, cu mecanism central de acțiune și efect erectogen rapid, dar cu eficacitate limitată, sau trazodona o substanță medicamentoasă din grupa antidepresantelor, dar cu reacții adverse minime. Utilizarea lor este limitată la cazuri selective. Preparatele respective nu sunt înregistrate în R. Moldova. (22)

Caseta 11. Linia 2 a terapiei DE.

Terapia intracavernoasă. (DȘ -1a, GR-B)

Indicațiile administrării intracavernoase a substanțelor medicamentoase:

- Testare farmacologică a erecției
- Absența răspunsului la terapia orală a DE
- Prezența contraindicațiilor către administrarea inhibitorilor de PDE5.

Utilizarea terapiei intracavernoase în scop de inducere a erecției a fost propusă de către Virag în 1982. Timp de aproape 2 decenii, până la apariția inhibitorilor de pDE5 a fost prima linie de tratament a DE.

Esența metodei constă în efectul vasodilatator local, care se obține prin administrare direct în corpul cavernos a substanței medicamentoase. Se utilizează papaverina, fentolamina, prostaglandina E1 în monoterapie sau în diverse combinații. Terapia cu papaverină la ora actuală nu este recomandată datorită riscului crescut de apariție a fibrozei, a priapismului și a hepatotoxicității preparatului.

Prostaglandina E1(Alprostadilum), este cel mai inofensiv preparat utilizat în terapia

intracavernoasă a DE. Eficiența este de 70-90%. Preparatul este disponibil în seringi preumplute în doze fixe de 10 și 20 mg. Prima administrare este efectuată de către medic, ulterior pacientul poate să administreze singur preparatul. Ereția survine în mediu la 10 minute de la administrare și este dependentă de doză. Durata ereției este de circa 90 minute. Dozele se vor selecta individual, iar frecvența utilizării nu se recomandă să fie mai mare de 1 administrare pe săptămână.

Neajunsurile metodei sunt:

- Incomoditate de utilizare,
- Risc de priapism,
- Durerea postadministrare.
- Administrarea îndelungată favorizează apariția fibrozei corpilor cavernoși.

Pacientul trebuie preîntimpinat că în caz de erecție prelungită cu o durată mai mare de 4 ore, este necesară adresarea după ajutor medical de urgență.

Terapia intracavernoasă este contraindicată la pacienții cu risc crescut de priapism, precum și la cei cu deformități anatomice ale penisului.

Terapia cu vacuum, LOD terapia. (DȘ -3, GR-C)

Metoda a fost propusă în deceniul 6 al secolului XX de către G. Osbon. Esența metodei constă în crearea unei presiuni negative în jurul corpilor cavernoși, urmată de dilatarea vaselor și un flux sanguin crescut. Terapia cu vacuum stimulează circulația periferică, crește oxigenarea țesuturilor. Eficiența metodei este de 60-70%. Poate produce apariția edemului și a petehiilor locale sau tulburări de ejaculare. (3, 21, 22)

Caseta 12. Linia terțiană de tratament a DE

Tratamentul chirurgical. (DȘ -1a, GR-B)

Indicații către tratamentul chirurgical al DE

- Absența efectului la administrarea inhibitorilor de PDE5 sau la terapia intracavernoasă.
- DE vasculogenă refractară la alte metode de tratament.
- Prezența fibrozei corpilor cavernoși (Maladia Peyroni).
- Dorința pacientului către atare metodă de tratament a DE.

Intervenții chirurgicale vazoreconstructive. Este cea mai controversată ramură a chirurgiei vasculare. Eficiența intervențiilor este de circa 50%, cea ce cauzează mai mult scepticism. Revascularizarea arterială poate fi eficientă doar la subiecții tineri cu mecanismul venos ocliziv păstrat și DE secundară ca rezultat a traumatsmului micului bazin sau perineu.

Protezarea corpilor cavernosi este cea mai eficientă și frecvent utilizată formă de restabilire chirurgicală a funcției erectile. Implantarea intracavernoasă este etapa finală de tratament a DE. În caz de apreciere incorectă a indicațiilor și/sau a intervențiilor nereușite, utilizarea altor metode de tratament alternativ este imposibilă.

Protezarea se efectuează cu proteze rigide, semirigide și gonflabile.

Protezarea poate fi grevată de anumite complicații sau incidente postoperatorii, precum asocierea unei infecții și dezvoltarea unei cavernite sau protruzia protezei.

Contraindicații pentru protezare sunt prezența patologiilor asociate care ar putea influența perioada postoperatorie: diabetul zaharat decompensat, insuficiența cardiacă, etc.. precum și disfuncția erectilă psihogenă. (21,22,26)

Tabelul 4. Caracteristica comparativă a diverselor metode de tratament a DE.

Metoda	Prioritatea metodei	Neajunsul metodei
Terapia cu inhibitori de PDE5	Eficiență înaltă (70%). Administrare facilă.	Contraindicate la administrarea concomitenă a nitraților. Administrarea cu atenție la pacienții cu risc cardiovascular. Preparatele originale - relativ costisitoare.
Terapia intracavernoasă	Eficiență înaltă (70 - 80%)	Administrare relativ dureroasă. Absența spontanității relațiilor sexuale.

		Risc de apariție a fibrozei corpilor cavernoși.
Terapia cu vacuum	Nu are efecte adverse sistemice.	Absența spontanietății relațiilor sexuale. Edem și hemoragii locale. Dereglări de ejaculare
Protezarea peniană	Eficiență înaltă, peste 90%.	Costisitor. Necesitatea intervenției chirurgicale. Risc de complicații intra și postoperatorii. Adeseori necesitatea schimbării protezei la fiecare 5 ani.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: medic de familie medic de laborator și laborant cu studii medii
	Dispozitive medicale și consumabile: fonendoscop tonometru Manuși sterile, lubrifiant.
	Medicamente: din grupele de mai sus care sunt disponibile la dotarea instituției
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	Personal: medic androlog, sexolog, urolog, endocrinolog, psiholog asistente medicale
	Dispozitive medicale și consumabile: Aparat de ultrasonografie cu sondă convexă și transrectală fonendoscop tonometru Utilaj fizioterapeutic
	Medicamente: din grupele de mai sus care sunt disponibile la dotarea instituției
D.4. Centrul sau clinici specializate	Personal: medici andrologi, urologi, endocrinologi, psihologi laboranți cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic medici specialiști în diagnostic funcțional
	Dispozitive medicale și consumabile: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor: Tonometru Fonendoscop Aparat de ultrasonografie cu sondă convexă și transrectală Electrocardiograf Aparataj radiologic Utilaj fizioterapeutic Sala de operații, dotată cu instrumente chirurgicale, materiale de sutură și consumabile.
	Medicamente: din grupele de mai sus care sunt disponibile la dotarea instituției

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori proporția persoanelor din grupul de risc pentru dezvoltarea disfuncției erectile	1.1. Proporția persoanelor/pacienților cu factori de risc pentru dezvoltarea disfuncției erectile care au fost diagnosticați și cărora li sa administrat tratamentul	Numărul persoanelor/pacienților cu factori de risc pentru dezvoltarea disfuncției erectile care au fost diagnosticați și cărora li s-a administrat tratamentul	Numărul total de persoane/pacienți cu factori de risc pentru dezvoltarea disfuncției erectile care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
2.	A îmbunătăți diagnosticarea pacienților cu disfuncție erectilă	2.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc pentru dezvoltarea disfuncției erectile conform recomandărilor PCN pe parcursul unui an.	Numărul persoanelor/pacienților din grupul de risc pentru dezvoltarea disfuncției erectile cărora li sa efectuat screening-ul conform recomandărilor	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc pentru dezvoltarea disfuncției erectile, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
3.	A îmbunătăți tratamentul pacienților disfuncție erectilă	3.1. Proporția pacienților cu disfuncție erectilă la care sa efectuat tratamentul cu preparate SPECIFICE.	Numărul pacienților cu disfuncție erectilă la care sa efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul total de pacienți cu disfuncție erectilă supuși tratamentului de către medicul de familie pe parcursul ultimului an
4	A micșora frecvența de apariție disfuncției erectile	4.1 . Proporția pacienților cu disfuncție erectilă, la care persistă cauza și li sa administrat tratamentul	Numărul pacienților cu disfuncție erectilă , la care persistă cauza și cărora li sa administrat tratamentul	Numărul total de pacienți disfuncție erectilă, la care persistă cauza și au fost supravegheați de către medicul de familie pe parcursul ultimului an.

Anexa 1.

INDEXUL INTERNAȚIONAL AL FUNCȚIEI ERECTILE, IIEF -5 (SHIM)

Aceste întrebări se referă la efectele problemelor de erecție asupra vieții Dvs.sexuale din ultimele 4 săptămâni.

Vă rugăm să răspundeți sincer și clar.

Vă rugăm să citiți cu atenție definițiile.

1. Cum ati aprecia încrederea în capacitatea Dvs de a obtine si mentine o erectie?		Foarte scazuta	Scazuta	Moderat	Crescuta	Foarte crescuta
		1	2	3	4	5
2.Când ati obtinut o erectie în urma stimulării sexuale, cât de des a fost aceasta suficient de puternică pentru a putea incepe un act sexual ?	Nu am avut contact sexual	Aproape niciodata/ Niciodata	De câteva ori (în mai puțin de jumătate din cazuri)	Uneori (aproape în jumătate din cazuri)	De cele mai multe ori (în mai mult de jumătate din cazuri)	Aproape în totdeauna/ in totdeauna
	0	1	2	3	4	5
3.In timpul contactului sexual, cât de des ati reusit să mentineti erectia după inceputul actului sexual?	Nu am avut contact sexual	Aproape niciodata/ Niciodata	De câteva ori (în mai puțin de jumătate din cazuri)	Uneori (aproape în jumătate din cazuri)	De cele mai multe ori (în mai mult de jumătate din cazuri)	Aproape în totdeauna/ in totdeauna
	0	1	2	3	4	5
4.In timpul contactului sexual, cât de greu v-a fost să mentineti erectia pentru a finaliza contactul sexual?	Nu am avut contact sexual	Aproape niciodata/ Niciodata	De câteva ori (în mai puțin de jumătate din cazuri)	Uneori (aproape în jumătate din cazuri)	De cele mai multe ori (în mai mult de jumătate din cazuri)	Aproape în totdeauna/ in totdeauna
	0	1	2	3	4	5
5.Când ati avut contacte sexuale, cât de des au fost acestea satisfăcătoare pentru Dvoastră	Nu am avut contact sexual	Aproape niciodata/ Niciodata	De câteva ori (în mai puțin de jumătate din cazuri)	Uneori (aproape în jumătate din cazuri)	De cele mai multe ori (în mai mult de jumătate din cazuri)	Aproape în totdeauna/ in totdeauna
	0	1	2	3	4	5

Interpretarea chestionarului:

21 -25 puncte – DE absentă

16 – 20 puncte – DE ușoară

11 – 15 puncte – DE moderată

5 – 10 puncte – DE severă

Anexa 2. IIEF: Indicele Internațional al Funcției Erectile.

Indicele Internațional al funcției erectile (IIEF), conține 15 întrebări cu câte 5- 6 variante de răspuns. Instrucțiuni.

Întrebările următoare se referă la efectele erecției asupra vieții D-voastre sexuale, în ultimele 4 săptămâni. Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări în mod clar. Se vor avea în vedere următoarele definiții:

- Activitatea sexuală include relațiile sexuale, mangaieri, preludiul și masturbare
- Contactul sexual este definit ca penetrarea vaginală a partenerului.
- Stimularea sexuală include preludiul cu un partener, privitul pozelor erotice, etc..
- Ejaculată este definit ca eliminarea spermei din penis.

Marcați o singura variantă de răspuns, cea mai apropiată de sentimentul D-voastră.

1. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, cât de des au fost capabili de a obține o erecție în timpul activității sexuale?

1. Nu am avut activitate sexuală.
2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna
3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații)
4. Uneori (aproximativ jumătate din situații)
5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații)
6. Aproape niciodată sau niciodată.

2. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, când ai avut erecție cu stimulare sexuală, cât de des erecția a fost suficientă pentru penetrare, sau pentru încerca penetrarea partenerii ?

1. Nu am avut activitate sexuală.
2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna
3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații)
4. Uneori (aproximativ jumătate din situații)
5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații)
6. Aproape niciodată sau niciodată.

Întrebările 3, 4 și 5 se referă la calitatea erecției în timpul actului sexual.

3. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, când ai încercat(avut) act sexual, cât de des ai fost capabili să începeți actul sexual și să penetrați partenera?

1. Nu am avut activitate sexuală.
2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna
3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații)
4. Uneori (aproximativ jumătate din situații)
5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații)
6. Aproape niciodată sau niciodată.

4. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, în timpul actului sexual, cât de des ai fost capabil să mențineți erecția după începutul actului sexual?

1. Nu am avut activitate sexuală.
2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna
3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații)
4. Uneori (aproximativ jumătate din situații)
5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații)
6. Aproape niciodată sau niciodată.

5. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, în timpul actului sexual, cât de greu a fost să mențineți erecția pentru a finaliza actul sexual?

1. Nu am încercat contacte sexuale.
2. Extrem de greu.
3. Foarte greu.
4. Greu.
5. Orecum dificil.
6. Fără dificultate.

6. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, de câte ori ai încercat sau ai avut un contact sexual?

1. Nu am avut încercări.
2. 1 - 2 încercări
3. 3 - 4 încercări
4. 5 - 6 încercări
5. 7-10 încercări
6. 11 sau mai multe încercări

7. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, când ai avut un act sexual, cât de des acesta a fost satisfăcător pentru D-voastră?

1. Nu am avut contacte sexuale.
2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna
3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații)
4. Uneori (aproximativ jumătate din situații)
5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații)
6. Aproape niciodată sau niciodată.

8 Câtă plăcere v-au produs contactele sexuale în ultimele 4 săptămâni?

1. Nu am avut contacte sexuale.
 2. Mi-au produs foarte multă plăcere.
 3. Mi-au produs multă plăcere.
 4. Mi-au produs o oarecare plăcere.
 5. Nu mi-au produs o pream mare plăcere
 6. Au fost neplăcute.
9. În timpul stimulării sexuale sau a contactului sexual ați ejaculat? Cât de des? (pe parcursul ultimelor 4 săptămâni)
1. Nu am avut stimulare sau activitate sexuală.
 2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna
 3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații)
 4. Uneori (aproximativ jumătate din situații)
 5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații)
 6. Aproape niciodată sau niciodată.

10. În timpul stimulării sexuale sau contactului sexual ați avut sentimentul de orgasm (senzație de plăcere foarte mare) cu sau fără ejaculare) ? Cât de des pe parcursul ultimelor 4 săptămâni?

1. Nu am avut stimulare sau contact sexual.
2. Aproape întotdeauna sau întotdeauna
3. De cele mai multe ori (cu mult mai mult de jumătate din situații)
4. Uneori (aproximativ jumătate din situații)
5. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din situații)
6. Aproape niciodată sau niciodată.

Întrebările 11 și 12 se referă la dorința sexuală. Dorința sexuală este un sentiment care poate include dorința de a avea o experiență sexuală (de exemplu, masturbare sau act sexual), gânduri despre sex sau senzație de frustrare din cauza lipsei activității sexuale.

11. Cât de des ați avut dorință sexuală pe parcursul ultimelor 4 săptămâni ?

1. Aproape întotdeauna sau întotdeauna
2. Foarte des (în majoritatea situațiilor)
3. Uneori (în mai mult de jumătate din timp)
4. De câteva ori (mai puțin decât jumătate din timp)
5. Aproape niciodată sau niciodată.

12. Care a fost nivelul dorinței D-voastre sexuale pe parcursul ultimelor 4 săptămâni?

1. Foarte înalt.
2. Înalt.
3. Moderat.
4. Redus.
5. Foarte redus sau deloc.

13. Cât de satisfăcut ați în general de viața D-voastră sexuală în ultimele 4 săptămâni?

1. Foarte satisfăcut
2. Moderat satisfăcut
3. Aproximativ la fel de satisfăcut și nesatisfăcut.
4. Mai mult nesatisfăcut.
5. Foarte neastisfăcut.

14. Cât de satisfăcut ați fost de relația sexuală cu partenera în ultimele 4 săptămâni?

1. Foarte satisfăcut
2. Moderat satisfăcut
3. Aproximativ la fel de satisfăcut și nesatisfăcut.
4. Mai mult nesatisfăcut.
5. Foarte neastisfăcut.

15. Care a fost nivelul încrederii D-voastră de a avea și a menține o erecție în ultimele 4 săptămâni?

1. Foarte mare.
2. Înalt.
3. Moderat.
4. Redus.
5. Foarte redus.

Algoritmul de interpretare a scorului IIFE.

Toate întrebările sunt repartizate în 5 domenii, după cum urmează:

Domeniu	Întrebare	Nivelul scorului	Scor Maxim
Funcția erectilă	1, 2, 3, 4, 5, 15.	0 - 5	30
Funcția orgasmică	9, 10	0 - 5	10
Dorința sexuală	11, 12	0 - 5	10
Satisfacția de la actul sexual	6, 7, 8.	0 - 5	15
Satisfacția generală	13, 14.	0 - 5	10.

Interpretarea clinică a IIFE.

Funcția erectilă:

0 – 6/DE severă, 7 – 12/ DE moderat-severă, 13 – 18/ DE moderată.
19 – 24/ DE ușoară, 25 – 30/Absența DE.

Funcția orgasmică:

0 – 2/Disfuncție severă, 3 – 4/Disfuncție moderată, 5-6/Disfuncție ușor-moderată, 7-8/Disfuncție ușoară, 9 – 10/Absența disfuncției.

Dorința sexuală:

0 – 2/Disfuncție severă, 3 – 4/Disfuncție moderată, 5-6/ Disfuncție ușor-moderată, 7-8/ Disfuncție ușoară, 9 – 10/Absența Disfuncției.

Satisfacția de la actul sexual:

0 – 3/Disfuncție severă, 4 – 6/Disfuncție moderată, 7 – 9/ Disfuncție ușor – moderată, 10 – 12/Disfuncție ușoară, 3 – 15/Absența Disfuncției.

Satisfacția generală:

0 – 2/Disfuncție severă, 3 – 4/Disfuncție moderată, 5-6/Disfuncție ușor-moderată, 7-8/Disfuncție ușoară, 9 – 10/Absența Disfuncției.

Anexa 3.

Chestionarul scurt de verificare a a funcției sexuale masculine (BSSC-M) constă din 4 întrebări și a fost elaborat pentru a determina nivelul de satisfacție a funcției sexuale și disponibilitatea persoanei de a discuta despre eventualele probleme.

Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări cu privire la funcția Dumneavoastră generală sexuală în ultimele 3 luni sau mai mult.

1. Sunteți mulțumit cu funcția D-voastră sexuală? Da Nu
Dacă nu, continuați.

2. De cât timp sunteți nemulțumit de funcția D-voastră sexuală? (-----luni)

3a. Care sunt probleme D-voastră sexuale? (marcați una sau mai multe)

1. Sunt mai puțin sau deloc interesat de sex.
2. Probleme cu erecția.
3. Probleme ejacula prea rapidă în timpul activității sexuale.
4. Probleme cu ejacularea prea târziu sau absența orgasmului.
5. Durere în timpul actului sexual.
6. Probleme cu curbarea penisului în timpul erecției
7. Altele _____

3b. Care dintre situațiile descrise este cea mai deranjantă?

1 2 3 4 5 6 7

4. Doriți să vorbiți despre problemele D-voastră sexuale cu un medic? Da Nu

Anexa 4: Ghidul pacientului cu DE

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Diagnosticul prostatitei

Tratamentul prostatitei

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu Disfuncție erectilă în cadrul sistemului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică noțiunile de spre disfuncția erectilă. Ghidul va fi util atât pentru cei implicați cât și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și tratament care trebuie să fie disponibile în Sistemul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- modul în care se stabilește diagnosticul de DE
- modul în care DE poate influența activitatea D-voastră
- modalitățile de tratament a DE

Aveți dreptul de a fi informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, veți avea acces la informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

După discuția cu cadrele medicale implicate în evaluarea stării D-voastre de sănătate, în stabilirea diagnosticului și conduitei de tratament D-voastră sunteți obligat să semnați un acord informat conform modalității stabilite de MS al R.Moldova, unde sunt expuse toate părțile pozitive, dar și eventualele riscuri ale anumitor manopere sau efecte adverse ale medicamentelor.

Decizia asupra stării D-voastră de sănătate, Vă aparține în primul rând D-Voastră.

Ce este disfuncția erectilă?

Disfuncția erectilă (DE) este o stare care reprezintă imposibilitatea de a obține și/sau menține o erecție suficientă pentru realizarea și finalizarea unui act sexual satisfăcător. DE este o tulburare benignă, ea nu influențează direct starea de sănătate a bărbatului, dar indirect, va afecta atât starea fizică cât și psiho-socială a bărbatului și a cuplului cu un impact negativ asupra calității vieții. Incidența cea mai mare a disfuncției erectile este la persoanele în vârstă, dar poate să apară și la cei tineri. Intensitatea funcției sexuale scade odată cu înaintarea în vârstă, dar disfuncția erectilă nu poate fi interpretată doar ca o manifestare a senescenței. DE are o incidență crescută în primul rând la persoanele obeze, la cei cu un mod sedentar de viață, printre fumători și cei ce abuzează de alcool. La bărbații tineri DE are de cele mai multe ori un substrat psihoemoțional, datorat educației sexuale incorecte, a excesului de informații greșite despre sexualitate, sau a condițiilor inadecvate de trai, migrației, etc... La cei vârstnici DE poate fi o consecință, dar și o manifestare precoce a altor maladii în special a patologiilor cardiovasculare

Ce trebuie să faceți dacă aveți tulburări de erecție?

În primul rând să nu panicați. Este posibil să fie o tulburare situațională, tranzitorie. Să discutați cu partenera D-voastră și să Vă adresați la un medic. Un medic androlog sau sexolog este cel mai indicat în gestionarea problemelor de erecție, dar este necesar de a concretiza gradul manifestărilor, factorii favorizanți, etc...Deci inițial, Vă puteți adresa medicului D-voastră de familie. Deoarece disfuncția erectilă are conotații foarte intime, diagnosticul va fi stabilit prin completarea unui chestionar special elaborat. Ulterior vor fi evaluați factorii de risc, precum fumatul, obezitatea, consumul anumitor medicamente, etc... Deoarece erecția reprezintă un parametru important la stării generale de sănătate, este necesar de efectuat un minim de investigații de laborator sau imagistice. Dacă deja sunt prezente alte maladii, de exemplu diabetul zaharat, DE poate fi o consecință a acestora.

Cum se tratează disfuncția erectilă?

În primul rând prin modificarea stilului de viață și adeseori a relației psihoemoționale cu partenera. Tratamentul medicamentos constă în administrarea preparatelor cu efect vazodilatator asupra arteriilor peniene. Primul preparat de acest fel a fost propus în 1998, și este cunoscut sub denumirea de Viagra. Preparatul se va administra cu circa 1 oră până a activitatea sexuală. Medicul D-Voastră vă explica dacă puteți utiliza acest preparat, modul de administrare, posibilele reacții adverse, etc.. Rata de răspuns pozitiv în urma utilizării preparatelor din aceste grupe este de 60-70%. Dacă nu sunteți satisfăcut de tratament, probabil vor fi necesare investigații mai profunde, efectuate cu medicul specialist, precum și un tratament mai complex. Uneori se recurge la administrarea de testosteron sau la injecții intracavernoase. Dacă nici aceste măsuri nu sunt suficiente se poate realiza protezarea corpilor cavernoși.

Trebuie de reținut! Fiecare caz de disfuncție erectilă este individual, prin urmare și tratamentul va fi individualizat.

Anexa 5. Formular pentru obținerea de acord al pacientului. (Model)

F.N.P
Adresa
Persoana și telefonul de contact
Nr. poliței de asigurare
Nr. buletinului de identitate
Vârsta / sexul / invaliditatea
Acord privind aplicarea măsurilor diagnostice, terapeutice sau chirurgicale
<p>1. Autorizez medicul curant și medicii din instituția medicală să execute asupra mea procedurile diagnostice și de tratament considerate necesare.</p> <p>2. Am fost informat privind cauza, factorii de risc, etiologia, patogenia, evoluția, prognosticul și urmarile posibile ale disfuncției erectile, cu specificarea particularităților cazului meu, necesitatea aplicării măsurilor diagnostice și de tratament la fiecare etapă.</p> <p>Am primit răspuns la întrebările adresate.</p> <p>3. Am fost informat despre natura și scopul procedurilor diagnostice și terapeutice. (în caz de necesitate a intervenției chirurgicale, a beneficiilor și prejudiciilor posibile, complicațiilor și riscurilor posibile.) Am primit răspuns la întrebările adresate.</p> <p>4. Sunt conștient că, în decursul intervențiilor diagnostice, sau al tratamentului pot apărea situații imprevizibile, care necesită proceduri și măsuri diferite de cele preconizate. Consimt efectuarea intervențiilor și a procedurilor diagnostice, pe care medicii le consideră necesare.</p> <p>5. Dacă este vorba de intervenția programată, declar că am fost informat despre tipul de anestezie, la care voi fi supus și despre tehnicile de monitorizare a funcțiilor vitale. Mi s-a explicat că există un risc în anumite complicații. Accept ca anesteziologul să modifice tratamentul anestezic programat</p> <p>6. Rezultatele examinărilor diagnostice, sau efectul tratamentului pot fi folosite în mod anonim în scopuri medicale și științifice.</p> <p>7. Fiind conștient de beneficiile și de riscurile măsurilor diagnostice și terapeutice, iar la necesitate și a celor chirurgicale, le accept fără a solicita asigurări suplimentare în privința rezultatelor.</p> <p>8. Confirm că am citit și am înțeles în întregime textul.</p>

**Anexa 6. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru
Disfuncția erectilă**

	Domeniul Prompt	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3.	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
4.	Mediul de reședință	0=urban; 1=rural; 9=nu știu.
5.	Vîrsta pacientului	
6.	Numele medicului curant	
	EVIDENȚA DISPANSERICĂ	
7.	Data stabilirii diagnozei	Data (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscut = 9
8.	Data luării la evidența dispanserică	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau necunoscut = 9
9.	Gradul DE	gr.=1 ; gr.II = 2; gr.III = 3; sau necunoscut = 9
10.	Anamneza	a fost efectuat: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
11.	Supravegherea pacientului	anual = 1; de două ori pe an = 2; necunoscut = 9
12.	DIAGNOSTICUL	
13.	Investigații paraclinice obligatorii	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu știu = 9 glicemie â jeun = 2; colesterol total seric = 3; trigliceride serice â jeun = 4; analize urinei = 5; hemoleucograma = 6
14.	Investigații paraclinice indicate de către specialist	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
15.	ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR	
16.	Modul în care a fost diagnosticat pacientul	screening = 1; adresare directă = 2; de alți specialiști = 3
17.	Maladii concomitente	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
18.	Fumător	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
19.	TRATAMENTUL	
20.	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 1; Secția consultativă = 2; Spital = 3; Instituție medicală privată = 4; nu se cunoaște = 5
21.	Când a fost inițiat tratamentul	Data (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9; pacientul a refuzat tratamentul = 8
22.	Terapie medicamentoasă	Inhibitori FDE5 = 1; fito/vitaminoterapie = 2; terapie cauze favorizante = 3; administrare intracavernoasă = 4
23.	Alte grupe de medicamente pentru pacienții cu DE	antiagregante = 1; antiplachetare = 2; statine = 3
24.	Efecte adverse înregistrate	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
25.	Tratament chirurgical pentru DE	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
26.	Referire la specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu se știe = 9; cardiolog = 2; endocrinolog = 4; neuropatolog = 6; psiholog = 7; alți specialist = 8
27.	Tratament în condiții de staționar	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; nu se știe = 9 boli concomitente severe/avansate = 6
28.	Consilierea pacientului	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
29.	Rezultatele tratamentului	tratat = 1; ameliorare = 2 ; fara schimbări = 3; progresare = 4; nu se știe = 9
30.	Data scoaterii de la evidență dispanserică	Data scoaterii de la evidență dispanserică (ZZ: LL: AAAA) sau necunoscută = 9

BIBLIOGRAFIE

1. Bang-Ping Jiann. Using the International Index of eretile Function-5 to assess Erectile Function in epidemiological Studies. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012. Vol 9.(1)p.327.
2. Brock GB, McMahon CG, Chen KK et al. Efficacy and safety of Tadalafil for the treatment of erectile dysfunction: results of integrated analyses. *J Urology* 2002; 168: 1332–1336.
3. Calomfirescu N. Disfuncția erectilă. Editura Medicală. București. 2009.
4. Contemporary treatment of erectile dysfunction. A clinical guide. Editor KevinT.mc Vary. Springer Science and Busines Media.LLC.2011. p.39-51.
5. Dumbraveanu I, Grajdieru R, Balutel B Erectile dysfunction-the first sign of cardiovascular pathologies clinical non manifested. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012Vol.9, suppliment 5. p357-397 , ISSN 1743-6095
6. Dumbraveanu I. Disfuncția erectilă la tineri. Cum deosebim realul de fals, sau unele puncte de repr pentru o educație sexuală corectă. *Buletin de Perinatologie*. 2014. 4 (64). P58-62. ISSN 1810-5289.
7. Dumbraveanu I. Managementul farmacoterapeutic al disfuncției erectile. *Arta Medica „Al IV-lea Congres de Urologie, Dializă și Transplant Renal” Chișinău, 11-13 octombrie 2006*, pag.31-36.
8. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994 Jan;151(1):54-61.
9. Gbekor E, Bethell S, Fawcett L et al. Phosphodiesterase 5 inhibitor profiles against all human phosphodiesterase families: Implications for use as pharmacological tools. *J Urol* 2002; 167 (Suppl 246): Abstract 967.
10. Giuliano F. Questionnaires in sexual Medicine. *Prog Urol*. 2013. Joul.23(9):811-21.
11. Glina S. Sharlip ID. Hellstrom WJ. Modifying risk factors to prevent and treat erectile dysfunction. (Review). *Journal of Sex Med* 10. (1)115-9. 2013
12. Goldstein I, Lue TF, Padma–Nathan H, Rosen RC, Steers WD, Wicker PA (1998): Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *N Engl J Med* 338: 1397 – 1404.
13. Grant P. Jackson G. Baig I. Quin J.Erecile dysfunction in general medicine. *Clinical medicine*. 2013. 13(2) 136-40.
14. Hwang TI, Tsai TF, Lin YC, et al. A survey of erectile dysfunction in Taiwan: use of the erectionhardness score and quality of erection questionnaire. *J Sex Med* 2010 Aug;7(8):2817-24.
15. Lue TF, Tanagho EA. Physiology of erection and pharmacological management of impotence. *J Urol* 1987 May;137(5):829-36.
16. Luo Y, Zhang H, Liao M and Mo Z. Sex hormones predict the incidence of erectile dysfunction: From a population-based prospective cohort study (FAMHES). *J Sex Med* 2015;12:1165–1174.
17. Moreira ED Jr, Lbo CF, Diament A, Nicolosi A, Glasser DB. 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.
18. Nicolai MP. van Bavel J. Somsen GA. Erectile dysfunction in the cardiology practice, a patients perspective. *American Heart Journal*. 2014. 167 (2), 178-85.
19. Sand M Men’s attitudes on life events and sexuality (MALES) survey. Presented at the 10 World Congress of the International Society for Sexual and Impotence Research, 26 September 2002, Montreal, Quebec, Canada.
20. Sorbera LA, Martin L, Rabasseda X, Castaner J. Vardenafil. *Drugs of the Future* 2001; 26: 141–4.
21. The ESSM Syllabus of Sexual Medicine. Editor H. Porst, Y. Reisman. Amsterdam 2012.

22. Wespes E, Eardley I, F. Giuliano et all. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. © European Association of Urology. Amsterdam. 2013.
23. Гамидов С.И., Иремашвили В.В. Эректильная дисфункция и сердечно-сосудистые заболевания: новый взгляд на старую проблему // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006. - №6. с123-128.
24. Думбравяну И, Балуцел Б, Тэнасе А Использование ультразвуковой доплерографии в комплексной диагностике эректильной дисфункции. Андрология и генитиальная хирургия. (ISSN 2070 -9781)Москва.№2.2009. стр.84 – 85
25. Мазо Е. Б., Петрова В. П. Применение препарата «Импаза» в лечении эректильной дисфункции у мужчин. Пособие для врачей, Москва, 2005. 39 с.
26. Пушкарь Д.Ю. Эректильная дисфункция, современные методы диагностики и лечения. Справочник поликлинического врача. 2004.2.с.29-31.
27. Пушкарь ДЮ, Камалов АА, Аль-Шукри СХ, ид. Эпидемиологическое исследование распространенности эректильной дисфункции в Российской Федерации. РМЖ. Урология.2012. стр3-6.