

ПЕЙРОФЛЕКС (PEYROFLEX)

Показания к применению: в качестве биологически активной добавки к пище – источника L-карнитина, пара-аминобензойной кислоты, дополнительного источника витамина Е.

Состав: L-карнитина тартрат, пара-аминобензойная кислота, D- α -токоферол, желатин (в составе оболочки капсулы), диоксид титана (краситель в составе оболочки капсулы).

Способ употребления: взрослым по 1 капсуле 2 раза в день, во время еды. Продолжительность приема: 1 месяц. При необходимости прием можно повторить.
В суточной дозе (2 капсулы) содержится:

Ингредиент	Содержание в суточной дозе не менее, мг	% от рекомендуемого*/адекватного** уровня потребления
L-Карнитин	200	66,6**
Пара-аминобензойная кислота	260	260**(***)
D- α -токоферол	120	1200**(***)

*Согласно ТР ТС 022/2011.

**Согласно «Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям к товарам подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю).

*** Не превышает верхний допустимый уровень потребления.

Форма выпуска: 60 капсул по 410 мг.

Условия хранения: хранить в сухом, защищенном от попадания прямых солнечных лучей, недоступном для детей месте, при температуре не выше +25°C.

Срок годности: 2 года с даты изготовления.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов продукта, беременность, кормление грудью. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Изготовитель: ООО «Витамер», 129110, г. Москва, Орлово-Давыдовский пер., д. 1, пом. III.

Адрес производства: РФ, 601144, Владимирская область, г. Петушки, ул. Совхозная, д. 11.

По заказу ООО «ЭСЭЙЧ ФАРМА».

Организация, уполномоченная принимать претензии от потребителей: ООО «ЭСЭЙЧ ФАРМА», 111020, г. Москва, ул. Боровая, д. 18, стр. 1, офис 305, тел.: +7 (495) 178 08 23, e-mail: info@shpharma.ru

Биологически активная добавка к пище. Не является лекарственным средством.

Дополнительная информация

Болезнь Пейрони – это заболевание, при котором мужской половой член искривляется вследствие прогрессирующих фиброзных изменений в белочной оболочке полового члена.

Причиной болезни Пейрони, как считается, являются микрососудистые повреждения или травмы полового члена, возникающие, как правило, при половом акте. При этом возникает длительный воспалительный ответ, который и приводит к появлению фиброзных бляшек. Заболевание может поражать мужчину в любом возрасте, чаще всего в возрасте 40-60 лет. Вероятность возникновения болезни Пейрони повышается при сахарном диабете, нарушениях липидного обмена, эректильной дисфункции.

Острая фаза заболевания может продолжаться несколько месяцев и характеризуется болезненными эрекциями и ошутимым узелком или бляшкой в белочной оболочке полового члена. При этом отмечается прогрессирующее искривление полового члена во время эрекции. С течением времени, бляшка уплотняется и стабилизируется.

«ПЕЙРОФЛЕКС» («PEYROFLEX») представляет собой комплекс биологически активных компонентов, комбинация которых благоприятно воздействует на различные механизмы образования фиброзной бляшки, позволяющие облегчить состояние при болезни Пейрони и предотвратить её прогрессирование.

Характеристика компонентов комплекса «ПЕЙРОФЛЕКС» («PEYROFLEX»)

Многочисленные литературные медицинские данные* подтвердили эффективность и безопасность компонентов, входящих в комплекс «ПЕЙРОФЛЕКС», при его применении у лиц с болезнью Пейрони:

Пара-аминобензойная кислота (Para-aminobenzoic acid, ПАВА)

ПАВА — органическое соединение, аминокислота, производное бензойной кислоты, широко распространена в природе. ПАВА является предшественником в биосинтезе важных кофакторов — тетрагидрофолата и тетрагидрометаноптерина. Являясь составной частью тетрагидрофолата, остаток пара-аминобензойной кислоты участвует в синтезе нуклеиновых кислот (РНК и ДНК).

Обладает как противовоспалительным, так и противofибротическим действием и используется для лечения таких фиброзирующих состояний как контрактура Дюпюитриена. Пара-аминобензоат калия стабилизирует специфический тканевый фермент и обладает прямым угнетающим воздействием на клеточный скелет фибробластов, образующих фиброзную бляшку [13].

Соли пара-аминобензойной кислоты много лет используются для лечения болезни Пейрони [14]. Множество клинических исследований производных пара-аминобензойной кислоты показали её высокую эффективность при формирующемся искривлении полового члена.

Результаты лечения болезни Пейрони производными ПАВА

Исследование	n	Уменьшение боли	Уменьшение размеров бляшки	Уменьшение искривления
Zarafonetis [15]	21	100%	76%	82%
Hasche-Klunder [16]	25	100%	100%	71%
Riley [17]	18	100%	11%	75%
Carson [18]	32	100%	56%	58%

D-α-токоферол

D-α-токоферол — жирорастворимый витамин E, обладающий антиоксидантными свойствами, который ограничивает оксидативный стресс. При болезни Пейрони в острую и хроническую фазы формирования бляшки происходит чрезмерное высвобождение активных форм кислорода, эта точка приложения делает D-α-токоферол идеальным вариантом медикаментозной терапии [1].

D-α-токоферол ингибирует выработку трансформирующего фактора роста-β1 (TGF-β1). Он отвечает за развитие соединительной ткани. Было показано, что D-α-токоферол замедляет деление фибробластов (клеток, ответственных за образование фиброзной бляшки) при патологическом фиброзе человека [2,3].

D-α-токоферол взаимодействует с ядерным фактором NF-κappaB, также препятствуя выделению провоспалительных молекул (цитокинов); D-α-токоферол подавляет активность циклооксигеназы-2 [4–6].

Эффективность применения D-α-токоферола при болезни Пейрони

Исследование	Уменьшение боли	Уменьшение размеров бляшки	Уменьшение искривления
Scardino [7]	100%	91%	78%
Chesney [8]	82%	82%	Нет данных
Pryor [9]	35%	Минимальное	10%
Devine [10]	99%	20%	33%

Многие исследования подтверждают, что добавление D-α-токоферол к другим препаратам существенно повышает эффективность лечения [11, 12].

L-карнитина тартрат

Эта молекула очень похожа на аминокислоту; у человека он синтезируется в печени, мозге и почках из незаменимых аминокислот лизина и метионина с помощью ALC-трансферазы. Карнитиновая система состоит из L-карнитина, его сложных эфиров (ацетил-L-карнитина, пропионил-L-карнитина) и сложной ферментативной системы, расположенной в митохондриальной мембране.

L-карнитина тартрат предотвращает размножение фибробластов и образование коллагена за счет снижения активности свободных радикалов и внутриклеточной концентрации кальция. Он также защищает и восстанавливает клетки с повреждениями, вызванными воспалением и микротравмами сосудов [19].

L-карнитина тартрат помогает организму в восстановлении поврежденных клеток. Карнитины стабилизируют текучесть клеточных мембран, что позитивно сказывается на целостности клетки [20, 21].

Различные формы L-карнитина успешно используются для лечения болезни Пейрони. В рандомизированных контролируемых исследованиях применение L-карнитина в течение 3 месяцев облегчало боль во время эрекции у 92% мужчин, при этом отмечалось уменьшение средней кривизны полового члена на 7,5 ° и уменьшение размера бляшки на 48,8 мм2 [20] [21].

* Источники литературных медицинских данных:

1. Sikka S.C. et al. Int. J. Impot. Res. 2002. Vol. 14, № 5. P. 353–360. 2. Tasanarong A. et al. J. Med. Assoc. Thai. 2011. Vol. 94 Suppl 7. P. S1–9. 3. Haas A.L. et al. Ophthalmic Res. 1996. Vol. 28, № 3. P. 171–175. 4. Godbout J.P. et al. J. Neuroimmunol. 2005. Vol. 169, № 1–2. P. 97–105. 5. Jiang Q. et al. Proc. Natl. Acad. Sci. 2008. Vol. 105, № 51. P. 20464–20469. 6. Fazzio A., Marilley D., Azzi A. Biochem. Mol. Biol. Int. 1997. Vol. 41, № 1. P. 93–101. 7. Scardino P.L., Scott W.W. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1949. Vol. 52, № 3. P. 390–396. 8. Chesney J. Br J Urol. 1975. Vol. 47. P. 209–218. 9. Pryor J., Farrell C. Prog Reprod Biol Med. 1983. Vol. 9. P. 41–45. 10. Devine C.J., Horton C. Semin Urol. 1987. Vol. 5. P. 251–261. 11. Halal A.A., Geavlete P., Ceban E. J Med Life. 2012. 12. Paulis G. et al. Andrology. 2013. Vol. 1, № 1. P. 120–128. 13. Nehra A. et al. J. Urol. 2015. Vol. 194, № 3. P. 745–753. 14. Hauck E.W. et al. Urologe. 2005. Vol. 44, № 10. P. 1189–1196. 15. ZARAFONETIS C.J., HORRAX T.M. J. Urol. 1959. Vol. 81, № 6. P. 770–772. 16. Hasche-Klunder R. Urologe. A. 1978. Vol. 17, № 4. P. 224–227. 17. Riley A. BR J Sex Med. 1979. Vol. 6. P. 29–33. 18. Carson C.C. Tech. Urol. 1997. Vol. 3, № 3. P. 35–139. 19. Jack G.S., Gonzalez-Cadavid N., Rajfer J. Curr. Urol. Rep. 2005. Vol. 6, № 6. P. 454–460. 20. Biagiotti G., Cavallini G. BJU Int. 2001. Vol. 88, № 1. P. 63–67. 21. Cavallini G. et al. BJU Int. 2002. Vol. 89, № 9. P. 895–900.