

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ.

Саричев Л.П., Сонник Є.Г., Саричев Я.В.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Вступ. Передчасна еякуляція (ПЯ) є складною сексологічною проблемою внаслідок стійкої дезадаптації партнерської пари.

Метою дослідження стала оцінка ефективності окремих методів лікування ПЯ.

Матеріал та методи дослідження. Були обстежені 38 чоловіків віком від 21 до 42 років (середній вік $28 \pm 3,4$ роки), що звернулись до клініки зі скаргами на ПЯ. Тривалість інтравагінального періоду коїтусу складала від 22 до 75с (у середньому $42 \pm 14,3$ с). Усім хворим була виключена «органічна» патологія (коротка вуздечка статевого члена, запальні захворювання чоловічих статевих органів, неврологічні захворювання).

Згідно лікувальної тактики хворі були розподілені на 2 групи. I групу склали 20 хворих, яким проводилась поведінкова терапія ПЯ (техніка «сквіз-стоп»). До II групи увійшли 18 хворих, яким для корекції передеякуляторного інтервалу був призначений селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну сертралін («Золофт», «Стимултон») у дозі 50 мг на добу протягом 2 місяців.

Результати та їх обговорення. Поведінкова терапія виявилась ефективною у 13 (65,0%) хворих I групи. Тривалість інтравагінального періоду статевого акту збільшилась у середньому на $62 \pm 13,6$ с (від 84 до 153с). Звертає на себе увагу той факт, що при спостереженні протягом 6 місяців з початку лікування рецидив симптоматики відбувся у 4 (30,8%) хворих.

У II групі терапія виявилась ефективною в 16 (88,9%) пацієнтів (у 1 пацієнта лікування було припинене внаслідок вираженої нудоти після прийому препарату, в 1 хворого – у зв'язку з неефективністю курсу тривалістю у 1 місяць). При цьому тривалість інтравагінального періоду збільшилась в середньому на $92 \pm 11,2$ с і складала від 119 до 242 с. При контрольному обстеженні через 4 місяці після закінчення прийому препарату виявлений рецидив ПЯ у 1 (5,6%) пацієнта.

Висновки. Лікування ПЯ у чоловіків є складною проблемою. Застосування немедикаментозних методів можливе тільки за наявності повного взаєморозуміння із партнером, ефективність їх складає 65,0%, частота рецидивів перевищує 30%. Застосування інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (сертралін) є високоефективним, добре переноситься пацієнтами (94,4%), формує стійкий позитивний ефект з мінімальною кількістю рецидивів після відміни препарату.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНИХ СТРУКТУР СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВОРОТАРНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА ЛЮДИНИ

Свінцицька Н.Л., Шерстюк О.О., Цветкова Я.А., Солдатов О.К.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Пухка волокниста тканина власної пластинки слизової оболонки воротарного відділу шлунка за своїм клітинним складом здатна відображати різнобічні зрушення функціонального стану шлунка, виконуючи роль опосередкованого середовища. Тому в ній завжди перебувають різноманітні клітини, що мігрували із крові.

Отже, метою нашого дослідження стало вивчення лімфоепітеліальних структур слизової оболонки воротарного відділу шлунка людини.

Матеріалом для дослідження слугували секційний і операційний матеріал (13 випадків), а також гастробіопсії (10 випадків за результатами фіброгастродуоденоскопії). У першому випадку шматочки тканини вирізали через усю товщу стінки шлунка у воротарному відділі. У другому випадку тканини брали з меж здорових тканин (на 3 см вище або нижче виразки). В обох випадках тканини фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну й поміщали в парафін з попередньою стандартною проводкою. Фарбування тканини проводили гематоксилін-еозином і по Ван-Гізон. Гастробіоптати фіксували в 4% розчині глютаральдегіду, містили в Епон 812 для одержання серій напівтонких зрізів.

Результати наших досліджень свідчать, що в жодному випадку вивчення гістологічних препаратів нам не вдалося встановити наявність у слизовій оболонці воротарного відділу шлунка тканинних базофілів, які, як відомо, в інших органах і тканинах, відіграють роль медіаторів у судинних реакціях при запальних процесах. Також відома їх участь у механізмі алергійних реакцій. Тому відсутність тучних клітин у слизовій оболонці шлунка повинно свідчити про особливу специфіку розвитку й протікання в ній запальних процесів. Поряд із цим у власній пластинці слизової оболонки шлунка регулярно зустрічаються поодинокі неінкапсульовані лімфатичні фолікули, розміри яких не перевищують 0,5 мм. Будучи місцевим представництвом імунної системи організму, дані утвори, на відміну від собі подібних в інших органах травного тракту, розташовуються не під покривним епітелієм, а займають місце між кінцевими відділами шлункових залоз, безпосередньо примикаючи до нижньої поверхні м'язової пластинки. Із цього випливає, що лімфоепітеліальний контакт у слизовій оболонці шлунка здійснюється за допомогою залозистого епітелію. Якщо врахувати при цьому, що залозистий епітелій бере безпосередню участь у формуванні молекул секреторного імуноглобуліну А, то надається можливість установити морфологічну основу місцевого імунного захисту слизової оболонки шлунка, що є не менш важливою умовою при аналізі патогенезу місцевих запальних процесів.