

во миоцитов в мышечной манжетке в 4-х месячном возрасте по сравнению со стенкой клапанного синуса увеличивается в 2,6 раза. Миоциты располагаются в два-три слоя, попарно, ориентированы по крутой, промежуточной и пологой спиралям. В лимфангионах ягнят 4-х месячного возраста нами обнаружена «мышца – напрягатель лимфатического клапана», образующая клапанный валик. Гладкомышечные клетки этой мышцы ориентированы вдоль края створки.

В период полового созревания количество миоцитов в стенке клапанного синуса в 3,0 раза уменьшено по сравнению со стенкой мышечной манжетки. Общее количество миоцитов, по сравнению с новорожденными, увеличивается в 4,3 раза. Миоциты располагаются в 2-3 слоя, распределены равномерно, ориентированы по крутой и промежуточной спиралям в виде пучков по 3-5 штук.

У зрелых овец в возрасте 2-3 года во внеорганных лимфангионах находится максимальное количество гладкомышечных клеток. Их общее количество в 6,4 раза больше, чем у новорожденных. Мышечная манжетка содержит в 3 раза больше миоцитов, чем стенка клапанного синуса.

Таким образом, количество миоцитов в стенке лимфангионов внеорганных лимфатических сосудов шеи овец увеличивается в онтогенезе, достигая максимума у овец в возрасте 2-3 лет. Количество миоцитов в стенке лимфатических сосудов увеличивается по направлению лимфотока. Миоциты в стенке лимфангиона распределены неравномерно: в средней части лимфангиона (манжетке) миоцитов всегда значительно больше по сравнению со стенкой клапанного синуса. У всех половозрастных групп максимальное количество миоцитов насчитывается в области мышечной манжетки и с возрастом их количество увеличивается. У овец зрелого возраста миоциты располагаются в три слоя в трёх направлениях по пологой, промежуточной и крутой спиралям.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ У ЖЕНЩИН

Шемятенков В.Н., Шестерикова Е.Б., Гаврилова Т.А.
*Государственный медицинский университет,
Саратов*

В последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение числа больных хроническим панкреатитом (ХП). На развитие и течение ХП оказывают влияние разнообразные факторы: злоупотребление алкоголем, нарушение питания, прием панкреотоксических лекарственных средств и многое другое, в том числе дефицит женских половых гормонов в период климактерия. Сочетание ХП с климактерическим синдромом может накладывать отпечаток и на результаты проводимой терапии.

Однако влияние климактерического синдрома на течение ХП у женщин, особенности лечения данного заболевания в этот период остаются малоизученными.

Анализировалось течение ХП в период климакса у 87 женщин. Производилось сопоставление тяжести менопаузального синдрома с клиникой и инструментальными признаками ХП. Изучалось состояние гемостаза и иммунитета.

Установлено, что частота обострений заболевания в период менопаузы, выраженность клинической симптоматики в период рецидива, скорость прогрессирования структурных изменений ткани поджелудочной железы в значительной мере обусловлены величиной менопаузального индекса, характеризующего тяжесть климактерия. К другим значимым результатам исследования следует отнести наличие существенных сдвигов со стороны иммунологических и гемостазиологических функций организма в тех случаях, когда ХП протекает на фоне климактерия. Полученные данные позволяют сделать заключение, что иммунологические и гемостазиологические изменения, связанные с климактерическим синдромом, могут быть одними из факторов, лежащих в основе влияния дефицита женских половых гормонов на течение ХП в перименопаузе у женщин.

Таким образом, лечение ХП в период климактерия у женщин должно носить комплексный характер и быть направлено не только на лечение ХП, но и коррекцию менопаузального синдрома. Индивидуальный подход к лечению ХП в период климактерия у женщин, базирующийся на оценке выраженности менопаузального синдрома и суммарной оценке тяжести клинической симптоматики ХП, позволяет улучшить результаты проводимой терапии на 30% и более.