

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 611. 344/ 346/ 348; 611. 018. 72

На правах рукописи

**ТАГАЙКУЛОВ
ЭРКИНЖОН ХОЛИКУЛОВИЧ**

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗИСТОГО
АППАРАТА ПОДВЗДОШНО-СЛЕПОКИШЕЧНОГО УГЛА У ЧЕЛОВЕКА
В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

по специальности 14.03.01 – Анатомия человека

Душанбе-2021

Работа выполнена на кафедре патологической анатомии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» и патогистологической лаборатории ГЦЗ №2.

Научный руководитель:

Ибодов Сайдмуким Тиллоевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А. Рахимова ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты:

Усмонов Мулло
доктор медицинских наук, профессор

Ашурев Каҳрамон Эргашевич

кандидат медицинских наук, доцент профессор кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А. Рахимова ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино»

Оппонирующая организация: Самаркандский государственный медицинский институт Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится « » 2021г. в «13.00» часов на заседании диссертационного совета 6Д. КОА – 057 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке 734064 г. Душанбе, проспект Сино 30/1 и на официальном сайте (www.tajmedun.tj) Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Автореферат разослан « » 2021с.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
д.м.н., доцент**

Халимова Ф.Т.

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. Железистый аппарат пищеварительного тракта играет важную роль в процессе пищеварения, подвздошно-слепокишечный угол (ПСУ) является одним из важнейших участков этой области. Данному вопросу посвящены многочисленные исследования, в то же время в научной литературе очень мало информации по вопросам структурно-функциональной организации морфологии желёз, расположенных в стенках пищеварительной, дыхательной системы и мочеполового аппарата [Акматов Т.А., 1989; Курбонов С.С., 2002; Усманова А.М., 2003; Хушкадамов З.К., 2004; Абдуллаев А.С., 2006; Аведесян В.Э., 2007; Ибодов С.Т., 2008; Боронов Х.А., 2009; Мирзоева С.Р., 2009; Казанцев И.Б. и др., 2010].

Почти не отражены в литературе структурные особенности желёз, расположенных в различных сфинктерных зонах кишечной стенки, и в том числе в области ПСУ остаются малоизученными. Не изучены особенности морфологии желёз в сфинктерных зонах этой области; нет данных о возрастных преобразованиях кишечных желёз этой области. По данным ряда исследователей, ПСУ является важным участком пищеварительного тракта [Никитюк Д.Б., 1996; Молдавская А.А., 1999; Ахметейчук Ю.Т., Проняев Д.В., 2006; Бородин О.О. и др., 2006; Молдавская А.А., 2006; Казанцев И.Б. и др., 2010; Сотников А.А. и др., 2011].

По мнению исследователей, объектом изучения всех структурных компонентов этой области являются её многочисленные железы [Витебский Я.Д., 1973; Байтингер В.Ф., Колесников Л.Л., 2000; Махмудов З.А., 2005; Колесников Л.Л., 2008].

Определяется существенной физиологической ролью ПСУ на границе тонкой и толстой кишки, который обладает мощным сфинктерным аппаратом (подвздошно-слепокишечный, слепокишечно-восходящебодочный, слепокишечно-аппендикулярный сфинктеры), [Шадиев Э.Т., 2001; Колесников Л.Л., 2006; Шепелев А.Н и соавт., 2018; Мартынов В.Л. и соавт., 2015; PistorG., 1987; Jelbert A. et al., 2008]. Кроме этого является участком контролирующими переход кишечного содержимого [Сакс Ф.Ф., 1994; Колесников Л.Л., 2006; Мартынов В.Л. и соавт., 2009; Межидов У.С., 2009; Jelbert A. et al., 2008].

Метод макро-микроскопии, позволяющий получить объективные данные о железах, применительно к этой области кишечника, несправедливо игнорируется. Данных о количестве и размерных показателях желёз очень мало, или изучены в условиях патологии, их клеточный состав; не исследованы регионарные особенности желёз (в различных отделах: червеобразный отросток, слепая кишка и др.). Морфологические структурные особенности желёз в сфинктерных зонах малоизучены, нет данных о возрастных преобразованиях кишечных желёз этой области в условиях нормы.

В этом отделе кишечника, главным образом, слепая кишка участвует в формировании висцеро-висцеральных рефлексов [Гончаров П.П., 1945; FulishL., 1999; KanazawaM., HongoM., FukudoS. 2011], влияющих на моторную функцию

[Буков В.А., 1949; Риккель А.В., 1961; Федоров И.В., 1987; Мартынов В.Л. и соавт., 2015; ChengH., 1984], на роль влияния секреторной функции желудка, моторику тонкой кишки [Быков К.М., Давыдов Г.М., 1935; Мельман Е.П., 1962; Крижановский В.А., 1998; Кахаров З.А., 2008], а также на процесс желчеобразования [Гончаров П.П., 1941; Махмудов З.А., 2005; Курбанов К.М., 2017].

Следует также учитывать, что структурным компонентом ПСУ является червеобразный отросток - важнейший периферический орган иммунной системы и лимфоэпителиального органа. [Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., 2000; Сапин М.Р. и соавт., 2001; Смирнова С.В., 2010; Сапин М.Р.; Бородин Ю.И., 2012; Гринь В.Г., 2012; Костиленко Ю.П., Гринь В.Г., 2012; Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., 2014; Гусейнов Т.С., 2020].

Лимфоидная ткань, её роль в области ПСУ [Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., 2000; Аминова Г.Г., 2008; Бородин Ю.И., 2012; Гринь В.Г., 2012; Костиленко Ю.П., Гринь В.Г., 2012; Ганиев А.И., Гусейнов Т.С., 2014; Гусейнов Т.С., 2015; Азнаурян А.В., Мартиросян А.Г., 2016; Норматов Р.А., 2017; GanliI., 1996].

Кроме того, ПСУ является местом появления различных патологических состояний и областью частого возникновения опухолей, которые в настоящее время имеют тенденцию к росту [Бронштейн Б.А., 1952; Каприн А.Д. и соавт., 2017; Тотиков З.В. и соавт., 2019; FirstN., 1999]. Кишечные железы являются анатомической базой развития злокачественных новообразований - adenокарцином [Циммерман Я.С., 2012; Сукинко О.Г., Красного С.А., 2012; Тотиков З.В. и соавт., 2014; GilbertsonV.A. et. el., 1980; MetlinC. et. el., 1982; BaderJ.P., 1986; SimonJ.B., 1989; FirstN., 1999; ShuklaP.J., 2008, Schmol H.J. et.al., 2012].

Злокачественные опухоли, развивающиеся из желёзистого эпителия adenomatозных полипов и ворсинчатыхadenом, которые часто малигнизируются [TurellR., 1966; JahadiM.R. etal., 1975; AokeR. etal., 2007; VanWeyenberg., 2013], adenomatозные полипы, являющиеся предраковым состоянием [Лаптева Е.А., 2013; QuanS.Hetal., 1971; OrringerH.B., 1972; ParkstA.G. etal., 1973; MuehadoJ.R. etal., 1978;].

Область ПСУ является, наиболее часто поражённой туберкулёзом [Бурчинский Г.Н., Заркевич Н.Ф., 1952; Нечаева О.Б., Скачков В.В., 2013; Мордык А.В. и соавт., 2015; Решетников М.Н., 2017].

Различные функциональные нарушения – баугиноспазм, недостаточность подвздошно-слепокишечного сфинктера [Гончаров П.П., 1945; Дыскин Е.А., 1972; Киренченко С.С., Милюков В.Е., 2008; Мартынов В.Л. и соавт., 2009; Казанцев И.Б. и соавт., 2010; Савин Д.В., 2011; Казанцев И.Б., 2012; Курбанов К.М. и соавт., 2016;]. Несостоятельность подвздошно-слепокишечного сфинктера - рефлюкс-энтерит, характеризуется нарушением функции органов ЖКТ [Пискаков А.В. и соавт., 2011; Содиков Я.С., 2015; Курбанов К.М. и соавт., 2016; Курбанов К.М. и соавт., 2017].

Нельзя забывать и о том, что поражения червеобразного отростка – аппендициты, и карциноид учитывая их распространенность, являются важной

медико-социальной проблемой [Федоров В.Д., 1987; Шадиев Э.Т., 2001; Сисян А.В., 2006; Пронин В.О., Бойко В.В., 2007; Стрижанов А.Н., 2010; Сотников А.А., 2011; Смирнова С.В., 2012; Сорока А.К., 2012; BonatiL., 1998].

Правильное понимание закономерностей патоморфогенеза без знания нормальной морфологии невозможно [Давыдовский И.В., 1969; Елисеев А.С., 1979].

Данных о строении и анатомии желёз этой области, как указывается в научной литературе, очень мало; имеющиеся о них сведения получены при изучении патологически изменённого материала [Махмудов З.А., 2005] у людей лишь отдельных возрастных групп [Никитюк Д.Б., 1996, 2009]. Железы слепой кишки при мегацекуме – редком топографо-анатомическом варианте толстой кишки ранее не исследовались [Романов П.А., 1987]. Всё вышеизложенное явилось основанием сформулировав цель и задачи данного исследования.

Степень изученности научной задачи

В настоящее время в литературе в должной мере не представлены нормативные, в том числе количественно-размерные показатели желёз с учетом возрастной изменчивости [Сапин М.Р. и соавт., 2001].

Одним из наименее исследованных структурных особенностей желёз являются сфинктерные зоны: подвздошно-слепокишечного, слепокишечно-восходящебодочного, слепокишечно-аппендикулярного на разных этапах онтогенеза. Роль сфинктеров ПСУ, по мнению морфологов [Колесников Л.Л., Этинген Л.Е., 1996; Никитюк Д.Б., Сапин М.Р., 2001; Махмудов З.А., 2008; Колесников Л.Л., 2008; Межидов У.С., 2009; Казанцев И.Б., 2011; Шепелев А.Н. и соавт., 2018] и клиницистов [Мартынов В.Л. и соавт., 2015], состоит в координации перемещения содержимого по просвету кишки, которые препятствуют его обратному движению.

Недостаточность подвздошно-слепокишечного клапана способствует обратному движению химуса - рефлюкс-энтерит [Сотников А.А. и соавт., 2010; Каган И.И. и соавт., 2013; Содиков Я.С., Назирбоев К.Р., 2015;], при этом увеличивается длительность контакта содержимого со слизистой оболочкой как в норме, так и при патологии, в случаях острого и хронического колита, ворсинчатой аденомы, аденокарциномы [Чашкова У.Ю., 2011; Суkonko О.Г., Красного С.А., 2012; Океанов А.Е. и соавт., 2014], при остром и хроническом аппендиците, карциноиде, туберкулёзе и в ряде других нозологий [Сисян А.Б., 2006; Мартынов В.А. и соавт., 2015; Азнаурян А.В., Мартиросян А.Г., 2016; Шурыгина И.А., 2018; ShuklaP.J., et al., 2008; NidniAmrita. et al., 2016;].

Знание патоморфогенеза этих заболеваний, вероятно, также может опираться на наличие достоверных, современных и детальных сведений об особенностях строения количественно-размерных характеристик желёз сфинктерных зон этой части ПСУ в условиях нормы.

Теоретические и методологические основы исследования

В работе применялись макро-микроскопический, гистологический и морфометрический методы.

Для выполнения макро-микроскопических исследований желёз на тотальных препаратах органа их предварительно элективно окрашивали по Р.Д. Синельникову (1948). Стенку продольно разрезанного органокомплекса - ПСУ промывали в ванной с водой, помещали в стеклянную банку (объёмом 10 л), наполненную раствором 0,5% уксусной кислоты с 0,05% метиленовым синим в водопроводной воде. Железы окрашивали 24-36 часов при комнатной температуре.

Для достижения равномерного окрашивания положение препарата четыре – пять раз изменяли путём взбалтывания раствора. После завершения окрашивания железы имели вид тёмных (чёрных, темно-синих) анатомических образований, располагающихся на более светлом фоне стенки органа. Далее препарат фиксировали в течение 12 часов в насыщенном растворе молибденово-кислого аммония. Его хранили в растворе равных частей глицерина и вышеуказанного фиксатора.

Микротопографию и микроанатомию желёз ПСУ изучали на гистологических препаратах ($n=137$ случаев). Полученные кусочки стенки кишечника распластывали на фотобумаге с соответствующей маркировкой, выполненной простым карандашом. После проводки в спиртах восходящей концентрации и заливки в парафиновые блоки из последних выполняли срезы (по 5-7 срезов из каждого кусочка), толщиной 5-7 микрон. Срезы окрашивали гематоксилином-эозином, пикрофуксином по ванн-Гизону, Крейбергу (окраска альциановым синим), по Гринелиусу (реакция серебрения).

Методика изготовления тотальных препаратов стенки ПСУ для изучения желёз макро-микроскопическим методом была следующей. Кишечник и окружающие его мягкие ткани изымали из комплекса органов после эвисцерации, по Г.В. Шору. Двумя пинцетами под контролем налобной бинокулярной лупы путём препарирования ПСУ, получая его тотальный препарат. Изолированный препарат продольным разрезом вскрывали строго по его передней стенке.

Перед изготовлением тотального препарата из середины полученных фрагментов подвздошной и восходящей ободочной кишок проксимальной, средней и дистальной третей червеобразного отростка (из задней их стенки), области купола слепой кишки, сфинктерных зон ПСУ (подвздошно-слепокишечный, слепокишечно-аппендикулярный, слепокишечно - восходящеободочный сфинктеры) получали поперечные кусочки длины соответствующего органа для гистологических исследований (размерами 3-3,5 мм х 2-2,5 мм).

Макро-микроскопические исследования включали следующее. Железы изучали при помощи стереомикроскопа МБС-9 (ок. 8, объективы 16, 40, 32, 64). Кроме этого, для морфологических исследований использовали систему компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящую из светооптического микроскопа, микропрепараты изучали под микроскопом modelOlympusCX 21 FS 1. Камерой DigitalMicroScopeCameraSpecificationMC-DO 48U (E), при различных увеличениях (ок. 18, объективы 4, 10, 40, 100).

Морфометрические исследования структуры кишечных желёз у каждого человека проводили в 10 полях зрения микроскопа. После проведения морфометрических исследований, полученные данные обрабатали с учетом рекомендаций Г.Г. Автандилова (1984). Вычисляли среднеарифметические значения (X) и их ошибки (S_x), достоверность различий среднеарифметических величин проводились методом доверительных интервалов.

На тотальных препаратах подсчитывали число кишечных желез, приходящихся на площадь просвета устья протока кишечной железы (10 измерений для каждого изученного отдела ПСУ с последующим вычислением среднего показателя). Для этого применяли окулярную сетку.

Морфометрические исследования включали определение длины, ширины кишечной железы, площади и общего количества эпителиальных клеток в её стенке (на продольном и поперечном срезах железы), процентного количества бокаловидных абсорбционных клеток на её продольном срезе. Учитывая малочисленность эндокринных (аргиофильных) клеток в составе железы, их число не определяли. На каждом срезе соответствующие измерения проводили у 10 желёз с вычислением среднего значения.

Морфометрический анализ включал вычисление среднеарифметического показателя. Определение достоверности различий среднеарифметических показателей проводили методом доверительных интервалов. После проведения морфометрических исследований полученные данные статистически обрабатали по рекомендации Г.Г. Автандилова (1984). Вычисляли среднеарифметический показатель, его ошибки.

Данные методы исследования позволяют достоверно установить структурную организацию и закономерности морфогенеза железы ПСУ человека в постнатальном онтогенезе и при патологии. Кроме этого, выбранные методы исследования позволяют представить сравнительную характеристику в зависимости от пола, возраста и индивидуальной изменчивости желёз на протяжении всего постнатального онтогенеза.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Целью исследования явилось получение комплексных данных о структурной организации и закономерностях морфогенеза желез подвздошно-слепокишечного угла человека в постнатальном онтогенезе.

Объект исследования. Объектом исследования служил железистый аппарат стенки ПСУ кишечника. Получен от трупов, $n=137$ человек, разного возраста из них $n=77$ (56%) мужчин и $n=60$ (44%) женщин, которые поступили в судебно-медицинский МОРГ Государственное учреждение (ГУ) Республиканской судебно-медицинской экспертизы Городской Центр Здоровья (ГЦЗ) № 2 г. Душанбе. Смерть людей, которая наступила в результате асфиксии (утопление, механической) - 55, травмы (кататравма, автотравма, железнодорожная травма) – 48, ИБС и сердечно-сосудистой недостаточности – 24, от инсульта - 10 случаев. Причину гибели определяли на основании заключения судебно-медицинской экспертизы.

В набранном для исследования материале отсутствовали случаи, когда на секции были отмечены заболевания пищеварительной и иммунной систем, онкологические заболевания. Червеобразный отросток присутствовал во всех изученных случаях, а также у четырех человек 1-го периода зрелого возраста - мегацекум в соответствии с критериями П.А. Романова (1987).

Материал для исследования собирали в осенне-зимний период в судебно-медицинском морге ГЦЗ № 2 г. Душанбе. Его изъятие из трупа проводили не позднее, чем через 15-18 часов после смерти. Материал собирался лично автором в период 2010– 2015 гг.

Предмет исследования. Предметом исследования послужил железистый аппарат стенки кишечника ПСУ человека в норме и при мегацекуме. ПСУ кишечника включает конечный отдел подвздошной кишки (длиной 5 см), начальный отдел восходящей ободочной кишки (длиной 5 см), слепую кишку и червеобразный отросток.

Задачи исследования сформулированы следующим образом:

1. Изучить макро-микроскопическую анатомию и топографию, размерные показатели желёз подвздошно-слепокишечного угла человека.
2. Выявить возрастные особенности строения желёз подвздошно-слепокишечного угла.
3. Определить анатомические особенности желёз в зонах подвздошно-слепокишечного, слепокишечно-восходящеобразного сфинктеров и слепокишечно-аппендикулярного сфинктера.
4. Выявить локальные особенности строения желёз, расположенных в разных отделах полулунных складок и мышечных лент ободочной кишки.
5. Исследовать строение желёз слепой кишки при мегацекуме.

Методы исследования

В работе применяли макро-микроскопический, гистологический и морфометрический методы.

Область исследования

Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республике Таджикистан (РТ) по специальности 14.03.01 - Анатомия человека. 1. Исследование строения, макро- и микротопографии органов, их отделов, различных структурных компонентов у человека. 2. Определение нормативов строения тела, его частей, органов, их компонентов (в условиях нормы) с учетом возрастно-половой и другой типологии. 3. Анализ и градация разнообразных вариантов, индивидуальных особенностей и аномалий организации тела человека. 4. Определение анатомических преобразований тела, его частей в онтогенезе. 6. Изучение изменчивости анатомических структур тела в филогенезе.

Этапы исследования

Написание диссертации проводилось поэтапно. На первом этапе нами были изучены литературные данные по данной проблематике, железы ПСУ кишечника человека в возрастном аспекте и при мегацекуме; дальнейшей работой было формирование темы, задачи работы и выбор методики исследования. Было учтено

отсутствие достоверных данных о количестве и размерах железы и их количественном составе, особенно в морфологии желёз сфинктерных зон этой области. Нами получены данные об особенности регионарной специфики размеров и количества кишечных желёз (длина, ширина, её площадь), процентное число бокаловидных клеток, площади просвета устья железы на протяжении всего постнатального онтогенеза.

Основная информационная и исследовательская база

Основной информационной базой являются диссертации, защищенные в Республике Таджикистан (РТ); научные статьи, опубликованные в журналах, материалах конференций, симпозиумов по морфологии кишечных желёз у человека в постнатальном онтогенезе. С.С. (Курбанов 2002), З.К. Хушкадамов (2004), Х.А. Боронов (2009), С.Т. Ибодов (2010).

Исследования проводились на базе кафедры патологической анатомии и ГЦЗ № 2 патогистологической лаборатории в период 2010-2015 гг.

Достоверность диссертационных результатов

Полученные в диссертационной работе результаты подтверждаются достоверностью данных, достаточным объёмом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Заключение и рекомендации основаны на научном анализе результатов морфологических и морфометрических данных о железах ПСУ, изучены их возрастные, регионарные, индивидуальные особенности, количественные показатели и клеточный состав желёз.

Научная новизна исследования. Впервые в условиях Республики Таджикистан на значительном и адекватно подобранном фактическом материале проведенное исследование позволило выявить комплексные макро-микроскопические, гистологические и морфометрические данные о железах ПСУ у человека в норме. Получены нормативные данные, анатомические параметры желёз, их возрастные, регионарные, индивидуальные особенности, количественные показатели и клеточный состав желёз.

Нами было установлено, что среди всех структурных компонентов ПСУ железы проксимальной части восходящей ободочной кишки имеют наибольшие количественные показатели, наименьшие показатели у железы червеобразного отростка, длина, ширина, площадь и количество эпителиальных клеток (на продольном и поперечном разрезе) у желёз червеобразного отростка уменьшается в проксимо-дистальном направлении (к верхушке органа).

Выявлено, что железы сфинктерных зон ПСУ имеют большие размеры, чем железы соседних зон (купола слепой кишки), что сочетается с отсутствием различий в клеточном составе желёз этих областей, размеры желёз подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, по сравнению со слепокишечно-аппендикулярным и особенно слепокишечно-восходящебодочным сфинктерами.

Выявлены морфологические особенности желёз на вершине полулунных складок, зон мышечных лент слепой кишки (больше их длина и др., по сравнению с железами соседних областей), что железистый аппарат развит к моменту новорождённости, максимальные количественные показатели (площадь железы

на срезе, число абсорбционных клеток и др.) имеются в 1-м периоде зрелого возраста.

Кроме этого, установлены морфологические особенности геронтогенеза желёз этой области, выражающиеся в уменьшении количества кишечных желёз, длины и ширины железы, её площади и количества эпителиальных клеток, расширении просвета железы. Показано отсутствие различий в количественных параметрах желёз у долгожителей по сравнению с людьми старческого возраста.

Установлено, что при мегацекуме железы слепой кишки находятся в состоянии «морфологической регрессии», их размеры, количество, число эпителиальных клеток существенно меньше по сравнению с нормой. Получены и многие другие данные, характеризующие морфогенез кишечных желез ПСУ у человека.

Теоретическая ценность исследования тем, что на значительном и адекватно подобранном фактическом материале проведенного исследования теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы как нормативные показатели желёз кишечника в области ПСУ. А также материалы могут использоваться в курсе лекций и на практических занятиях для студентов медицинских ВУЗов и слушателей ФПКа.

Практическая ценность исследования определяется тем, что они могут быть использованы в качестве нормативов при анализе секционного и биопсийного материала, также данные по железам кишечника ПСУ способствуют лучшему пониманию патоморфогенеза многочисленных заболеваний этой области, что может быть полезно анатомам, патологоанатомам, гистологам, гастроэнтерологам и клиницистам.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Подвздошно-слепокишечный угол характеризуется наличием развитого железистого аппарата. Железы начального отдела восходящей ободочной кишки имеют большие количественные показатели (длину, ширину, площадь и др.), а червеобразного отростка – наименьшие среди структурных компонентов ПСУ.
2. Максимальное развитие железистого аппарата ПСУ приходится на 1-й период зрелого возраста, после чего постепенно начинается его инволютивные изменения.
3. Количество и размеры желёз в стенках червеобразного отростка уменьшаются вне зависимости от возраста в проксимо-дистальном направлении.
4. Железы в области сфинктеров ПСУ имеют большие размеры по сравнению с соседними участками кишечной стенки.

Личный вклад диссертанта. Автор принимал личное участие в сборе исходных данных для проведения научного исследования. Автор самостоятельно провёл сбор, обработку и анализ доступной литературы. Теоретические, методологические результаты исследования докладывались на международных, республиканских, региональных, межвузовских и вузовских научно-практических конференциях.

Апробация работы и информация о результатах их применения

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: научно-практических конференциях молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (2010), годичных научно-практических конференциях ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (2012, 2014, 2018); научно-практической конференции с международным участием. Диссертационная работа была обсуждена на заседании межкафедральной проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» по теоретическим медицинским дисциплинам.

Публикации результатов диссертации. По материалам диссертационной работы опубликованы 9 научных работ, в том числе 4 статьи в рецензируемых научных журналах, входящих в реестр, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 156 страницах компьютерного текста и состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, материала и методов исследования, глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, заключения, и списка литературы. Список литературы включает 193 источников, из них 146 на русском языке и 47 на иностранных языках. Работа содержит 37 таблиц и 24 рисунка.

Содержание работы

Материал и методы исследования.

2. Общая характеристика материала

Данная диссертационная работа выполнялась в соответствии с основным планом научно-исследовательской работы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и имеет научно-практическое значение. Данное диссертационное исследование проведено впервые в Республике Таджикистан, направлено на изучение морфологических и морфометрических характеристик структур желёз у человека в постнатальном онтогенезе на базе кафедры патологической анатомии и лаборатории патогистологии ГЦЗ № 2 в период 2010-2015 годов.

Дизайн исследования

Мы исследовали железистые структуры стенок кишечника ПСУ, полученного от секционного материала $n=137$ людей обоего пола и разного возраста, из них $n=77$ (56%) мужчин и $n=60$ (44%) женщин, которые поступили в судебно-медицинский морг ГУ Республиканской судебно-медицинской экспертизы ГЦЗ № 2 г. Душанбе. Люди, погибшие в результате асфиксии – 55 случаев, различные травмы – 48 случаев. ИБС и сердечно-сосудистая недостаточность - 24 случая, инсульт - 10 случаев. Во всех исследованных материалах - заболевания пищеварительной и иммунной систем, и онкологические заболевания отсутствовали. Червеобразный отросток обнаружили во всех исследованных материалах.

Объектом для гистологического исследования служил органокомплекс ПСУ, материалы собирались в течение 12-24 часов после смерти, в осенне-зимний период в судебно-медицинском МОРГ-е. Душанбе. Материалы для исследования собирались лично автором в течение 2010-2015 гг.

Материалом для исследования служило железистый аппарат слизистой оболочки стенки подвздошно-слепокишечного угла кишечника (ПСУ), полученного (секционный материал) от умерших людей $n=137$ обоего пола и разного возраста. Разделили на группы согласно возрастной периодизации, разработанной И.А. Аршавским и В.В. Бунаковом (1965) и утвержденной на 7-й научной конференции по возрастной морфологии, физиологии и биохимии (1966), (таблица 1).

Таблица 1. - Распределение исследуемого макро - микроскопическим и гистологическим методами материала по возрасту.

Возрастной период	Количество наблюдений
Новорожденный (1-10 дней)	11
Грудной возраст (10 дней-1год)	12
Ранний детский (1-3 года)	12
Первое детство (4-7 лет)	10
Второе детство (8-12 лет - мальчики, 8-11 лет - девочки)	10
Подростковый (13-16 лет – мальчики, 12 -15 лет- девочки)	12
Юношеский (17-21 год - юноши: 16-20 лет девушки)	11
Зрелый возраст, 1-й период (22- 35 лет – мужчины, 21-35 лет - женщины)	14
Зрелый возраст, 2-й период (36-60 лет – мужчины, 36-55 лет - женщины)	12
Пожилой (61-74 года – мужчины, 56-74 года женщины)	11
Старческий (75-90 лет- мужчины и женщины)	11
Долгожители (90 лет и старше)	11
Итого:	137

Методы исследования

Морфологические методы. Для изучения характеристики желёз ПСУ кишечника применяли методы макро-микроскопического, гистологического и морфометрического исследования. Материалом для исследования явился желёзистый аппарат кишечника ПСУ, который включает, дистальную часть тонкой кишки - подвздошную кишку длиной около 5см, проксимальную часть толстого кишечника - восходящая ободочная кишка длиной около 5см, слепую кишку и червеобразный отросток.

С помощью макро-микроскопических и гистологических исследований были исследованы железы кишечника ПСУ, железы в области мышечных лент и полуулунных складок слепой кишки (регионарные особенности) и в зонах подвздошно-слепокишечного, слепокишечно-аппендикулярного и слепокишечно-восходящего ободочного сфинктеров. Контролем для сравнения морфометрических показателей желёз сфинктерных зон являлись аналогичные параметры, полученные у желёз, находящихся в области купола слепой кишки.

Кроме основной группы наблюдений ($n=137$ случаев), мы изучили морфологию желёз слепой кишки у четырех людей 1-го зрелого возраста, на секционном материале был диагностирован редкий топографо-анатомический вариант кишечника (слепой кишки) - мегацекум, в соответствии с критериями

П.А. Романова (1987). При мегацекуме длина слепой кишki составляет 8-12 см, диаметр её 8-10 см. В качестве контроля (норматив) были взяты соответствующие показатели желёз слепой кишki у 1-го зрелого возраста при её нормальном топографо-анатомическом варианте (основная группа наблюдений).

Для исследования использовали макро-микроскопический и гистологический методы. Алгоритм изготовления макро-микропрепараторов у стенки кишечника ПСУ для изучения желёз слизистой оболочки макро-микроскопическим методом был следующий. Органокомплекс - кишечник и его окружающие мягкие ткани изымали после эвисцерации, по методу Г.В. Шора. Затем путём препарирования органокомплекса ПСУ получили его тотальный препарат. Изолированный препарат продольным разрезом вскрывали строго по его передней стенке.

Перед изготовлением тотального препарата из середины полученных фрагментов подвздошной и восходящей ободочной кишок проксимальной, средней и дистальной трети аппендиакса (из задней их стенки), области купола слепой кишki, сфинктерных зон ПСУ (подвздошно-слепокишечный, слепокишечно-аппендикулярный, слепокишечно-восходящеободочный сфинктеры) получили поперечные срезы по длине соответствующего органа, кусочки ткани, для гистологических исследований.

Для макро-микроскопических исследований желёз слизистой оболочки кишечника на препаратах органа сначала окрашивали по методу Р.Д. Синельникова (1948). На продольном разрезе стенку кишечника ПСУ, после промывания водой, поместили в стеклянную банку (объёмом 10л), с раствором 0,5% уксусной кислоты с 0,05% метиленовым синим. Железы окрашивали в течение 24-32 часов при комнатной температуре.

Чтобы получить равномерное окрашивание препаратов, положение их меняли при взбалтывании раствора. После окрашивания железы преобрели тёмно-чёрную, тёмно-синюю окраску, затем препараты фиксировали в течение 12 часов в растворе молибденово-кислого аммония. Затем сохранили в растворе глицерина и молибденово-кислого аммония в соотношении 1:1.

Микротопографию и микроанатомию желёз ПСУ изучали на микропрепаратах n=137 случаев. Полученные кусочки тканей в стенках органов ПСУ зашили в марлевый материал, с соответствующей биркой, записанной простым карандашом. Затем гистологическая проводка в спиртах восходящей концентрации; посли проводки, кусочки тканей залили парафином и придав им форму, приготовили парафиновые блоки; из блоков сделали серийные срезы с помощью микротома (по 6-9 срезов из каждого кусочка) толщиной 6-8микрон. Приготовленные срезы окрашивали гистологическими методами: гематоксилин-эозином, пикрофуксином по ванн-Гизону, Крейбергу (окраска альциановым синим), и импрегнация серебром по Гринелиусу.

2. 2.2. Морфометрический метод

Морфометрические исследования включали определение длины, ширины, площади и общего числа кишечных желёз на продольном и поперечном разрезах. Было исследовано процентное количество бокаловидных и абсорбционных клеток

на продольном разрезе. Учитывая малочисленность эндокринных (аргиофильных) клеток в составе железы, их количество не определяли. На каждом срезе соответствующие измерения проводили у 10 желёз с вычислением средней величины.

Вычисление среднеарифметического показателя применили при морфометрическом исследовании. Таким образом, вычислили достоверность разхождений среднеарифметических показателей путём доверительных интервалов по Г.Г. Автандилову (1984). Подлинность разхождений среднеарифметических значений проводилась путём доверительных интервалов. Вычисляли среднеарифметическое значение их ошибки.

Для изучения окрашенных микропрепараторов использовали бинокулярный стереоскопический микроскоп «МБС-9» и бинокулярный микроскоп «Olympus CX 21» в различных увеличениях с камерой DigitalMicroscopeCameraSpecificationMC-DO 48 U (E). На микропрепаратах подсчитывали количество кишечных желёз на площади просвета устья протока кишечной железы (10 измерений для каждого изученного отдела ПСУ с последующим вычислением среднего показателя). Для этого применили окуляр-микрометр.

Статистический метод

В работе была проверена правильность сбора материала, проведено морфометрическое исследование, содержащее вычисление среднеарифметического значения. Установление достоверности разхождений среднеарифметических показателей проводили путём доверительных интервалов по Г.Г. Автандилову (1984). Подлинность разхождений среднеарифметических величин проводилась путём доверительных интервалов. Вычисляли среднюю арифметическую величину, их ошибки.

Результаты и их обсуждение

Проведенное комплексное макро-микроскопическое, гистологическое и морфометрическое исследование позволило получить материалы по вопросам анатомии желез подвздошно-слепокишечного угла, области кишечника, находящейся в сфере пристального внимания клиницистов, что связано с высоким уровнем патологии этой области [Бронштейн Б.А., 1952; Александр Дж., Биндер Х. Дж., 1988].

Железы (крипты Либеркюна) располагаются на всем протяжении подвздошно-слепокишечного угла, находятся в толще собственной пластинки слизистой оболочки. Их базальная часть (дно) не доходит до мышечной пластинки слизистой оболочки.

На продольном их срезе железы их имеют трубчатую форму, на поперечном срезе – они преимущественно округлые, овальные. Согласно гистологической классификации, их можно отнести к простым (трубчатым) неразветвленным железам. Железы располагаются как между складками, так и в разных отделах складок слизистой оболочки, равномерно по периметру кишки.

Стенка желез, по нашим данным, представлена однослойным эпителием, расположенным на базальной мемbrane. Среди эпителиоцитов кишечных желез определяются бокаловидные, абсорбционные (преобладающие количественно),

недифференцированные эпителиоциты и эндокринные клетки, а у желез конечной части подвздошной кишки - клетки Панета, имеющейся лишь у желез конечной части подвздошной кишки. В этом плане мы подтверждаем данные А. Хэма, Д. Кормака (1983), З.А. Махмудова (2004) и других авторов.

Мы выявили микросинтотические особенности клеточного состава железы. Бокаловидные клетки располагаются на всем протяжении, включая и базальную часть, граничить друг с другом, абсорбционными и реже - с недифференцированными клетками. Форма бокаловидных клеток, различная, зависит от степени наполнения клетки слизистым секретом; при его максимальном наличии клетки шаровидные. Абсорбционные клетки граничат, преимущественно друг с другом, или с бокаловидными клетками, располагаются в ближайшей к устью части железы; недифференцированные клетки - базальной части, они граничат друг с другом и реже - с бокаловидными и эндокринными клетками.

Процентное количество этих клеток (5-7 у железы) стабильно почти не изменяется с возрастом и у различных отделов толстой кишки [Никитюк Д.Б., 1994]. Эндокриноциты кишечной железы располагаются в её базальной части. Эти клетки никогда не достигают просвета железы. Они малочисленны, их не более 0,5 -1,0% у железы, среди этих клеток имеются ЕС-, D-и А-, клетки(ГерманС.В., 1980), биологические активные вещества (серотонин, вазоинтестинальный полипептид, энтероглюкагон), вырабатываемые ими, регулируют секрецию желез, моторику кишки, включая её сфинктерный аппарат [ТрунбергЛ.А., 1989; КолесниковЛ.Л., 2000].

По нашим данным, строение железистого аппарата подвздошно-слепокишечного угла у человека характеризуется значительной регионарной, возрастной, индивидуальной изменчивостью. Полученные нами данные, выявляют регионарную специфичность желёз, располагающиеся в стенках ПСУ у человека не зависящую от возраста. Показано, что количественные (размерные) показатели у кишечных желез этой области максимальные у проксимального отдела восходящей ободочной кишки, несколько меньше – у слепой кишки, еще меньше – дистального отдела подвздошной кишки и минимальные – у аппендицса.

Так, количество кишечных желёз (на площади 1 кв. мм кишечной стенки) у людей разного возраста в стенках восходящей ободочной кишки больше, чем у слепой кишки в 1,1-1,4 раза ($p<0,05$), подвздошной кишки – в 1,3-1,7 раза ($p<0,05$), а, по сравнению с аппендицсом, больше в 1,5-1,9 раза ($p<0,05$). Длина кишечной железы восходящей ободочной кишки больше, чем у слепой (в 1,1-1,3 раза, $p<0,05$), подвздошной (в 1,2-1,4 раза, $p<0,05$) кишки и аппендицсом (в 1,5-2,7 раза, $p<0,05$); ширина железы соответственно в 1,1-1,2 раза ($p>0,05$); 1,2-1,3 раза ($p<0,05$),

Площадь кишечной железы на продольном срезе в стенках восходящей ободочной кишки больше, чем у слепой кишки в 1,1-1,2 раза ($p>0,05$), подвздошной кишки – в 1,2-1,3 раза ($p<0,05$), аппендицса -1,3-1,4 раза, ($p<0,05$); этот показатель на поперечном срезе железы у стенках восходящей ободочной кишки соответственно больше, чем в каждом из этих трех

компонентов ПСУ в 1,2-1,3 раза ($p < 0,05$); в 1,2-1,6 раза ($p < 0,05$) и в 1,6-1,7 раза ($p < 0,05$).

Количество эпителиоцитов на продольном срезе желёз восходящей ободочной кишки больше, чем у слепой кишки в 1,1-1,4 раза ($p < 0,05$), по сравнению с подвздошной кишкой в 1,2-1,4 раза ($p < 0,05$), аппендицом- больше в 1,5-1,6 раза ($p < 0,05$); на поперечном срезе железы, соответственно, в 1,1-1,2 раза ($p > 0,05$); 1,2-1,3 раза ($p > 0,05$) и 1,2-1,3 раза ($p < 0,05$). У желёз разных отделов ПСУ наблюдается и различное количество бокаловидных и абсорбционных клеток.

Процентное содержание абсорбционных клеток в составе железы на её продольном срезе восходящей ободочной кишки варьирует на протяжении постнатального онтогенеза от 27,4 до 54,4% всех эпителиоцитов железы, у слепой кишки этот показатель равен 25,2- 48,8%, подвздошной кишки – 23,4-37,4%, у аппендицса -20,5-34,3%.

Процентное количество бокаловидных клеток на продольном срезе кишечной железы восходящей ободочной кишки, по нашим данным, равняется 56,0-71,2%, у слепой кишки - 40,2-68,4%, подвздошной кишки – 43,-67,2%, аппендицса – 42,5-65,8%.

Площадь просвета устья кишечной железы человека на протяжении постнатального онтогенеза, по нашим данным, у восходящей ободочной кишки больше, по сравнению со слепой кишкой в 1,1-1,2 раза ($p > 0,05$) по сравнению с подвздошной кишкой - в 1,2-1,3 раза ($p < 0,05$), аппендицом- больше - в 1,3-1,4 раза ($p < 0,05$).

Наши морфометрические данные позволили выявить в стенках аппендицса проксимо-дистальное (от основания к верхушке) уменьшение количественно-размерных показателей желез. На протяжении постнатального онтогенеза количество кишечных желёз (на площадь 1 кв. мм) у проксимальной части кишечника в 1,1-1,4 раза больше ($p < 0,05$), чем у средней трети органа - в 1,5-1,9 раза больше ($p < 0,05$), аппендицом- больше - в 1,3-1,4 раза ($p < 0,05$) по сравнению с его дистальной третью.

Длина кишечной железы у проксимальной трети аппендицса больше, по сравнению средней третью (в 1,1-1,2 раза, $p < 0,05$) и дистальной третью средней трети органа (в 1,2-1,3 раза, $p < 0,05$), ширина железы соответственно - в 1,1-1,4 раза больше ($p < 0,05$) и в 1,3-1,6 раза больше ($p < 0,05$), (табл. 2).

Площадь кишечной железы на продольном срезе в стенках проксимальной трети аппендицса больше, чем у средней трети (в 1,2-1,5 раза, $p < 0,05$) и дистальной трети (в 1,5-1,8 раза, $p < 0,05$); на поперечном срезе железы соответственно - в 1,1-1,4 раза больше ($p < 0,05$) и в 1,3-2,3 раза ($p < 0,05$) больше.

Количество эпителиоцитов на продольном срезе кишечной железы у проксимальной трети аппендицса больше, чем у средней и дистальной трети (в 1,2-1,3 раза, $p < 0,05$ и в 1,3-1,6 раза, $p < 0,05$); этот же показатель на поперечном срезе железы в стенках аппендицса также уменьшается проксимо-дистальном направлении. Следует учитывать, что в этом направлении также достоверно

уменьшается диаметр аппендицса, его просвета и толщина стенок этого органа [РомановП.А., 1987].

По нашим данным, на протяжении аппендицса изменяется и клеточный состав (абсорбционных бокаловидных клеток), что сочетается со стабильным содержанием недифференцированных клеток в составе железы. Процентное содержание абсорбционных клеток у желез проксимальной трети аппендицса больше, чем у средней трети (в 1,1-1,4 раза, $p<0,05$) и дистальной трети (в 1,5-2,0 раза, $p<0,05$), что очевидно, отражает проксимо-дистальное уменьшение реабсорбционной функции, в реализации которой участвует железы [СапинМ.Р. и др., 2001].

Площадь просвета устья железы у проксимальной трети аппендицса больше, чем у средней (в 1,2-1,5 раза, $p<0,05$) и дистальной (в 1,3-1,8 раза, $p<0,05$) третей. Видимо, больший калибр просвета желёз в области основания аппендицса по сравнению с его верхушкой (дистальной третью), объясняется более крупным в целом размерами желёз проксимальной трети органа и соответственно, более активной дренажной функцией просвета железы.

Следует отметить, что наличие проксимо-дистального градиента размеров и количества желез характерно не только для аппендицса, но и для желез слизистых оболочек других органов; пищевода [Д.Б. Никитюк, 1989]. Трахеи и главных бронхов [АкматовТ.А., 1989], глотки [УсмановаА.М., 2004] и других органов.

Как известно, сфинктерные зоны кишечника находятся в поле зрения как морфологов [КолесниковЛ.Л., 2004; 2008], так и клиницистов [ВасиленкоВ.Х., ГребневА.Л., 1976], учитывая их роль в регуляции пассажа содержимого, «излюбленной областью» локализации опухолей, включая и злокачественные [ДавыдовскийИ.В., 1969].

Считается, что в области сфинктеров наблюдаются уменьшение просвета органа, увеличение толщины циркулярного слоя его стенки в сочетании с преимущественно косым расположением пучков миоцитов (или мышечных волокон), изменение характера слизистой оболочки (появление мелкоперистых складок и др.), увеличение концентрации сосудов микроциркуляторного русла [ЭтингенЛ.Е., НикитюкД.Б., 1999].

Данных о морфологии желёз в сфинктерных зонах пищеварительного тракта мало, а в области сфинктеров ПСУ вообще не было до настоящего исследования. Мы выявили анатомические особенности желез в сфинктерных зонах ПСУ; в области подвздошно-слепокишечного, слепокишечно-аппендикулярного и слепокишечно-восходящебодочного сфинктеров.

По нашим данным, в зоне подвздошно-слепокишечного сфинктера у людей разного возраста данный показатель в 1,2-1,4 раза больше ($p<0,05$) и дистальной трети в 1,5-2,0 раза, ($p<0,05$), слепокишечно-аппендикулярного сфинктера в 1,1-1,2 раза больше ($p>0,05$), слепокишечно-восходящебодочного сфинктера - в 1,1-1,43 раза больше ($p>0,05$), чем в области купола слепой кишки.

Длина кишечной железы в зоне подвздошно-слепокишечного сфинктера в 1,1-1,42 раза больше ($p<0,05$), а у остальных двух сфинктеров зон в большинстве возрастных групп 1,1-раза больше ($p>0,05$), чем в купола слепой кишки. У

трехуказанных сфинктеров зон определяется также тенденция к увеличению. По сравнению с куполом слепой кишки, площади кишечной железы на продольном срезе (в 1,1- 1,2 раза).

Количество эпителиоцитов стенки кишечной железы в зоне каждого из сфинктеров также в 1,1-1,2раза больше ($p<0,05$) в преимущественно большинстве возрастных групп, по сравнению с железами, располагающимся в области купола слепой кишки. Вероятно, увеличение размеров желез является одной из структурных характеристик сфинктеров этой области; подобные изменения описаны для желез сфинктеров прямой кишки [КурбановС.С., 2004]

Определяется также тенденция, в соответствии с которой все указанные выше количественные показатели в зоне подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, в области слепокишечно-восходящебодочного сфинктера несколько меньше, а у слепокишечно-аппендикулярного сфинктера – занимают промежуточное положение.

Мы выявили также регионарные особенности кишечных желёз, находящихся в области мышечных лент. В разных зонах полулунных складок слепой кишки, так, на протяжении постнатального онтогенеза количество кишечных желез (на площади 1 кв. мм кишечной стенки) в 1,1-1,2 раза больше, чем между лентами ($p<0,05$) в преимущественно большинство возрастных групп).

Площадь кишечной железы и количество эпителиоцитов на поперечном срезе железы, по нашим данным, в зонах лент больше, чем между ними (в 1,1- 1,2 раза, $p>0,05$). При этом все указанные показатели кишечных желез на протяжении постнатального онтогенеза и свободной, сальниковой и брыжеечной лент почти не отличается друг от друга.

Зоны мышечных лент имеют также более развитый нервный аппарат, здесь больше сосудов микроциркуляторного русла, по сравнению с соседними участками кишечной стенки, считается, что эти отделы стенки обладают высокой моторной активностью [БакаевН.А., 1973], являются своеобразными «водителями ритма» в организации кишечной моторики [БыковК.М., ДавыдовГ.М., 1935; Мельман Е.П. и др., 1962].

У желез, располагающихся на вершине полулунных складок слепой кишки их размеры больше, чем у тех, которые находятся в слизистой оболочке между складками. Так, у людей разного возраста в верхнем отделе полулунных складок длина кишечной железы в 1,1 раза($p<0,05$) ширина железы в 1,1- 1,2 раза больше ($p<0,05$), площадь железы на продольном срезе -в 1,1 раза ($p<0,05$), на поперечном срезе - в 1,1- 1,2 раза больше ($p<0,05$), чем эти показатели между складок.

У желёз, находящихся на вершине складок также наблюдается достоверно большее количество эпителиоцитов, а также площадь просвета устья железы. По мнению З.А. Махмудов (2004), верхние отделы полулунных складок, выступающие в просвете толстой кишки, в большей степени соприкасается при моторики с кишечным содержимом. По сравнению с более «глубокими» участками слизистой оболочки, расположенными между складками. Видимо, выступающие участки слизистой оболочки нуждаются в дополнительной защите слизистым секретом желез от действия кишечного содержимого.

Мы изучили возрастные особенности анатомии желез подвздошно-слепокишечного угла. Эти железы, полностью сформированные и многочисленные к рождению ребенка. У новорожденных детей, в частности, на площади 1 кв.мм кишечной стенки наблюдается у подвздошной кишки – $24,2 \pm 0,9$ железы, у слепой кишки – $29,7 \pm 1,4$ железы, у восходящей ободочной кишки $32,2 \pm 0,7$ желез и аппендицса- $21,7 \pm 0,8$ желез. Железы в этом возрасте активно выполняют секреторную функцию, что доказывается окраской гистологических срезов по Крейбергу (лазерово-голубой секрет в просвете желез).

В период новорожденности железы и других внутренних органов стенок ротовой полости – [Аттия А.Т., 1972], глотки – [Усманова А.М., 2003], пищевода – [Никитюк Д.Б. и др. 1986], также функционирует, что, очевидно, объясняется качественным изменением образа жизни, перехода организма к новым условиям существования и естественно, питания.

Размерно-количественные показатели желез ПСУ последовательно увеличивается, начиная с грудного возраста, и достигают максимальных на протяжении постнатального онтогенеза значений в 1-м периоде зрелого возраста. Количество кишечных желез в этом возрасте, по сравнению с новорожденными детьми, увеличивается у подвздошной кишки в 1,8 раза ($p < 0,05$), слепой кишки-в 1,8 раза ($p < 0,05$), восходящей ободочной кишки - в 2,3 раза ($p < 0,05$) и аппендицса – в 1,8 раза ($p < 0,05$).

Длина кишечной железы у людей 1-го зрелого возраста, по нашим данным, по сравнению с новорожденными детьми, в стенках у подвздошной кишки в 2,3 раза ($p < 0,05$), слепой кишки-в 2,4 раза ($p < 0,05$), восходящей ободочной кишки - в 2,7 раза ($p < 0,05$) и аппендицса – в 2,3 раза ($p < 0,05$) больше. Максимальное значение в 1-м периоде зрелого возраста имеют ширина кишечной железы, её площадь и количество эпителиоцитов (на поперечном и продольном срезах).

Считается, что в этом возрастном периоде максимального качественного и количественного развития достигают железы, располагающиеся в стенках полых (трубчатых) органов, что признается одной из закономерностей их морфогенеза [Сапин М.Р. и др., 2001].

Процентное содержание абсорбционных клеток в составе кишечных желез ПСУ также максимальное на протяжении всего ПСУ в 1-м периоде зрелого возраста, когда этот показатель у подвздошной кишки в 1,6 раза ($p < 0,05$), слепой кишки-в 1,9 раза ($p < 0,05$), восходящей ободочной кишки - в 2,0 раза ($p < 0,05$) и желез аппендицса – в 1,7 раза ($p < 0,05$). Можно предположить поэтому, что процессы реабсорбции жидкости, кристаллоидов, осуществляемые с участием абсорбционных клеток кишечных желез [Козлов В.И., 1987].

Площадь просвета устья железы в 1-м периоде зрелого возраста, по сравнению с периодом новорожденности, возрастает у подвздошной кишки в 3,2 раза ($p < 0,05$), слепой кишки-в 3,3 раза ($p < 0,05$), восходящей ободочной кишки - в 2,9 раза ($p < 0,05$) и аппендицса – в 3,1 раза ($p < 0,05$). Увеличения калибра просвета кишечных желез в этом возрасте, очевидно, отражает необходимость выведения значительного количества секрета в условиях максимального «структурного представительства» железы.

Начиная со 2-го зрелого возраста, выявляется признаки инволюции железистого аппарата ПСУ максимально выраженные в старческом возрасте и у долгожителей. В старческом возрасте, по сравнению с 1-м периодом зрелого возраста, происходит уменьшение количества желез, приходящихся на площадь 1 кв. мм стенки кишки. Этот показатель у желез подвздошной кишки уменьшается в 1,4 раза ($p<0,05$), слепой кишки-в 1,3 раза ($p<0,05$), восходящей ободочной кишки - в 1,4 раза ($p<0,05$) и аппендиекса – в 1,5 раза ($p<0,05$).

Длина кишечной железы снижается уподвздошной кишки в 1,2 раза ($p<0,05$), слепой кишки-в 1,1 раза ($p<0,05$), восходящей ободочной кишки - в 1,2 раза ($p<0,05$), у аппендиекса – в 1,7 раза ($p<0,05$). По сравнению с 1-м периодом зрелого возраста, в старости ширина железы у подвздошной кишки снижается в 1,6 раза ($p<0,05$), слепой кишки -в 1,3 раза ($p<0,05$), восходящей ободочной кишки - в 1,5 раза ($p<0,05$), у аппендиекса – в 1,7 раза ($p<0,05$).

В старческом возрасте и у долгожителей, по сравнению с 1-м периодом зрелого возраста, наблюдается достоверное уменьшение площади кишечной железы, количества эпителиоцитов в её стенках (на продольном и поперечном срезах) и процентного количества абсорбционных клеток. Напротив, на поздних стадиях постнатального онтогенеза наблюдается увеличение процентного числа бокаловидных клеток в составе кишечной железы. Происходит расширение просвета желез.

Так, по сравнению с 1-м периодом зрелого возраста, площадь просвета кишечной железы в старческом возрасте уподвздошной кишки, слепой кишки и восходящей ободочной кишки а также аппендиекса – в 1,2 раза ($p>0,05$). Уменьшение количества и размеров желез, снижение их секреторной активности, по мнению М.Р.Сапина, Д.Б. Никитюк (1993), является закономерностью их геронтогенза, свойственной для всех малых желез стенок пищеварительной, дыхательной систем, мочеполового аппарата.

Почти полное отсутствие дальнейшего уменьшения числа и размеров кишечных желез, изменения их клеточного состава у долгожителей, по сравнению с людьми старческого возраста, видимому, является частным выражением концепции И.В. Давыдовского (1969).

Согласно которой люди, перешедшие определенной возрастной рубеж (90 лет и старше), часто остаются достаточно биологически активными, сохраняют адекватный адаптационный потенциал.

Количество кишечных желез, их размерные показатели (длина, ширина, площадь, количество эпителиоцитов и др.) на всем протяжении ПСУ характеризуется значительной индивидуальной изменчивостью. Ее уровень (различия между индивидуальным максимумом и минимумом значений показателя) в зрелом, пожилом, старческом возрастах и у долгожителей существенно больше, чем у новорожденных детей, в грудном и раннем детском возрастах, когда эти показатели более однородны по значениям.

Существенно больший диапазон индивидуальной изменчивости размерных показателей желез у взрослых людей, по сравнению с детьми, отмечается и для

пищевода [НикитюкД.Б., 1989), ректо-сигмоидального отдела кишечника [КурбановС.С., 2004; Хушкадамов З.К., 2004].

По нашему мнению, это явление может быть связано с более однообразным ритмом и рационом питания в период новорожденности и грудном возрасте (молочное вскармливание), наличие вредных привычек у части населения во взрослом возрасте.

Мы изучили особенности анатомии желез слепой кишки при мегацекум – редком топографо-анатомическом варианте этого органа. Показали, что все количественно-размерные показатели желез уменьшаются. По сравнению с нормой у людей 1-го периода зрелого возраста количество кишечных желез (на площади 1 кв. мм стенки органа) уменьшается в 1,5 раза ($p<0,05$), ширина её - в 1,4 раза ($p<0,05$), площадь железы на продольном срезе - в 1,3 раза ($p<0,05$), на поперечном срезе – в 1,5 раза ($p<0,05$).

При мегацекум, по сравнению с нормой, происходить уменьшение количества эпителиоцитов как продольном, так и поперечном срезах желёз (в 1,2 раза, $p<0,05$), процентного количества абсорбционных клеток (в 1,2 раза, $p<0,05$), некоторое увеличение при мегацекум процентного числа бокаловидных клеток при мегацекум, видимо, имеет компенсаторное значение, учитывая необходимость защиты покровного эпителия от кишечного содержимого в условиях стаза, типичного для этого варианта слепой кишки [РомановП.А., 1987]. Выявленные признаки «морфологической регрессии» железистого аппарата слепой кишки (уменьшение размеров и числа желез и т.д.), связанно, возможно и увеличением содержания гнилостных и других форм микроорганизмов, подавляющих секрецию желез [GorbachS.L.etal., 1967]. Это соответствует общему уменьшению толщины стенки органа, атрофии слизистой оболочки при этом варианте органа [МахмудовЗ.А., 2004].

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Определяется регионарная специфичность размеров и количества кишечных желез, расположенных в области подвздошно-слепокишечного угла у человека, находясь в тесных микротопографических взаимоотношениях с лимфоидной тканью. В составе эпителиальной выстилки преобладают количество бокаловидных абсорбционных и недифференцированных клеток, малочисленные эндокринные клетки и клеток Панета и встречаются лишь в дистальном отделе подвздошной кишки. Бокаловидные клетки расположены ближе друг к другу на всем протяжении железы, кроме этого граничат с абсорбционными клетками, и очень редко граничат с недифференцированными клетками[1-А;3-А; 4-А;5-А; 9-А]

2. У новорождённых кишечные железы в области подвздошно-слепокишечного угла полностью сформированы. Их число, длина, ширина железы, её площадь и число эпителиальных клеток (на продольном и поперечном срезах), процентное число абсорбционных клеток в составе железы максимальные в 1-м зрелом возрасте. Потом постепенно происходят инволютивные изменения железистого аппарата этой области. Эти изменения

наиболее выражены в пожилом, старческом возрасте и у долгожителей. Размерные показатели кишечных желёз в период долгожительства почти не отличается от старческого возраста. [1-А; 2-А; 5-А; 9-А]

3. В зонах подвздошно-слепокишечного, слепокишечно-аппендикулярного и слепокишечно-восходящебодочного сфинктеров число кишечных желёз (на площади 1 кв. мм.стенки), длина кишечных желёз, её площадь и число эпителиоцитов на продольном срезе, больше на протяжении постнатального онтогенеза, чем в области купола слепой кишки. Эти количественные показатели максимальны у подвздошно-слепокишечного сфинктера, минимальны – у слепокишечно-восходящебодочного, а у слепокишечно-аппендикулярного сфинктера они занимают промежуточное положение [1-А; 3-А; 5-А;]

4. В области мышечных лент слепой кишки на протяжении постнатального онтогенеза человека всегда число кишечных желёз (на площади 1 кв. мм.стенки), и площадь кишечной железы и число эпителиальных клеток (на её поперечном срезе), площадь просвета устья железы больше, чем между лентами. У желёз, располагающихся на вершине полуулунных складок слепой кишки, их длина, ширина, площадь и число эпителиальных клеток (на продольном и поперечном срезах), площадь просвета их устья больше, чем между складками [2-А 3-А; 5-А; 7-А; 9-А;].

5. При мегацекуме людей 1-го зрелого возраста наблюдается уменьшение по сравнению с нормой численность кишечных желёз слепой кишки, (на площади 1 кв. мм.стенки) длина, ширина железы, её площадь и число эпителиальных клеток в составе железы (на продольном и поперечном срезах) снижается. Площадь просвета устья железы, процентное количество абсорбционных клеток в её составе. При мегацекуме в составе кишечной железы происходит увеличение процентного количества бокаловидных клеток [2-А; 6-А; 7-А; 8-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

Результаты исследования могут быть использованы в качестве нормативов при анализе секционного и биопсийного материала. Значение анатомии желёз подвздошно-слепокишечного угла способствует лучшему пониманию патоморфогенеза многочисленных заболеваний этой области, полезно патологоанатомам, гистологам, гастроэнтерологам и клиницистам. Полученные в работе материалы могут использоваться в курсе лекций и практических занятий для студентов медицинских ВУЗов и слушателей ФПКа.

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А] Тагайкулов Э.Х. Микроанатомия и клеточный состав желёз аппендикса у человека / Э.Х. Тагайкулов // Вестник Авиценны. Научно-практический журнал. – 2011. – №2. – С. 115-118.

[2-А] Тагайкулов Э.Х. Хусусиятхой сохтори гадудхой куррұдаи одам баъди таваллуд / Э.Х. Тагайкулов, С.Т. Ибодов, М.Н. Шералиев, Г.А.Бобоева // Авчи Зұхал. Научно-практический журнал. – 2016. – № 3. – С. 56-59.

[3-А] Тагайкулов Э.Х. Регионарные анатомические особенности структур желёз сфинктерных зон подвздошно-слепокишечного угла у человека в постнатальном онтогенезе. / Э.Х. Тагайкулов, Х.Ю. Шарипов, Т.Ю. Козлова, С.Т. Ибодзода// Здравоохранение Таджикистана. Научно-практический журнал. – 2020. – №4. – С. 60-66.

[4-А] Тагайкулов Э.Х. Хусусиятҳои канории масоҳати резишгоҳи равзанаи гадуди рӯдаҳо дар девораи қунци тихигоҳу куррӯда дар одамони синашон гуногун / Э.Х. Тагайкулов, Х.Ю. Шарипов, С.Т. Ибодзода, Р.Р. Ахмедова // Авчи Зӯҳал.Научно-практический журнал. – 2020. – № 4.– С. 98-103.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[5-А] Тагайкулов Э.Х. Морфологические особенности желез в сфинктерных зонах подвздошно-слепокишечного угла / Э.Х. Тагайкулов., С.Т. Ибодов, Д.Б. Никитюк // Сборник научных тезисов 58-й годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Душанбе, – 2010.

[6-А] Тагайкулов Э.Х. Макро-микроскопическая характеристика желёз слепой кишки при мегацекуме / Э.Х. Тагайкулов, Ф. Фуркатзод, С.Т. Ибодов // Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов. Сибирский государственный медицинский университет // – Томск, май – 2011. – С. 256-259.

[7-А] Тагайкулов Э.Х. Особенности строения желёз слепой кишки у человека в постнатальном онтогенезе / Э.Х. Тагайкулов, С.Т. Ибодов, Х.А. Боронов // Сборник научных тезисов 60-й годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. «Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки» – Душанбе, ноябрь 2012. – С. 134-137.

[8-А] Тагайкулов Э.Х. Строение желёз слепой кишки у человека при мегацекуме / Э.Х. Тагайкулов, С.Т. Ибодов, Д.Б. Никитюк // Материалы 62-й годичной научно-практической конференции, Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, посвящённой 20-летию Конституции Республики Таджикистан. – Душанбе, ноябрь 2014. – С. 221-223.

[9-А] Регионарные особенности площади устья просвета кишечной железы в стенке подвздошно-слепокишечного угла кишечника у людей разного возраста / Э.Х. Тагайкулов, С.Т. Ибодов, Х.Ш. Хакназаров, Ахмедова Р.Р. // Материалы 66-й годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе, ноябрь 2018. – С. 128.

Список сокращений и условных обозначений

ГОУ	государственное образовательное учреждение
ГЦЗ	городской центр здоровья
ПСУ	подвздошно-слепокишечный угол
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
РТ	Республика Таджикистан
ТГМУ	Таджикский государственный медицинский университет

**МДТ «ДОНИШГОХИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОЧИКИСТОН БА НОМИ
АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК: 611. 344/ 346/ 348; 611. 018. 72

Ба ҳукми дастнавис

**ТАҒОЙҚУЛОВ
ЭРКИНЖОН ХОЛИҚУЛОВИЧ**

**ТАВСИФИ МОРФОЛОГИИ ДАСТГОХИ ҒАДУДИИ КУНЧИ
ТИҲИГОҲУ ҚЎРРУДА ДАР ОДАМ ДАР ОНТОГЕНЕЗИ ПОСТНАТАЛӢ**

АВТОРЕФЕРАТ

барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илми тиб
аз рӯйи ихтисоси 14.03.01 – Анатомияи одам

Душанбе-2021

Диссертатсия дар кафедраи анатомияи патологии МДТ «Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Ибодов Сайдмуқим Тиллоевич - доктори илми тиб, профессори кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти илмии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимов МДТ «Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ:

Усмонов Мулло
доктори илмҳои тиб, профессор

Ашурев Каҳрамон Эргашевич

номзади илмҳои тиб, дотсент, профессори кафедраи анатомияи одам ва терминологияи тибии лотини ба номи Я.А. Раҳимов МДТ «Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муассисаи тақриздиҳанда: Донишкадаи давлатии тибии Самарқанд, Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Ӯзбекистон.

Ҳимояи диссертатсия «_____» соли 2021 соати _____ дар ҷаласаи Шӯрои диссертационии 6D.KOA-057, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139

Бо матни диссертатсия дар китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ба нишонии 734064, ш. Душанбе, хиёбони Сино 30/1 ва сомонаи расмии муассиса (www.tajmedun.tj) шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» с. 2021 фиристода шуд.

**Котиби илмии шӯрои
диссертационӣ,
д.и.т., дотсент**

Ҳалимова Ф.Т.

Муқаддима

Мубрамият ва зарурати баргузории таҳқиқот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Дастигоҳига дудиисистемаи ҳозимадар раванди ҳазми хӯрок нақши калидиро ба дӯш гирифта, кунци тиҳигоҳу кӯррӯда (КТК) яке аз мавзеъҳои муҳимми ин қитъа ба ҳисоб меравад. Ҳарчанд таҳқиқотҳои бешуморе ба ин мавзӯй бахшида шуда бошанд ҳам, аммо то имрӯз дар доираи адабиёти илмӣ оид ба масъалаҳои табииати соҳторӣ-функционалии ғадудхое, ки дар девораи системаҳои ҳозимаю нафаскашӣ ва дастигоҳи пешоб қарор гирифтаанд, иттилооти нокифояе вучуд дорад [Қурбонов С.С., 2002; Усмонова А.М., 2003; Хушқадамов З.К., 2004; Абдуллоев А.С., 2006; Ибодов С.Т., 2008; Боронов Х.А., 2009; Мирзоева С.Р., 2009; Казансев И.Б. ва диг., 2010;].

Ба ақидаи муҳаққиқон, мавзӯи таҳқиқи ҳамаи ҷузъҳои соҳтории бахши мазкурро маҳз ғадудҳои бешумори он ташкил медиҳанд [Витебский Я.Д., 1973; Байтингер В.Ф., Аксененко А.В., 1994; Маҳмудов З.А., 2005; Колесников Л.Л., 2008]. Дар марзи рӯдаҳои борику ғафс КТК бо нақши ҷиддию физиологии худ зоҳир мегардад, ки дорои дастигоҳи қавии сфинктерӣ (сфинктерҳои тиҳигоҳӣ-кӯррӯдай, кӯррӯдай-кулунии болораванда, кӯррӯдай-аппендикулярий) буда [Шодиев Э.Т., 2001; Колесников Л.Л., 2008; Шепелев А.Н., Дронова О.Б., Фатеева С.В. 2018; Мартинов В.Л. ва диг. 2015; Jelbert A. et al., 2008], гузаргоҳи муҳтавии рӯдоро таҳти назорат гирифтааст [Сакс Ф.Ф., 1994; Колесников Л.Л., 2006; Мартинов В.Л. ва диг. 2009; Jelbert A. et al., 2008].

Ҳамчунин бояд ин нуктаро дар мадди назар гирем, ки шоҳаи кирмшакл — узви муҳимтарину канории системаи масуният ва лимфоэпителиявӣ ҷузъи соҳтории КТК, ба ҳисоб меравад [Никитюк Д. Б., 2000; Сапин М.Р, Бородин Ю.И., 2012; Грин В.Г., 2012; Костиленко Ю.П., Грин В.Г., 2012; Гусейнов Т.С., 2020].

Илова бар ин, КТК макони зоҳиргардии ҳолатҳои гуногуни патологӣ ва соҳоти зуд-зуд пайдошавии омосҳоест, ки айни замон рӯй ҷониби афзоиш доранд [Каприн А.Д. [ва диг.], 2017; Тотиков З.В. ва диг., 2019; First N., 1999]. Ғадудҳои рӯдавӣ пойгоҳи анатомии инкишофи омосҳои бадсифат - аденокарсиномаба шумор мераванд [Симмерман Я.С., 2012; Суқонко О.Г., Красний С.А., 2012; Тотиков З.В. ва диг., 2014; Simon J.B., 1989 Schmol H.J. et al., 2012].

Иҳтилототи гуногуни функционалӣ — баугиноспазм, нокифоя будани сфинктери тиҳигоҳӣ-кӯррӯдай, рефлюкс-энтерит [Содиков Я.С., 2015; Қурбонов К.М. ва диг., 2016; Қурбонов К.М. ва диг., 2017] муҳим мебошанд. Дарки дурусти қонунмандиҳои патоморфогенгез бе доштани дониши морфологияи патологӣ имконнопазир аст [Давидовский И.В., 1969; Елисеев А.С., 1979; Сисян А.Б., 2006].

Маълумотҳои вобаста ба соҳту анатомияи ғадудҳои бахши мазкур, тавре ки дар адабиётҳои илмӣ ишора шудааст, хеле кам ба назар расид; маълумотҳои мавҷудаи даҳлдор ҳангоми омӯзиши маводи аз ҷиҳати патологӣ тағийирёфта [Маҳмудов З.А., 2005] танҳо дар шахсони синнашон

хоси гурӯҳҳои гуногун [Никитюк Д.Б., 1996, 2009] ба даст омадаанд. Ғадудҳои кӯррӯда зимни мегатсекум — варианти нодири топографӣ-анатомии рӯдаи ғафс, пеш аз ин таҳқиқ наёфта буданд [Романов П.А., 1987]. Ҳамаи нуктаҳои дар боло баёншуда боис гаштанд, то ҳадафу вазифаҳои таҳқиқи мазкур тасвият ёбад.

Дараҷаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Айни замон дар адабиёти илмӣ нишондиҳандаҳои меъёрӣ, аз он ҷумла микдорӣ-андозавии ғадудҳо бо дарназардошти тағиироти синнусолӣ ба таври бояду шояд пешниҳод нагаштааст [Сапин М.Р. ва диг., 2001; Ellis H., Mahadevan V., 2014]. Ноҳияҳои сфинктер яке аз бахшҳои нисбатан камомӯхташудае дар заминаи хусусиятҳои соҳтории ғадуд мебошанд: тиҳигоҳӣ-кӯррӯдай, кӯррӯдай-қулунии болорав, кӯррӯдай-аппендикулярӣ зимни марҳалаҳои гуногуни онтогенез. Ба ақидаи морфологҳо [Маҳмудов З.А., 2008; Колесников Л.Л., 2008; Межидов У.С., 2009; Казансев И.Б., 2011; Шепелев А.Н. ва диг., 2018] ва клинитсистҳо [Мартинов В.Л. ва диг., 2015] нақши сфинктерҳои КТК аз танзими ҳаракати муҳтавӣ қад-қади гузаргоҳи рӯда иборат буда, ҳамаашон дар роҳи бозгашти муҳтавӣ монеа эҷод ҳоҳанд намуд.

Нокифоягии клапани тиҳигоҳӣ-кӯррӯдай ба ҳаракати баръакси химус-рефлюкси энтерит мусоидат намуда [Сотников А.А. ва диг., 2010; Каган И.И. ва диг., 2013; Содиков Я.С., Назирбоев К.Р., 2015;], зимнан дарознокии тамос бо луобпарда ҳам дар ҳоли меъёр ва ҳам дар аснои патология, аз ҷумла ҳангоми мавҷудияти колит, аденомаи патдор, аденокарсинома [Ханевич М.Д. ва диг., 2008; Суқонко О.Г., Красний С.А., 2012; Океанов А.Е. ва диг., 2014], зимни мавҷудияти аппендитсити шадиду музмин, карсиноид [Сисян А.Б., 2006; Мартинов В.А., ва диг., 2015; Азнаурян А.В., Мартиросян А.Г., 2016; Shukla P.J., et al., 2008; Nidni Amrita. et al., 2016;], сил ва нозологияҳои дигар афзоиш ҳоҳад ёфт [Сисян А.Б., 2006; Мартинов В.А., ва диг., 2015; Азнаурян А.В., Мартиросян А.Г., 2016; Shukla P.J., et al., 2008; Nidni Amrita. et al., 2016;].

Эҳтимолан донистани патоморфогенези бемориҳои мазкур ҳам метавонад бар мавҷудияти маълумотҳои боэътиҳод, муосир ва дақиқ оид ба маҳсусиятҳои бунияи тавсифоти микдорӣ-андозавии ғадудҳои ноҳияи сфинктер такя кунад, ки ба бахши мазкуру меъёрии КТК даҳл доранд.

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқ. Зимниҷараёни таҳқиқаз усулҳоимакро-микроскопӣ, гистологӣ ва морфометрӣ истифода бурдем. Ҳангоми таҳияи диссертатсия таҳқиқоти макро-микроскопии ғадудҳоро бар пои препаратҳои васеи узви даҳлдор ба кор андохта, қаблан онҳоро ба сурати интиҳобӣ аз рӯйи усули Р.Д. Синелников (1948) рангмой кардем. Буришҳоро тавассути гематоксилин-эозин ва пикрофуксин аз рӯйи усулҳои ванн Гизон, Крейберг (рангкунӣ бо ёрии алсиани қабуд), Гримелиус (реаксияи симандудкунӣ) ранг задем.

Ба асоси таҳқиқи морфометрӣ дарозиҳои муайян, бари ғадуди рӯда, масоҳат ва микдори умумии ҳуҷайраҳои эпителиявиро дар доҳили девораҳои он (бар рӯйи буришҳои арзию тӯлии ғадуд), микдори дарсадии ҳуҷайраҳои ҷомшакли ҷабандаро бар рӯйи буриши тӯлии он ҳисоб кардем.

Тасаввур намудани бунияи сохторӣ ва қонунмандиҳои морфогенези ғадудҳои кунци тиҳигоҳу қӯррӯдаи одам зимни онтогенези постнаталӣ танҳо ба туфайли бунёди методологии усулҳои интихобшуда имконпазир гардид.

Бо дарназардошти тавсияҳои Автандилов Г.Г. (1984), таҳлили омории маълумотҳои ҳосилшударо такмил додем. Қиматҳои миёнаи арифметикиӣ (X) ва ҳатоҳои онҳо (S_x)-ро ҳисоб карда, боэътиҷод будани тафовутҳои вобаста ба бузургиҳои арифметикиро аз рӯйи усули интервалҳои боваринок ба амал баровардем.

Тавсифи умумии диссертатсия

Максади таҳқиқот: таҳқиқикомплексииташклии сохторӣ ва қонунмандиҳои морфогенези ғадудҳои кунци тиҳигоҳӣ-қӯррӯдавии одамзимни онтогенези постнаталӣ буд.

Объекти таҳқиқот: дастгоҳи ғадудӣ дар девораҳои КТК-и рӯдаҳо ташкил дод, ки аз часади 137 одами синну солашон гуногун, аз он ҷумла 77 мард (56%) ва 60 зан (44%) ба даст омада, ҳамаи онҳо ба часадҳонаи Муассисаи давлатии Экспертизаи ҷумҳуриявии судӣ-тиббии Маркази шаҳрии саломати (МШС)-и № 2, воқеъ дар шаҳри Душанбе, ворид гашта буданд.

Миқдори марги аз асфиксия руҳдодаи (гарқшавӣ, меҳаникӣ)-и одамон дар 55 маврид, аз зарбулат (кататравма, автотравма, травмаи вобаста ба роҳи оҳан) дар 48 маврид, аз БИД ва нокифоягии дилу рагҳо дар 24 маврид ва аз инсулт дар 10 маврид мебошад. Сабаби маргро ба асоси хуносай экспертизаи тиббӣ-судӣ муайян намуданд. Зимни маводи барои муоина интихобшуда ҳодисаҳое вучуд надоштанд, ки ба сабаби онҳо бар бахш амрози системаҳои ҳозимаву масуният, бемориҳои саратонӣ ба қайд расида бошанд. Ҳамчунин дар мавриди чор одами марбут ба давраи аввали балоғат мегатсекум ба асоси меъёрҳои П.А. Романов (1987) қайд гардид. Мавод тӯли солҳои 2010-2015 шаҳсан тавассути муаллиф гирдоварӣ шудааст.

Мавзӯи таҳқиқот: дастгоҳи ғадудии девораи рӯдаҳои вобаста ба КТК-и одаме, ки таҳти онтогенези постнаталӣ ва мегатсекум қарордошта буд.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани анатомияи макро-микроскопӣ ва топография, нишондиҳандаҳои андозавии ғадудҳои кунци тиҳигоҳӣ-қӯррӯдавии одам.
2. Ошкор сохтани ҳусусиятҳои синнусолии сохтори ғадудҳои кунци тиҳигоҳӣ-қӯррӯдавӣ.
3. Муайян намудани маҳсусиятҳои анатомии ғадудҳо дар ноҳияҳои марбут ба сфинктерҳои қӯррӯдавӣ, қӯррӯдавӣ-суудишакл.
4. Намоёндани маҳсусиятҳои мавзеии сохтори ғадудҳое, ки дар шуъбаҳои гуногуни чин ва наворҳои бағалии қулун қарор доранд.
5. Ба доираи таҳқиқ қашидани сохтори ғадудҳои қӯррӯда зимни мегатсекум.

Усулҳои таҳқиқот Зимнитаҳияи диссертатсияз усулҳои макро – микроскопӣ, гистологӣ ва морфометрӣ истифода бурдем.

Соҳаи таҳқиқ. Ба шинономаи КОА дар назди Президенти ҶТ аз рӯйи ихтисоси 14.03.01 - Анатомияи одам мутобиқат дорад: 1. Таҳқиқи сохтор,

макро- ва микротопографияи узвҳо, шуъбаҳои онҳо, ҷузъҳои сохтории гунгун дар одам; 2. Муайян намудани меъёрҳои сохтори бадан, қисмҳои он, узвҳо, ҷузъҳои онҳо (дар ҳадди меъёр) бо дарназардошти типологияи синнусолӣ-чинсӣ ва навъҳои дигари он; 3. Таҳлил ва градатсияи вариантҳои гуногун, махсусиятҳои инфириодӣ ва аномалияҳои сохтории бадани одам; 4. Муайян намудани дигаргуниҳои анатомии бадан ва қисмҳои он зимни онтогенез; 6. Омӯхтани тафийирпазирии сохторҳои анатомӣ зимни филогенез.

Марҳалаҳои таҳқиқот. Таълифи диссертатсия ба таври марҳилавӣ сурат гирифт. Дар марҳалаи якум маълумоти илмии мавҷуд дар осори даҳлдор оид ба мавзӯи мазкур омӯхта шуда, дар марҳалаи дуюм мавзӯю ҳадафи диссертатсия шаклу сурати зарурӣ касб карда, ҳамчунин усули таҳқиқи макро-микроскопӣ фаро гирифта шуд. Марҳалаи сеюм фарогири таълифи консепсияи муқаддимаю бобҳои диссертатсия, инчунин хулосаю натиҷаҳо ба ҳисоб омад. Зимни раванди кор бар рӯйи диссертатсия марҳалаҳои даҳлдори таҳқиқ инъикоси худро дар мақолаҳои ҷудогонаи муаллиф пайдо намуданд.

Пойгоҳи асосии иттилоотию таҳқиқотӣ

Диссертатсияҳое, ки дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон дифоъ шудаанд, аз қабили таълифоти Қурбонов С.С. (2002), Хушқадамов З.К. (2004), Боронов Ҳ.А. (2009), Ибодов С.Т. (2010) пойгоҳи асосию иттилоотии асари моро ташкил доданд. Инчунин мақолаҳои дар мачаллаҳо, маводи конфронтсҳо, симпозиумҳо чопшуdae, ки ба мавзӯи морфологияи ғадудҳои рӯдавии одам зимни давраи постнаталӣ даҳл доранд, ба ин қатор медароянд.

Таҳқиқоти мазкур дар пойгоҳи кафедраи анатомияи патологии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», МШС №2 ва лабораторияи патогистологӣ тайи солҳои 2010-2015 ичро карда шуд.

Эътиомнокии натиҷаҳои диссертатсия. Боэътиомноди натиҷаҳоизимни кори диссертатсия ҳосилшуда бинобар боваринок будани маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқ, такмили омории натиҷаи таҳқиқ ва маводи чопӣ тасдиқи худро меёбанд. Хулосаю дар асоси таҳлили илмӣ, натиҷаи маълумотҳои морфологӣ ва морфометрии вобаста ба ғадудҳои КТК устувор гашта, махсусиятҳои синнусолӣ, ноҳиявӣ ва инфириодии онҳо, нишондиҳандаҳои миқдорӣ ва таркиби ҳуҷайравии ғадудҳо омӯхта шуд.

Навғонии илмӣ. Бори аввал дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси маводи нисбатан фаровону мутаносибан интиҳобшудаи амалий ва таҳқиқоти анҷомёфта имконияти ошкор соҳтани маълумотҳои комплексии макро-микроскопӣ, гистологӣ ва морфометрӣ оид ба ғадудҳои КТК-и одам дар ҳадди меъёр ба миён омад. Маълумотҳои меъёрии даҳлдор, параметрҳои анатомии ғадудҳо, махсусияти синнусолӣ, ноҳиявӣ ва инфириодии онҳо, нишондиҳандаҳои миқдорӣ ва таркиби ҳуҷайравии ғадудҳо ба даст омаданд.

Тавре ки мо муқаррар намудем, дар миёни ҳамаи ҷузъҳои сохтории КТК-и ғадудҳои бахши проксималии қулуни болораванда дорои нишондиҳандаҳои нисбатан намоёни миқдорӣ буда, нишондиҳандаҳои ғадудҳои аппендиқс мутаносибан камтар мебошанд, аммо дарозӣ, бар, масоҳат ва миқдори ҳуҷайраҳои эпителияви (дар буриши тӯлию арзӣ)-и марбут ба ғадудҳои аппендиқс дар самти проксималий-дисталий (дар наздикии қисми болоии узв) коҳиш меёбанд.

Ҳамчунин ошкор гардид, ки ғадудҳои ноҳияҳои марбут ба сфинктери КТК нисбат ба ғадудҳои ноҳияҳои ҳамсоя (гунбазҳои кӯррӯда) андозаи бештар доранд, ки бо набудани фарқият дар таркиби ғадудии қитъаҳои мазкур мувофиқ меояд: андозаи ғадудҳои сфинктери тиҳигоҳӣ-кӯррӯдай дар қиёс бо андозаи сфинктерҳои қӯррӯдай-аппендикулярий ва маҳсусан назар ба сфинктерҳои қӯррӯдай-кулунии болораванда қалон мебошад.

Тавре ки мо ошкор соҳтем, маҳсусиятҳои морфологии ғадудҳо дар қуллаи чинҳои ҳилолшакл, навоҳии лентаи мушакии кӯррӯда (дарозию параметрҳои дигарашон назар ба ғадудҳои ноҳияҳои ҳамсоя қалонтар мебошад), ки дастгоҳи ғадудӣ дар лаҳзай навзодӣ аз рушди даҳлдор барҳӯрдор буда, зимни марҳалаи 1-уми синни балогат дорои нишондиҳандаҳои максималии миқдорӣ мебошад (масоҳати ғадуд дар сатҳи буриш, миқдори ҳӯҷайраҳои абсорбсионӣ ва гайра).

Мо ба таври илова маҳсусиятҳои морфологии геонтогенези ғадудҳои қитъаи мазкуро мӯқаррар намудем, ки ба сурати коҳишёбии миқдори ғадудҳои рӯдавӣ, дарозию бари ғадуд, масоҳати он ва миқдори ҳӯҷайраҳои эпитнелиявӣ, васеъшавии гузаргоҳи ғадуд зоҳир мегарданд. Вучуд надоштани фарқият дар нишондиҳандаҳои миқдории ғадудҳо, ки хоси дарозумронанд, қиёсан бо пиронсолон нишон дода шуд.

Мӯқаррар гадид, ки ғадудҳои қӯррӯда зимни мегатсекум дар ҳоли «таназзули морфологӣ» қарор дошта, андоза, миқдор ва шумораи ҳӯҷайраҳои эпитнелиявӣ аз ҳадди меъёр хеле кам мебошад.

Аҳамияти назарии таҳқиқот бо онтаъийн мегардад, кидар асоси бештари маводи моддӣ ва мутносибан интихобшудатаҳқиқот сурат гирифта, мӯқарраротиназариявию методологӣ, хулосаю тавсияҳои дар диссертатсия пешниҳодшуда ҳамчун нишондиҳандаҳои меъёрии ғадудҳои рӯда дар ноҳияи КТК истифода гашта метавонанд, ҳамчунин истифодаи маводи мазкур дар курси лексияҳо ва машғулиятҳои амалий барои донишҷӯёни мактабҳои олии тиббӣ ва шунавандагони КФА аз эҳтимол дур наменамояд.

Аҳамияти амалии таҳқиқот бо он муайян мегардад, муҳтавои он ҳамчун намунаи меъёр зимни таҳлили маводи сексионии биопсиявӣ истифода гашта метавонад, инчунин ғадудҳои рӯдаи КТК ба дарки беҳтари патоморфогенези бемориҳои бешумори бахши мазкур мусоидат намуда, барои патологоанатомҳо, гистологҳо, гастроэнтерологҳо ва клинитсистҳо муғид воқеъ ҳоҳад гашт.

Нуқтаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Кунци тиҳигоҳу қӯррӯда бо мавҷудияти дастгоҳи рушдёфтai ғадуд тавсиф меёбад. Ғадудҳои бахши ибтидоии қулуни болораванда дорои нишондиҳандаҳои бузурги миқдорӣ буда (дарозӣ, бар, масоҳат ва ғ.), аммо аппендилик аз муҳити нисбатан камтари ҷузъҳои соҳтории КТК барҳӯрдор аст.
2. Рушду инкишофи максималии дастгоҳои ғадудии КТК ба давраи 1-уми синни балогат рост омада, сипас дигаргуниҳои инволютивии онҳо оғоз ҳоҳад ёфт.

3. Сарфи назар аз синну сол, дар самти проксимо-дисталӣ андозаи миқдории ғадудҳои мавҷуд бар рӯйи девораи шоҳаи кирмшакл коҳиш меёбад.
4. Ғадудҳои бахши сфинктерҳои КТК нисбат ба қитъаҳои мучовири девораи рӯда андозаи қалонтар доранд.
5. Ғадудҳои қӯррӯда зимни мегатсекум дар ҳоли «регрессияи морфологӣ» қарор дошта, андоза, миқдор, шумораи хӯчайраҳои эпителии вияшон дар қиёс бо ҳадди меъёр хеле кам мебошад.

Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия. Муаллифшахсандар кори ҷамъоварии маълумотҳои ибтидой барои амали гардонидани пажӯҳиши илмӣ саҳм гирифтааст. Диссертант ба таври мустақилона гирдоварӣ, такмил ва таҳлили адабиёти дастрасро анҷом дод. Аз рӯйи натиҷаҳои назариявию методологии пажӯҳиш дар конференсияҳои илмӣ-амалии сатҳи байнамилалӣ, ҷумҳуриявӣ, минтақавӣ, байнидонишгоҳӣ ва донишгоҳӣ маърӯзаи илмӣ кардааст.

Таъииди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.

Муқаррароти асосии диссертатсия дар конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавону донишҷӯён бо ширкати байнамилалии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (2010), конференсияҳои солонаи илмӣ-амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо ширкати байнамилалӣ (2012, 2014, 2018); конференсияҳои илмӣ-амалий бо ширкати байнамилалӣ ироа ва баррасӣ гашт.

Ҷаласаи комиссияи байникафедравиу проблемавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» оид ба фанҳои назариявӣ, 15.09.2020, суратмаҷлиси №2.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Чопи натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи маводи диссертатсия 9 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳои илмии тақризшавандае, ки ба феҳрасти тавсиядодаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон шомил гаштаанд, ба чоп расид.

Ҳаҷм ва соҳтори диссертатсия. Диссертатсия дар 158 саҳифаи матни компьютерӣ дарҷ ёфта, аз муқаддима, тавсифи умумии асар, шарҳи адабиёт, маводу усули таҳқиқ, бобҳои вобаста ба пажӯҳишҳои ҳусусӣ, баррасии натиҷаҳои ҳосилшуда, ҳулосаю рӯйхати адабиёт иборат буда, 193 манбаъро дар бар ги рифтааст, ки аз ин 147 номгӯй ба муаллифони ватанию ИДМ ва 47 номгӯй ба муаллифони ҳориҷӣ тааллуқ дорад. Диссертатсия 37 ҷадвал ва 24 расмро дар бар мегирад.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Маводу усулҳои таҳқиқ. Дастиғиҳадудии лубордари девораи қунци тиҳигоҳу қӯррӯда (КТК), ки аз ҳисоби часад (маводи бахш)-и фавтидагони ҳар ду ҷинс n=137 ва синнашон гуногун ба даст омадааст, ҳамчун маводи таҳқиқ истифода гашт. Мувоғиқи даврабандии синнусолие, ки аз ҷониби И.А Аршавский ва В.В. Бунаков (1965) таҳия гаштааст, дар конференсияи 7-уми илмӣ оид ба морфологияи синнусолӣ, физиология ва биохимия (1966), ба тасвив расидааст, онҳоро ба давраҳои даҳлдор ҷудо намудем.

Чадвали 1. - Тақсимбандии маводи таҳти таҳқиқ аз рӯйи усулҳои микромакроскопию гистологӣ ба асоси синну сол

Давраи синнусолӣ	Миқдори мушоҳидаҳо
Навзодон (аз 1 то 10-рӯзагӣ)	11
Синни ширхорагӣ (аз 10-рӯзагӣ то 1-солагӣ)	12
Бачагии бармаҳал (аз 1 то 3-солагӣ)	12
Бачагии якум (аз 4 то 7-солагӣ)	10
Бачагии дуюм (писарон аз 8 то 12-сола, духтарон аз 8 то 11-сола)	10
Наврасӣ (писарон аз 13 то 16-сола, духтарон аз 12 то 15-сола)	12
Навҷавонӣ (писарони навҷавон аз 17 то 21-сола: духтарон аз 16 то 20-сола)	11
Синни балофат, давраи 1-ум (мардҳо — аз 22 то 35-сола, занҳо — аз 21 то 35-сола)	14
Синни балофат, давраи 2-юм (мардҳо — аз 36 то 60-сола, занҳо — аз 36 то 55-сола)	12
Куҳансолон (мардҳо — аз 61 то 74-сола, занҳо — аз 56 то 74-сола)	11
Пирӣ (аз 75 то 90-сола ба шумули марду зан)	11
Дарозумрон (90-сола ва болотар аз он)	11
Ҳамагӣ:	137

Мо дастгоҳи ғадудии мавҷуд дар девораҳои КТК-и рӯдаҳоро таҳқиқ намудем, ки аз часадҳо $n=137$ -и одамони синну солашон гуногун, аз он ҷумла $n=77$ мард (56%) ва $n=60$ зан (44%) ба даст омада, ҳамаи онҳо ба морги Муассисаи давлатии Экспертизаи ҷумҳурӣявии судӣ-тиббии Маркази шаҳрии саломатӣ (МШС) № 2, воқеъ дар шаҳри Душанбе, ворид гашта буданд. Шаҳсони фавтида онҳое мебошанд, ки ба сабаби асфиксия – 55 маврид, зарбулатҳои гуногун – 48 маврид, БИД ва нокифоягии дилу рагҳо – 24 маврид ва инсулт – 10 маврид ҷони худро аз даст додаанд. Амрози системаҳои ҳозимаю масуният ва бемориҳои онкологӣ ба маводи таҳқиқро наёфтанд. Дар ҳамаи маводи таҳти таҳқиқ аппендиқсро ошкор намудем.

Органокомплекси КТК ҳамчун объекти муоинаи гистологӣ ба кор рафта, маводи заруриро тӯли 12-24 соати пас аз фарорасии марг, дар мавсими тирамоҳу зимиston аз морги судӣ-тиббии шаҳри Душанбе ҷамъоварӣ кардем.

Усулҳои таҳқиқот

Усулҳои морфологӣ. Барои омӯзишиҳусусиятҳои ғадудҳои КТК-и рӯдаҳо аз усулҳои макро-микроскопӣ, гистологӣ ва морфометрӣ истифода бурдем. Дастроҳи ғадудии рӯдаҳои КТК ҳамчун маводи аввалияни таҳқиқ ба ҳисоб омад, ки бахши дисталии рӯдаи борик — рӯдаи тиҳигоҳии дарозияш тақрибан баробари 5 см, бахши проксималии рӯдаи гафс, қулуниболоравандай дарозияш тақрибан 5 см, қӯррӯда ва аапендиқсро ҳамчун маводи таҳқиқ ба худ ҳамроҳ намуд.

Ғадудҳои рӯдаҳои КТК, ғадудҳои мавҷуд дар қитъаи лентаи мушакиу чинҳои ҳилолшакли кӯррӯда (маҳсусиятҳои регионарӣ) ва дар ноҳияи сфинктерҳои тиҳигоҳӣ-куррӯдай, кӯррӯдай-аппендикуляри, кӯррӯдай-кулунии болораванда бо ёрии усулҳоимакро-микроскопӣ, гистологӣ ва морфометрӣ таҳқиқ гаштанд.

Параметрҳои ҳамсоне, ки аз ҳисоби ғадудҳои воқеъ дар гунбази кӯррӯда ба даст омадаанд, барои муқоисаи нишондиҳандаҳои морфометрии ғадудҳои ноҳияҳои сфинктер чун унсури санчиш ҳисоб ёфтанд.

Мо, бар иловаи гурӯхи асосии мушоҳида ($n=137$ маврид), морфологияи ғадудҳои кӯррӯдаро дар чор одами мансуб ба давраи 1-уми балогат омӯхтем. Ба асоси маводи бахши даҳлдор варианти ниҳоят нодири топографӣ-анатомии рӯдаҳо (кӯррӯда) — мегатсекум ташхисгузорӣ шуд, ки бо меъёрҳои П.А. Романов (1987) мутобиқ меояд. Ҳангоми мавҷудияти мегатсекум дарозии кӯррӯда аз 8 то 12 см-ро ташкил дода, қутри он ба 8-10 см мерасад. Нишондиҳандаҳои ҳамсони ғадудҳои кӯррӯдаро аз гурӯхи 1-уми синнусолии балогат зимни мавҷудияти варианти мӯтадили топографӣ-анатомии он (гурӯхи асосии мушоҳида) ба сифати санчиш (меъёр) гирифтем.

Барои анҷом додани пажӯҳиш аз усулҳои макро-микроскопӣ ва гистологӣ истифода бурдем. Алгоритми омодасозии макро-микропрепаратҳои девораи рӯдаҳои КТК барои омӯхтани ғадудҳои луобпарда тавассути усули макро-микроскопӣ чунин буд: органокомплекс — рӯдаҳо ва бофтаҳои атрофи онҳоро пас аз эвиссератсия ба асоси усули Г.В. Шору берун овардем. Баъдтар аз роҳи ташреҳи органакомплекс — КТК препарати мукаммали онро ҳосил намудем. Препарати тавассути буриши тӯли ҷудошударо дақиқан аз рӯйи девораи пешӣ он чок намудем.

Пеш аз омодасозии препарати мукаммал ба асоси ҳиссаи миёнаи порчаҳои ҳосилшуда аз рӯдаҳои тиҳигоҳию қулуни болораванда, ки ба сеяки аппендики проксимали, миёна ва дистали (аз девораи пушти онҳо), бахшҳои гунбазии кӯррӯда, ноҳияҳои сфинктерии КТК (сфинктерҳои тиҳигоҳӣ - кӯррӯдай, кӯррӯдай – аппендикуляри, тиҳигоҳӣ – қулунии болораванда) тааллуқ доранд, барои анҷом додани пажӯҳиши гистологӣ порчаҳои арзиеро ба дарозии узви даҳлдор ҳамчун тиккаи бофтавӣ ба даст овардем. Ба хотири амали гардонидани муоинаҳои макро-микроскопии ғадудҳои луобпардаи рӯдаҳо қаблан сатҳи препаратҳоро аз рӯйи усули Р.Д. Синелников (1948)

ранг кардем. Девораи рӯдаҳои КТК-ро дар сатҳи буриши арзӣ (кундаланг) аввал бо об шуста, сипас ба даруни банкаи шишагие (бо ғунҷоиши 10 л) бар рӯйи оби равон гузоштем, ки аз маҳлули 0,5% кислотаи сирко дар якҷоягӣ бо маҳлули 0,05% метилени кабуд иборат буд. Ғадудҳоро тӯли 24-32 соат таҳти ҳарорати хона ранг задем.

Ба хотири рангкунии баробари препаратҳо тавассути такондани маҳлул вазъро тағиیر додем. Баъд аз он ки ғадудҳо таҳти таъсири рангкунӣ тобиши сиёҳи тира ва кабуди тираво ба худ гирифтанд, препаратҳоро тӯли 12 соат дар маҳлули аммонияи молидении турш маҳкам кардем. Сипас онҳоро дар таркиби маҳлул таносуби глитсерин ва аммонияи молибдении турш бо таносуби 1:1 нигоҳ доштем.

Микротопография ва микроанатомияи ғадудҳои КТК-ро дар микропрепаратҳо дар $n=137$ ҳолат омӯхтем. Порчаҳои ҳосилшудаи бофтавиро дар девораи узвҳои КТК бар рӯйи матои докагӣ дӯхтем, ки дорои тахтачай даҳлдор буда, сатҳаш бо қалам навишта шудааст. Баъди дар спирт оғӯштани концентратсияи тулӯъкунанда онро ба даруни блокҳои парафинӣ реҳтем, сипас аз блокҳои парафинӣ тавассути микротоми чанадор бофтапораҳоро таҳия намудем (аз ҳар як порча 6-9 бофтапора), ки ғафсии ҳар қадомашон 6-8 микрон мебошад. Бар рӯйи бофтапораҳои ҳосилшуда аз рӯйи усули умумии гистологӣ ранг молидем: бо ёрии гематоксилин-эозин, пикрофуксин аз рӯйи усули ванн-Гизон, Крейберг (рангмолӣ бо ёрии алсиани қабуд) ва импрегнатсия тавассути нуқра аз рӯйи усули Гримелиус.

Усули морфометрӣ. Таҳқиқи мофометрӣ аз он иборат буд, кидарозӣ, бар, масоҳат ва шумораи умумии ғадудҳои рӯда бар рӯйи бофтапораҳои тӯлию арзӣ муайян гардонда шавад. Дар таркиби ғадуд кам будани шумораи ҳӯҷайраҳои эндокрини (аргирофилий)-ро ба назар гирифта, миқдори онҳоро муайян накардем. Бар рӯйи ҳар як бофтапора ченкуни дахлдорро дар мавриди 10 ғадуд бо ҳисоб кардани бузургии миёна ба амал баровардем.

Зимни татбики пажӯҳиши морфометрӣ ҳисобкуни миёнаю арифметикии нишондиҳандаҳоро ба кор бурдем. Ҳамин тариқ, боэътиҳод будани фарқиятҳои бадали нишондиҳандаҳои миёнаи арифметикиро тавассути интервалҳои боэътиҳод — аз рӯйи усули Г.Г. Автандилов (1984) амалӣ гардондем. Ҳақиқӣ будани фарқу бадали ифодаҳои миёнаи арифметикиро тавассути интервалҳои боэътиҳод ба исбот расондем. Ифодаҳои миёнаи арифметикиро ҳамроҳ бо саҳву хатоҳояшон ҳисоб кардем.

Барои омӯхтани микропрепаратҳои ранг кардашуда микроскопи бинокуляриву стереоскопии «МБС-9» ва микроскопи бинокулярии «OlympusCX 21»-и афзояндаҳояш гуногунро тавъям бо камераи DigitalMicroscopeCameraSpecificationMC- DO 48 U (Е) истифода намудем. Бар рӯйи микропрепаратҳо миқдори ғадудҳои рӯдаҳо ва дар сатҳи майдони гузаргоҳ резишгоҳи маҷрои ғадуди рӯдавиро ҳисоб кардем. Бо ин мақсад аз окуляр-микрометр истифода бурдем.

Усули омор. Дар ин таълифот дурустии гирдоварии мавод санчида шуда, таҳқиқи морфометрие анҷом ёфт, ки дорои ҳисобкуни ифодаи миёнаи арифметикий мебошад. Муқаррар намудани боварибахшии фарқиятҳои нишондиҳандаҳои миёнаи арифметикиро аз тариқи интервалҳои боэътиҳод бар пояи усули Г.Г. Автандилов (1984) анҷом додем. Ҳақиқӣ будани фарқиятҳои ифодаҳои миёнаи арифметикиро тавассути интервалҳои боэътиҳод ба исбот расондем. Ифодаҳои миёнаи арифметикиро ҳамроҳ бо саҳву хатоҳояшон ҳисоб кардем.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Таҳқиқоти анҷомёфтаю комплексии макро-микроскопӣ, гистологӣ ва морфометрӣ ин имконро фароҳам соҳт, то маводи марбут ба масоили анатомияи ғадудҳои кунҷи тиҳигоҳу кӯррӯда, инчунин баҳши барои клинитсистҳо хеле ҷолиби рӯдаҳоро ба даст орем, ки ҳолати мазкур бо сатҳи баланди патологияи мазкур бастагӣ дорад [Бронштейн Б.А., 1952; Александр Ҷ., Биндер Х. Ҷ., 1988].

Ғадудҳо (криптаҳои Либеркюн) дар тамоми дарозии кунци тиҳигоҳу кӯррӯда ҷойгир шуда, дар ғафсии навардчаи хусусии луобпарда мавқеъият доранд. Бахши пойгоҳии онҳо (қаър) то навардчаи мушакии луобпарда рафта намерасад.

Ғадудҳо дар сатҳи буриши дарозрӯяшон шакли лӯларо ба худ нагирифта, дар сатҳи арзӣ онҳо бештар ба сурати муддаввар ё байзашакл намудор мешаванд. Мутобиқи таснифи гистологӣ, онҳоро ба ғадудҳои оди (лӯлавӣ)-ю тақсимношуда нисбат додан мумкин аст. Ғадудҳо ҳам дар байни чинҳо ва ҳам дар шуъбаҳои гуногуни пардаҳои чиндору луобӣ, баробар бо периметри рӯда ҷойгир мешаванд.

Тибқи маълумотҳои мо, девораи ғадудҳо ба сурати эпителияи якқабатае намудор гашта, дар рӯйи мембранаи пойгоҳӣ ҷой гирифтааст. Дар миёни эпителиотситҳои ғадудҳои рӯдаҳо навъҳои ҷомшакл, абсорбсионӣ (миқдоран зиёд мебошанд), тафриқаношудаи эпителиотсит ва ҳуҷайраҳои эндокринӣ шиносой гашта, аммо дар мавриди ғадудҳои қисми ниҳоии рӯдаи тиҳигоҳӣ ҳуҷайраҳои Панет ба назар мерасанд, ки танҳо дар таркиби ҳуҷайраҳои қисми ниҳоии рӯдаи тиҳигоҳӣ мавҷуданд. Мо дар ин маврид маълумотҳои А. Ҳэм, Д. Кормак (1983), З.А. Маҳмудов (2004) ва муаллифони дигарро тасдиқ мекунем.

Мо маҳсусиятҳои микроскопии таркиби ҳуҷайравии ғадудро муайян намудем. Ҳуҷайраҳои ҷомшакл ба дарозии тамоми бахш, аз ҷумла, ба шумули қисми пойгоҳӣ, мавқеъ гирифта, бо яқдигар, инчунин ҳуҷайраҳои абсорбсионӣ ва камтар бо навъҳои тафриқанашаванда дар ҳасояғӣ қарор доранд. Шакли ҳуҷайраҳои ҷомшакл гуногун буда, аз дараҷаи бо усораи луобӣ пур гаштани ҳуҷайра бастагӣ дорад; зимни мавҷудияти максималии он ҳуҷайраҳо шакли курравӣ ба худ мегиранд. Ҳуҷайраҳои абсорбсионӣ бештар бо яқдигар ё бо ҳуҷайраҳои ҷомшакл ҳаммарз буда, дар қисми наздик ба резишгоҳи ҳуҷайра мавқеъ мегиранд; ҳуҷайраҳои тафриқанашаванда ба қисми пойгоҳӣ наздик буда, онҳо бештар бо яқдигар ва ахёнан бо ҳуҷайраҳои ҷомшаклу эндокринӣ мучовир буда метвонанд.

Миқдори дарсадии ҳуҷайраҳои мазкур (5-7 адад дар назди як ғадуд) дар шуъбаҳои гуногуни рӯдаи ғафс ҳам бо гузашти синну сол тақрибан ҳеч гоҳ тағиیر намеёбад [Никитюк Д.Б., 1994]. Эндокринотситҳои ғадуди рӯдаҳо дар қисми пойгоҳии он ҷойгир мешаванд. Ҳуҷайраҳои мазкур ҳеч гоҳ то гузаргоҳи ғадуд роҳ намеёбанд. Онҳо камшумор буда, ададашон дар таркиби ҳуҷайра аз 0,5 - 1,0% бештар нест, дар миёнашон ҳуҷайраҳои ЕС-, D- ва А- ба назар мерасанд (Герман С.В., 1980), моддаҳои фаъоли биологияе (серотонин, полипептиди вазоинтестиналий, энтероглюкагон), ки тавассути худи онҳо ҳосил мешаванд, тарашшуҳи ғадуду моторикаи рӯдаро, ба шумули дастгоҳи сфинктерии он, танзим менамоянд [Трунберг Л.А., 1989; Колесников Л.Л., 2000].

Мувофиқи маълумотҳои мо, соҳтори дастгоҳи ғадудии кунци тиҳигоҳу кӯррӯда дар инсон бо дараҷаи тағиирёбандагии ба ҷашм намоёни музофотӣ, синнусолӣ ва инфириодӣ тавсиф меёбад. Маълумотҳои ҳосилнамудаи мо маҳсусияти минтақавии ғадудҳоеро намоён месозад, ки дар девораҳои КТК-и ҳоси инсон қарор дошта, ба синну сол ҳеч вобастагӣ надоранд. Ин нукта

собит гаштааст, ки нишондиҳандаҳои миқдорӣ (андозавӣ) ба иртиботи ғадудҳои рӯдаҳои қитъаи мазкур дар ин бахш, инчунин дар шуъбаи проксималии қулуни болораванда максималӣ буда, дар қӯррӯда нисбатан, вале дар шуъбаи дисталии рӯдаи тиҳигоҳ боз ҳам камтар ба назар расида, дар қӯррӯда ба ҳадди минималӣ мерасанд.

Ҳамн тарик, миқдори ғадудҳои рӯдаҳо (ба масоҳати 1 мм мураббаи девораи рӯда) дар инсонҳои синну солаш гуногун бар рӯйи девораи қулуни болораванда нисбат ба қӯррӯда ба андозаи 1,1-1,4 маротиба ($p<0,05$), нисбат ба рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 1,3-1,7 маротиба ($p<0,05$), аммо дар қиёс бо аппендиҳис 1,5-1,9 маротиба ($p<0,05$) бештар мебошад. Дарозии ғадуди рӯдаҳои қулуни болораванда назар ба қӯррӯда (ба надозаи 1,1-1,3 маротиба, $p<0,05$), назар ба рӯдаи тиҳигоҳӣ (ба андозаи 1,2-1,4 маротиба, $p<0,05$) ва назар ба аппендиҳис (ба надозаи 1,5-2,7 маротиба, $p<0,05$) бештар мебошад; бари ғадуд мутаносибан ба андозаи 1,1-1,2 маротиба ($p>0,05$); 1,2-1,3 маротиба ($p<0,05$) бештар аст.

Масоҳати ғадуди рӯдаҳо бар рӯйи буриши арзӣ дар девораи қулуни болораванда назар ба қӯррӯда ба андозаи 1,1-1,2 маротиба ($p>0,05$), назар ба рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 1,2-1,3 маротиба ($p<0,05$), назар ба аппендиҳис 1,3-1,4 маротиба ($p<0,05$) бештар мебошад; ҳамин нишондиҳанда бар рӯйи буриши арзии ғадуд дар девораи қулуни болораванда аз ҳар қадоми ин се ҷузъи КТК мутаносибан ба андозаи 1,2-1,3 маротиба ($p<0,05$); 1,2-1,6 маротиба ($p<0,05$) ва 1,6-1,7 маротиба ($p<0,05$) бештар мебошад.

Миқдори эпителиотситҳо дар буриши қундаланги ғадудҳои қулуни болораванда назар ба қӯррӯда ба андозаи 1,1-1,4 маротиба ($p<0,05$), дар қиёс бо рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 1,2-1,4 маротиба ($p<0,05$), назар ба аппендиҳис ба андозаи 1,5-1,6 маротиба ($p<0,05$) бештар мебошад; бузургии мазкур бар рӯйи буришҳои қундаланг ғадуд мутаносибан ба андозаҳои 1,1-1,2 ($p>0,05$); 1,2-1,3 ($p>0,05$) ва 1,2-1,3 маротиба ($p<0,05$) зиёдтар аст. Дар ғадудҳои шуъбаҳои гуногуни КТК низ миқдори гуногуни ҳуҷайраҳои ҷомшаклу абсорбсионӣ ба мушоҳида мерасад.

Фоизи муҳтавии ҳуҷайраҳои абсорбсионӣ дар таркиби ғадуд, бар дар буриши қундаланги он, ки ба қулуни болораванда тааллук дорад, дар дарозни онтогенези постнаталӣ аз 27,4 то 54,4% ҳамаи эпителиотситҳои ғадуд дакка меҳӯрад, ҳамин нишондиҳанда дар робита бо қӯррӯда ба андозаи 25,2-48,8%, дар робита бо рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 23,4-37,4%, дар робита бо аппендиҳис ба андозаи 20,5-34,3% баробар меояд.

Тибқи маълумотҳои мо, дарсадии миқдории ҳуҷайраҳои ҷомшакл бар рӯйи буриши арзии ғадуди рӯдаҳои қулуни болораванда ба 56,0-71,2%, дар қӯррӯда ба 40,2-68,4%, дар рӯдаи тиҳигоҳ ба 43,-67,2%, дар аппендиҳис ба 42,5-65,8% баробар меояд.

Масоҳати гузаргоҳи даҳанаи ғадуди рӯдаҳои одам дар дарозни онтогенези постнаталӣ, мувофиқи маълумоти мо, дар қулуни болораванда қиёсан бо қӯррӯда ба андозаи 1,1-1,2 маротиба ($p<0,05$) дар муқоиса бо рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 1,2-1,3 маротиба ($p<0,05$), дар қиёс бо аппендиҳис ба андозаи 1,3-1,4 маротиба ($p<0,05$) бештар мебошад.

Маълумотҳои морфометии мо ин имконро фароҳам оварданд, то ин ки дар девораи аппендиқс коҳиши проксимо-дисталии нишондиҳандаҳои миқдорӣ-андозавии ғадудҳоро (аз сатҳи пойгоҳ ба самти қулла) ошкор созем. Миқдори ғадудҳои рӯдаҳо дар дарознои онтогенези постнаталӣ (дар массоҳати 1 мм мураббаъ) ба иртиботи бахши проксималии рӯдаҳо назар ба сяки миёнаи узв ба андозаи 1,5-1,9 маротиба зиёдтар ($p < 0,05$) буда, дар мавриди аппендиқс ба андозаи 1,3-1,4 маротиба нисбат ба сяки дисталии он бештар ($p < 0,05$) аст.

Дарозии ғадуди рӯдаҳо дар мавриди сяки проксималии аппендиқс қиёсан бо сяки миёна бештар (ба андозаи 1,1-1,2 маротиба, $p < 0,05$) ва қиёсан бо сяки дисталию миёнаи узв зиёдтар (ба андозаи 1,2-1,3 маротиба, $p < 0,05$) буда, бари ғадуд мутаносибан ба андозаҳои 1,1-1,4 маротиба ($p < 0,05$) ва 1,3-1,6 маротиба ($p < 0,05$) бештар аст.

Масоҳати ғадуди рӯдаҳо бар рӯйи буриши тӯлонӣ дар девораи сяки проксималии аппендиқс назар ба сяки миёна (ба андозаи 1,2-1,5 маротиба, $p < 0,05$) ва назар ба сяки дисталий (ба андозаи 1,5-1,8 маротиба, $p < 0,05$) бештар мебошад; бузургии мазкур бар рӯйи буриши арзии ғадуд мутаносибан ба андозаҳои 1,1-1,4 ($p < 0,05$) ва 1,3-2,3 маротиба ($p < 0,05$) зиёдтар мебошад.

Миқдори эпителииотситҳо бар рӯйи буриши арзии ғадуди рӯдаҳои вобаста ба сяки проксималии аппендиқс назар ба сякҳои миёнаю дисталий бештар аст (ба андозаҳои 1,2-1,3 маротиба, $p < 0,05$ ва 1,3-1,6 маротиба, $p < 0,05$); айни ҳамин нишондиҳанда бар рӯйи буриши арзии ғадудҳои марбут ба девораҳои аппендиқс ҳамчунин дар самтҳои проксималий-дисталий коҳиш меёбад. Ин нуктаро бояд аз мадди назар дур насолзем, ки дар ин самт ҳамчунин қутри аппендиқс, гузаргоҳи он ва ғафсии девораи узви мазкур ба таври боварибахш коҳиш меёбад [Романов П.А., 1987].

Тибқи маълумотҳои мо, бар рӯйи дарознои аппендиқс ҳамчунин таркиби хуҷайравӣ (хуҷайраҳои абсорбсионии ҷомшакл) дучори тағиирот мегардад, ки бо муҳтавии доимии хуҷайраҳои тафриқанашавандай таркиби ғадуд мувоғиқ меояд. Дарсадии муҳтавии хуҷайраҳои абсорбсионӣ дар ғадудҳои сяки проксималии аппендиқс назар ба сякҳои миёна (ба андозаи 1,1-1,4 маротиба, $p < 0,05$) ва дисталий (ба андозаи 1,5-2,0 маротиба, $p < 0,05$) бештар мебошад, ки ҳолати мазкур табиатан коҳиши проксимо-дисталии функцияи реабсорбсиониро инъикос намуда, дар амалий гардонидани он ғадудҳо ширкат мекунанд [Сапин М.Р. ва диг., 2001].

Майдони гузаргоҳи даҳанаи марбут ба сяки проксималии аппендиқс назар ба навъҳои миёна (ба андозаи 1,2-1,5 маротиба, $p < 0,05$) ва дисталий (ба андозаи 1,3-1,8 маротиба, $p < 0,05$) бештар мебошад. Гумон меравад, ки қутри қалонтари гузаргоҳи ғадудҳо дар қитъаи асоси аппендиқс назар ба қуллаи он (сяки дисталий) бо қалон будани нисбии андозаи ғадудҳои сяки проксималии узв ва мутаносибан бо фаъолнокии бештарти функцияи дренажкунии даҳанаи ғадудҳо тавсиф меёбад.

Бояд қайд намуд, ки мавҷуд будани градиенти проксимо-дисталии андоза ва миқдори ғадудҳо на танҳо ба аппендиқс, балки боз барои ғадудҳои

луобпардаи узвҳои дигар хос мебошад: сурхрӯда [Д.Б. Никитюк, 1989], хирною бронҳои дигар [Акматов Т.А., 1989], ҳалқум [Усмонова А.М., 2004] ва узвҳои дигар.

Тавре ки маълум аст, ноҳияҳои сфинктери рӯдаҳо таҳти назари ҳам морфологҳо [Колесников Л.Л., 2004; 2008] ва ҳам клинитсистҳо [Василенко В.Х., Гребнев А.Л., 1976] қарор дорад, ки ҳолати мазкур бо пеши назар овардани нақши онҳо дар танзими пассажи муҳтавӣ, «қитъай писандида»-и чойгиришаввии омосҳо — ба шумули навъҳои бадсифати он,—пайдид меояд [Давыдовский И.В., 1969].

Мутахассисон чунин мешуморанд, ки дар қитъай сфинктерҳо коҳиши гузаргоҳи узв, афзоиши ғафсии қабати сиркулярии девораи он бештар ҳамроҳ бо мавқеъгирӣ каҷи бандҷаи мотситҳо (ё наҳҳои мушакӣ), тағийирёбии ҳусусияти луобпарда (зоҳиргардии чинҳои патҳояшон хурд ва ғайра), афзоиши концентратстияи рагҳои маҷрои микросиркуляторӣ мушоҳида мегардад [Этинген Л.Е., Никитюк Д.Б., 1999].

Маълумотҳои вобаста ба морфологияи ғадудҳо дар ноҳияи сфинктерҳои КТК-и дастгоҳи ҳозима камтар буда, аммо дар ноҳияи сфинктерҳои КТК то замони анҷом додани таҳқиқоти мазкур аслан вучуд надоштанд. Мо ҳусусиятҳои анатомии ғадудҳоро дар ноҳияҳои сфинктерии КТК, сфинктерҳои тиҳигоҳӣ-кӯррӯдай, кӯррӯдай-аппендикулярий ва кӯррӯдай-қулунии болораванда ошкор соҳтем. Тибқи маълумотҳои мо, дар ноҳияи сфинктери тиҳигоҳӣ-кӯррӯдавии одамони синну солашон гуногун нишондиҳандаи мазкур ба андозаи 1,2-1,4 маротиба ($p<0,05$) дар сеяки дисталий ба андозаи 1,5-2,0 маротиба ($p<0,05$), дар сфинктери кӯррӯдай-қулунии болораванда ба андозаи 1,1-1,43 маротиба ($p>0,05$) нисбат ба ноҳияи гунбази кӯррӯда бештар мебошад.

Дарозии ғадуди рӯдаҳо дар ноҳияи сфинктери тиҳигоҳӣ-кӯррӯдавӣ ба андозаи 1,1-1,42 маротиба ($p<0,05$), аммо дар ду ноҳияи сфинктерии боқимонда ба иртиботи бештари гурӯҳҳои синнусолӣ ба андозаи 1,1 маротиба бештар ($p>0,05$) аз гунбази кӯррӯда мебошад.

Дар мавриди се ноҳияи сфинктерии номбаршуда ҳамчунин тамоюли афзоиш ба назар мерасад. Масоҳати ғадуди рӯдаҳо дар буриши арзӣ қиёсан бо гунбази кӯррӯда ба андозаи 1,1-1,2 маротиба бештар мебошад.

Миқдори эпителиотситҳои девораи ғадуди рӯдаҳо дар ноҳияи ҳар кадоме аз сфинктерҳо ҳамчунин ба андозаи 1,1-1,2 маротиба ($p<0,05$) дар аксарияти гурӯҳҳои синнусолӣ назар ба ғадудҳое бештар аст, ки дар ноҳияи қуллаи гунбази кӯррӯда қарор доранд. Эҳтимол меравад, ки афзоиши андозаи ғадудҳо яке аз ҳусусиятҳои хоси сфинктерҳои ноҳияи мазкур мебошад; тағйиротҳои ба ин монанд дар мавриди ғадудҳои сфинктери рӯдаи рост тавсиф ёфтаанд [Қурбонов С.С., 2004].

Ҳамчунин тамоюле ба роҳ афтодааст, ки мутобики он ҳамаи нишондиҳандаҳои миқдории пеш аз ин зикршуда дар ноҳияи сфинктери тиҳигоҳӣ-кӯррӯдай баланд, дар ноҳияи сфинктери кӯррӯдай-қулунии болораванда андаке камтар буда, аммо дар сфинктери тиҳигоҳӣ-аппендикулярий мақоми мобайниро ишғол менамоянд.

Мо ҳамчунин махсусиятҳои минтақавии ғадудҳои рӯдаҳоиеро ошкор соҳтем, ки дар қитъаи наворҳои мушакии он ҷой доранд. Дар ноҳияҳои гуногуни чинҳои ҳилолшакли кӯррӯда, чунончи, дар тӯли онтогенези постнаталӣ миқдори ғадудҳои рӯдаҳо (дар масоҳати 1 мм мураббаъ, ки марбути девораи рӯдаҳо аст) ба андозаи 1,1-1,2 маротиба нисбат ба фосилаи байни наворҳое зиёданд ($p<0,05$), ки ғолибан ба бештари гурӯҳҳои синнусолӣ хос мебошанд.

Ба асоси маълумотҳои мо, масоҳати ғадуди рӯдаҳо ва миқдори эпителиотситҳо дар буриши арзии ғадуд дар ноҳияҳои лента назар ба фосилаи мобайниятишон бештар мебошад (ба андозаи 1,1- 1,2 маротиба, $p>0,05$). Зимнан ҳамаи нишондиҳандаҳои ёдшудаи ғадудҳои рӯдаҳо дар тӯли онтогенези постнаталӣ ва лентаҳои озоду ҷарбуи масориқавӣ тақрибан аз якдигар тафовут надоранд.

Ноҳияҳои лентаҳои мушакӣ ҳамчунин дорои дастгоҳи нисбатан инкишофёфтai асабӣ буда, дар ин ҷо назар ба қитъаҳои мучовири девораи рӯдаҳо рагҳои бештари маҷрои микросиркуляторӣ мавҷуданд, ки шуъбаҳои мазкури девора аз фаъолнокии баланди муҳаррика бархӯрдоранд. [Бакаева Н.А., 1973], онҳо дар кори созмондиҳии муҳаррикаи рӯдаҳо аз ҷумлаи хостарин «воридкунандагони ритм» ба ҳисоб мераванд [Биков К.М., Давидов Г.М., 1935; Мелман Е.П. ва диг., 1962].

Андозаи ғадудҳое, ки дар қуллаи чинҳои ҳилолшакли кӯррӯда қарор доранд, назар ба андозаи намунаҳое, ки дар доҳили լуобпардаи байни чинҳо мавқеъ гирифтаанд, қалонтар мебошад. Ҳамин тариқ, ба иртиботи одамони синну солашон гуногун дар шуъбаи болоии чинҳои ҳилолшакл қиёсан бо нишондиҳандаҳои ҳамсони байни чинҳо дарозии ғадуди рӯдаҳо ба андозаи 1,1 маротиба ($p<0,05$), бар ғадуд ба андозаи 1,1- 1,2 маротиба ($p<0,05$), масоҳати ғадуд бар рӯйи буриши арзӣ ба андозаи 1,1 маротиба ($p<0,05$), бар рӯйи буриши арзӣ ба андозаи 1,1- 1,2 маротиба бештар мебошад.

Ба иртиботи ғадудҳое, ки дар қуллаи чинҳо ҷойгир шудаанд, низ ба таври боварибахш зиёд будани миқдори эпителиотситҳо, инчунин масоҳати даҳанаи резишгоҳи ғадудҳо ба мушоҳида мерасад. Ба андешаи З.А. Маҳмудов (2004), шуъбаҳои болоии чинҳои ҳилолшакл—қиёсан бо қитъаҳои нисбатан «амиқтар»-и լуобпардаи мавҷуд дар фосилаи байни чинҳо, ки дар гузаргоҳи рӯдаи гафс ҷаҳони баромадаанд, бештар ҳангоми муҳаррика бо муҳтавии рӯдаҳо вориди тамос мегарданд. Зоҳирлан, қитъаҳои барҷастаи լуобпарда ба ҳифозати иловагие тавассути усораи լуобии ғадудҳо дар муқобили таъсири муҳтавии рӯдаҳо ниёз доранд.

Мо махсусиятҳои анатомияи ғадудҳои кунци тиҳигоҳу кӯррӯдаро омӯҳтем. Ғадудҳои мазкур то замони таваллуди кӯдак пурра ташаккул ёфта, миқдоран зиёданд. Ба иртиботи навзодон, аз ҷумла, дар масоҳати 1 мм мураббаи девораи рӯда, ба гирду пеши рӯдаи тиҳигоҳ тааллук дорад, $24,2\pm0,9$, дар гирду пеши кӯррӯда $29,7\pm1,4$, дар гирду пеши қулуни болораванда $32,2\pm0,7$, дар гирду пеши аппендиҳис $21,7\pm0,8$ ғадуд ба мушоҳида мерасад. Дар синну соли мазкур ғадудҳо ба таври фаъол функцияи тараашшӯҳро адо менамоянд, ки рангзанини буришҳои гистологӣ аз рӯйи усули

Крейберг (тарашшуҳи лазерӣ-осмонӣ дар гузаргоҳи ғадуд) далели равшани ин гуфтаҳост.

Тӯли давраи навзодии ғадуд ва узвҳои дигари девораи ковокии даҳон – [Аттия А.Т., 1972], ҳалқум – [Усмонов А.М., 2003], сурхӯда – [Никитюк Д.Б. ва диг. 1986] он ҳамчунин амал мекунад, ки нуктаи мазкур возеҳан бо тағйироти сифатии тарзи ҳаёт, гузаштани организм ба шароити нави мавҷудият ва табиист, ки ғизоҳӯрӣ тавсиф меёбад.

Нишондиҳандаҳои андозавию миқдории ғадудҳои КТК аз ҳамон синни ширмакӣ батадриҷ афзоиш ёфта, тӯли онтогенези постнаталӣ ифодаҳои максималиро дар давраи 1-уми синни балоғат ба худ мегиранд. Миқдори ғадудҳои рӯдаҳо дар синну соли мазкур, қиёсан бо тифлони навзод, дар мавриди рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 1,8 маротиба ($p<0,05$), дар мавриди кӯррӯда ба андозаи 1,8 маротиба ($p<0,05$), дар мавриди қулуни болораванда ба андозаи 2,3 маротиба ($p<0,05$) ва дар мавриди аппендиҳис ба андозаи 1,8 маротиба ($p<0,05$) афзоиш меёбад.

Тибқи маълумотҳои мо, дарозии ғадуди рӯдаҳо ба иртиботи одамони мансуб ба синни 1-уми балоғат — қиёсан бо навзодон,— дар девораҳои рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 2,3 ($p<0,05$), кӯррӯда ба андозаи 2,4 маротиба ($p<0,05$), қулуни болораванда ба андозаи 2,7 маротиба ($p<0,05$) ва аппендиҳис ба андозаи 2,3 маротиба ($p<0,05$) бештар аст. Зимни давраи 1-уми синни балоғат бари ғадуди рӯдаҳо, масоҳати он ва миқдори эпителиотситҳо (бар рӯйи буришҳои арзию тӯлӣ) ифодай максималӣ доранд.

Ба андешаи бъязе муҳаққикон, дар давраи синнусолии мазкур танҳо ғадудҳое аз рушди максималии сифатию миқдорӣ бархӯрдор мешаванд, ки дар девораи узвҳои дарунхолӣ (найчашакл) ҷойгир шуда, ҳолати мавриди назар яке аз қонунмандиҳои морфогенези онҳо ба ҳисоб меравад [Сапин М.Р. ва диг., 2001].

Фоизи муҳтавии ҳуҷайраҳои абсорбсионӣ дар таркиби ғадудҳои рӯдаҳои КТК ҳамчунин ба дарознои тамоми КТК дар давраи 1-уми синни балоғат максималӣ мебошад, ки айни ҳол нишондиҳандаи мазкур дар робита бо рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 1,6 маротиба ($p<0,05$), дар робита бо кӯррӯда ба андозаи 1,9 маротиба ($p<0,05$), дар робита бо қулуни болораванда ба андозаи 2,0 маротиба ($p<0,05$) ва дар робита бо ғадудҳои аппендиҳис ба андозаи 1,7 маротиба ($p<0,05$) зиёд аст. Бинобар ин чунин таҳмин кардан бамаврид ҳоҳад буд, ки равандҳои реабсорбсияи моеъ ва кристаллоидҳое, ки бо ширкати ҳуҷайраҳои абсорбсионии ғадудҳои рӯдаҳо ба амал меоянд, нақши муҳим доранд [Козлов В.И., 1987].

Масоҳати гузаргоҳи даҳанаи ғадуд зимни давраи 1-уми синни балоғат — қиёсан бо давраи навзодӣ, — дар мавриди рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 3,2 маротиба ($p<0,05$), дар мавриди кӯррӯда ба андозаи 3,3 маротиба ($p<0,05$), дар мавриди қулуни болораванда ба андозаи 2,9 маротиба ($p<0,05$) ва дар мавриди аппендиҳис ба андозаи 3,1 маротиба ($p<0,05$) афзоиш меёбад. Яқинан, афзоиши қутри гузаргоҳи ғадуди рӯдаҳо дар ин синну сол зарурати хориҷ кардани миқдори зиёди ифrozotro (секретро) дар шароити максималии «намояндагии сохторӣ»-и ғадуд инъикос менамояд.

Аз синни 2-юми балоғат сар карда, нишонаҳои инволютсияи дастгоҳи ғадудии КТК ошкор мегардад, ки ба сурати максималӣ дар синни пирӣ ва дар миёни дарозумрон бозтоби худро ёфтаанд. Дар синни пирӣ, қиёсан бо давраи 1-уми синни балоғат, коҳиши миқдори ғадудхое сурат ҳоҳад гирифт, ки ба 1 мм мураббаи девораи рӯда рост меоянд. Нишондиҳандаи мазкур дар мавриди ғадудҳои рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 1,4 маротиба ($p<0,05$), дар мавриди кӯррӯда ба андозаи 1,3 маротиба ($p<0,05$), дар мавриди қулуни тулӯъкунанда ба андозаи 1,4 маротиба ($p<0,05$) ва дар мавриди аппендикс ба андозаи 1,5 маротиба коҳиш меёбад ($p<0,05$).

Дарозии ғадуди рӯдаҳо дар мавриди рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 1,2 маротиба ($p<0,05$), дар мавриди кӯррӯда ба андозаи 1,1 маротиба ($p<0,05$), дар мавриди қулуни болораванда ба андозаи 1,2 маротиба ($p<0,05$), дар мавриди аппенди克斯 ба андозаи 1,7 маротиба ($p<0,05$) коҳиш меёбад. Дар айёми пирӣ, қиёсан бо давраи 1-уми синни балоғат, бари ғадуд ба иртиботи рӯдаи тиҳигоҳӣ ба андозаи 1,6 маротиба ($p<0,05$), ба иртиботи кӯррӯда ба андозаи 1,3 маротиба ($p<0,05$), ба иртиботи қулуни болораванда ба андозаи 1,5 маротиба ($p<0,05$), ба иртиботи аппенди克斯 ба андозаи 1,7 маротиба ($p<0,05$) коҳиш меёбад.

Дар давраи пирӣ ва дарозумрон, қиёсан бо давраи 1-уми синни балоғат, коҳиши боэътиноми масоҳати ғадуди рӯдаҳо, миқдори эпителиотситҳои мавҷуд дар девораи онҳо (бар рӯйи буришҳои тӯлию арзӣ) ва дарсадии миқдории ҳучайраҳои абсорбсионӣ ба мушоҳида мерасад. Баръакс, дар марҳалаҳои ниҳоии онтогенези постнаталӣ афзоиши шумораи фоизии ҳучайраҳои ҷомшакл дар таркиби ғадуди рӯдаҳо мушоҳида гашта, вәсеъшавии гузаргоҳи ғадуд ба вуқӯъ мепайвандад.

Ҳамин тарик, қиёсан бо давраи 1-уми синни балоғат, масоҳати гузаргоҳи ғадуди рӯдаҳо дар давраи пирӣ ба иртиботи рӯдаи тиҳигоҳӣ, кӯррӯдаю қулуни болораванда, ҳамчунин аппенди克斯 ба андозаи 1,2 маротиба ($p>0,05$) вәсеъ мегардад. Ба ақидаи М.Р. Сапин ва Д.Б. Никитюк (1993), кам шудани миқдору андозаи ғадудҳо, коҳиши фаъолнокии тараашшухияшон ҳамчун нишонаи қонунмандии геронтогенези онҳо ба шумор меравад, ки ҳолати мазкур ба ҳамаи ғадудҳои хурди мавҷуд дар девораи системаҳои ҳозимаю нафаскашӣ, дастгоҳи пешбуҷу таносул хос аст.

Тақрибан ба таври пурра ҷой надоштани коҳиши миқдору андозаи минбаъдаи ғадуди рӯдаҳо, тағийирёбии таркиби ҳучайравии онҳо ба иртиботи дарозумрон, дар қиёс бо шахсони қуҳансол, зуҳури инфириодии консепсияи И.В. Давидовский (1969) ба ҳисоб меравад.

Тибқи консепсияи мазкур, шахсоне, ки марзи синнусолии муайянеро пушти сар гузаштаанд (синни 90-солагӣ ва болотар аз он), аксаран аз ҷиҳати биологӣ хеле фаъол боқӣ монда, неруи муносиби мутобиқшавии худро нигоҳ медоранд.

Миқдори ғадудҳои рӯда, нишондиҳандаҳои андозавии онҳо (дарозӣ, бар, масоҳат, миқдори эпителиотситҳо ва ғайра) дар тӯли тамоми КТК бо дараҷаи тағийирпазирии назаррасу инфириодии худ тавсиф меёбад. Сатҳи он (фарқиятҳои мавҷуд дар миёни максимуми инфириодӣ ва минимуми ифодаҳои

нишондиҳанда) дар синни балоғат, солхӯрдагӣ, пири вадар робита бо дарозумрон назар ба кӯдакони навзод, ҳангоми синни ширмакию бармаҳали кӯдакӣ — замоне ки нишондиҳандаҳои номбаршуда аз рӯйи ифода нисбатан яксонанд, — хеле зиёдтар мебошад.

Диапазони нисбатан бузурги тағиیرпазирӣ инфириодии вобаста ба нишондиҳандаҳои андозавии ғадудҳои калонсолон қиёсан бо кӯдакон ҳамчунин ба иртиботи сурхрӯда [Никитюк Д.Б., 1989], шуъбаи ректосигмоидалии рӯдаҳо [Курбонов С.С., 2004; Хушқадамов З.Қ., 2004] мушоҳида мегардад.

Ба андешаи мо, падидай мазкур бо ритми нисбатан якнавоҳт ва ратсиони ҳӯрок дар ҷараёни навзодию синни ширхорагӣ (синамаконӣ), мавҷуд будани одатҳои бад дар ниҳоди қисме аз аҳолии калонсол вобаста буда метавонад.

Мо маҳсусиятҳои анатомияи ғадудҳои кӯррӯдоро зимни мегатсекум — варианти нодири топографӣ-анатомии узви мазкур омӯхта, ба исбот расондем, ки ҳамаи нишондиҳандаҳои миқдорио андозавии ғадудҳо коҳиш меёбанд. Ба иртиботи одамони давраи 1-уми синни балоғат миқдори ғадудҳои рӯда (дар масоҳати 1 мм мураббаъ аз девораи узв) қиёсан бо ҳадди меъёр ба андозаи 1,5 маротиба ($p<0,05$), бари он ба андозаи 1,4 маротиба ($p<0,05$), масоҳати ғадудҳо бар рӯйи буриши тӯлӣ ба андозаи 1,3 маротиба ($p<0,05$), бар рӯйи буриши арзӣ ба андозаи 1,5 маротиба ($p<0,05$) коҳиш меёбад.

Зимни мегатсекум, қиёсан бо ҳадди меъёр, коҳиши миқдори эпителиотситҳо ҳам бар рӯйи буриши тӯлӣ ва ҳам бар рӯйи буриши арзии ғадудҳо (ба андозаи 1,2 маротиба, $p<0,05$), дарсадии миқдории ҳучайраҳои абсорбсионӣ (ба андозаи 1,2 маротиба, $p<0,05$) ба амал меояд. Агар ногузирӣ ҳифозати пӯшиши эпителтиявиро аз муҳтавии рӯдаҳо дар шароити стаз, ки нуктаи мазкур барои варианти мазкури кӯррӯда як чизи маъмулист [Романов П.А., 1987], ба назар гирем, пас, зоҳирان як миқдор афзоиши даҳлдоре, ки зимни мегатсекум дар робита бо шумораи дарсадии ҳучайраҳои ҷомшакл рух медиҳад, ҳусусияти компенсаторӣ ҳоҳад дошт. Нишонаҳои ошкоршудаи «регрессияи морфологӣ»-и дастгоҳи ғадудии кӯррӯда (коҳиши андозаю шумораи ғадудҳо ва ҳ.к.), эҳтимолан, аз афзоиши муҳтавии пӯсида ва шаклҳои дигари микроорганизмҳое вобастагӣ дорад, ки тараашшуҳи ғадудҳоро таҳти фишор қарор медиҳанд [GorbachS. L. et al., 1967]. Ҳолати мазкур ба коҳиши умумии ғафсии девораи узв ва атрофияи луобпарда дар варианти мазкури узв мувоғиқ меояд [Махмудов З.А., 2004].

Хулоса Натиҷаҳои илмию асосии диссертатсия

1. Маҳсусияти минтакавии андозаю шумораи ғадудҳои рӯдаҳое муайян мегардад, ки дар қитъаи қунци тиҳигоҳу қӯррӯдаи одам мавқеъ гирифта, бо бофтаи лифӣ дар робитаи мутақобилаи микротопографӣ қарор гирифтаанд. Дар таркиби пӯшиши эпителтиявӣ миқдори ҳучайраҳои ҷомшакли абсорбсионӣ ва тафриқаношуда, ҳучайраҳои камшумори эндокринӣ ва ҳучайраҳои Панет бартарӣ дошта, танҳо дар шуъбаи

дисталии рұдаи тиҳигоҳӣ дучор меоянд. Ҳуҷайраҳои ҷомшакл дар тӯли тамоми ғадудҳо наздики яқдигар ҷойгир шуда, илова бар ин бо ҳуҷайраҳои абсорбсионӣ ҳаммарз мебошанд ва бо ҳуҷайраҳои тафриқаношууда хеле кам дар ҳамсоягӣ қарор мегиранд [1-М; 3-М; 4-М; 5-М; 9-М].

2. Ғадудҳои рұдаҳои навзодон дар қитъаи кунци тиҳигоҳу қўррӯда пурра ташакқул ёфтааанд. Шумораи онҳо, дарозию бари ғадуд, масоҳати он ва шумораи ҳуҷайраҳои эпителияйӣ (дар буришҳои тӯлию арзӣ), фоизи шумораи ҳуҷайраҳои абсорбсионӣ дар таркиби ғадуд дар давраи 1-уми балогат ҳам максималӣ мебошад. Сипас ба таври тадриҷӣ тағйиротҳои инволютсионии дастгоҳҳои ғадудии қиъаи мазкур ба амал меояд. Тағйиротҳои мазкур дар синни калонсолиу пирӣ ва дар робита бо дарозумрон нисбатан зуҳурёфта мебошанд. Нишондиҳандаҳои андозавии ғадудҳои рұдаҳо тӯли давраи дарозумрӣ тақрибан аз давраи пирӣ фарқ намекунанд. [1-М; 2-М; 5-М; 9-М].
3. Дар ноҳияҳои вобаста ба сфинктерҳои тиҳигоҳӣ-қўррӯдавӣ, қўррӯдавӣ-аппендикулярий ва қўррӯдавӣ-қулунии болораванда шумораи ғадудҳои рұдаҳо (дар масоҳати 1 мм мураббаи девора), дарозии ғадудҳои рұдаҳо, масоҳати он ва шумораи эпителиотситҳо бар рӯйи буриши тӯлӣ аз қитъаи гунбази қўррӯда дида, дар сатҳи дарознои онтогенези постнаталӣ бештар мебошад. Нишондиҳандаҳои мазкури миқдорӣ дар мавриди сфинктери тиҳигоҳӣ-қўррӯдавӣ максималӣ буда, ба иртиботи сфинктери қўррӯдавӣ-қулунии болораванда минималӣ мебошанд, аммо онҳо дар робита бо сфинктери қўррӯдавӣ-аппендикулярий мақоми мобайниро ба худ мегиранд. [1-М; 3-М; 5-М].
4. Дар қитъаи наворҳои мушакии қўррӯда бар дарознои онтогенези постнаталии одам ҳамеша шумораи ғадудҳои рұдаҳо (дар масоҳати 1 мм мураббаи девора), масоҳати ғадудҳои рұдаҳоу шумораи ҳуҷайраҳои эпителияйӣ (бар рӯйи буриши арзии он), масоҳати буриши даҳанаи онҳо назар ба фосилаи байни лкнтаҳо бештар мебошад. Дар мавриди ғадудҳое, ки дар қуллаи чинҳои ҳилолшакли қўррӯда ҷой гирифтаанд, дарозии онҳо, бар, масоҳат ва шумораи ҳуҷайраҳои эпителияйӣ (бар рӯйи буришҳои тӯлию арзӣ), масоҳати гузаргоҳи даҳанаашон назар ба фосилаи байни чинҳо бештар мебошад [2-М; 3-М; 5-М; 7-М; 9-М;].
5. Дар мегатсекуми одамони давраи 1-уми синни балогат қиёсан коҳише бо меъёри шумораи ғадудҳои рұдаҳои қўррӯда (дар масоҳати 1 мм мураббаи девора), дарозӣ, бари ғадудҳо, масоҳати он ва шумораи ҳуҷайраҳои эпителияйӣ дар таркиби ғадуд (бар рӯйи буришҳои тӯлию арзӣ) ба мушоҳида. Масоҳати гузаргоҳи даҳанаи ғадуд, фоизи миқдори ҳуҷайраҳои абсорбсионӣ дар таркиби он ба назар мерасад. Дар таркиби ғадуди рұдаҳо зимни мавҷудияти мегатсекум афзоиши шумораи фоизии ҳуҷайраҳои ҷомшакл ба амал меояд [2-М; 6-М; 7-М; 8-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

Натиҷаҳои таҳқиқро ҳангоми таҳдилимаводи бсексиониву биопсиявӣ ба сифати меъёр истифода кардан мукин аст. Арзиши анатомияи ғадудҳои кунци тиҳигоҳу кӯррӯда барои дарки беҳтари патоморфогенези бемориҳои сершумори қитъаи мазкур мусоидат намуда, барои патанатомҳо, гистологҳо, гастроэнтерологҳо ва клинитсистҳо аз фоида холӣ наҳоҳад буд. Маводи зимни таҳқиқ ҳосилшударо дар курси лексия ва машгулиятаҳои амалӣ барои донишҷӯёни мактабҳои олии тиббӣ ва шунавандагони КФП истифода кардан мумкин аст.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1-М] Тагайкулов Э.Х. Микроанатомия и клеточный состав желёз аппендицса у человека / Э.Х. Тагайкулов // Вестник Авиценны. Научно-практический журнал. – 2011. – №2. – С. 115-118.

[2-М] Тагайкулов Э.Х. Хусусиятҳои соҳтории ғадудҳои кӯррӯдаи одам баъди таваллуд / Э.Х. Тагайкулов, С.Т. Ибодов, М.Н. Шералиев, Г.А.Бобоева // Авчи Зӯҳал. Маҷаллаи илмӣ-амалӣ. – 2016. – № 3. – С. 56-59.

[3-М] Тагайкулов Э.Х. Регионарные анатомические особенности структур желёз сфинктерных зон подвздошно-слепокишечного угла у человека в постнатальном онтогенезе. / Э.Х. Тагайкулов, Х.Ю. Шарипов, Т.Ю. Козлова, С.Т. Ибодзода// Здравоохранение Таджикистана. Научно-практический журнал. – 2020. – №4. – С. 60-66.

[4-М] Тагайкулов Э.Х. Хусусиятҳои канории масоҳати резишгоҳи равзанаи ғадуди рӯдаҳо дар девораи кунци тиҳигоҳу куррӯда дар одамони синнашон гуногун / Э.Х. Тагайкулов, Х.Ю. Шарипов, С.Т. Ибодзода, Р.Р. Ахмедова // Авчи Зӯҳал. Маҷаллаи илмӣ-амалӣ. – 2020. – № 4.– С. 98-103.

Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо

[5-М] Тагайкулов Э.Х. Морфологические особенности желез в сфинктерных зонах подвздошно-слепокишечного угла / Э.Х. Тагайкулов., С.Т. Ибодов, Д.Б. Никитюк // Сборник научных тезисов 58-й годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Душанбе, – 2010.

[6-М] Тагайкулов Э.Х. Макро-микроскопическая характеристика желёз слепой кишки при мегацекуме / Э.Х. Тагайкулов, Ф. Фуркатзод, С.Т. Ибодов // Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов. Сибирский государственный медицинский университет // – Томск, май – 2011. – С. 256-259.

[7-М] Тагайкулов Э.Х. Особенности строения желёз слепой кишки у человека в постнатальном онтогенезе / Э.Х. Тагайкулов, С.Т. Ибодов, Х.А. Боронов // Сборник научных тезисов 60-й годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни

Сино. «Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки» – Душанбе, ноябрь 2012. – С. 134-137.

[8-М] Тагайкулов Э.Х. Строение желёз слепой кишке у человека при мегацекуме / Э.Х. Тагайкулов, С.Т. Ибодов, Д.Б. Никитюк // Материалы 62-й годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, посвящённой 20-летию Конституции Республики Таджикистан. – Душанбе, ноябрь 2014. – С. 221-223.

[9-М] Регионарные особенности площади устья просвета кишечной железы в стенке подвздошно-слепокишечного угла кишечника у людей разного возраста / Э.Х. Тагайкулов, С.Т. Ибодов, Х.Ш. Хакназаров, Ахмедова Р.Р. // Материалы 66-й годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе, ноябрь 2018. – С. 128.

Рӯйхати ихтисораю аломатҳои шартӣ

МДТ	муассисаи давлатии таълимӣ
МШС	маркази шаҳрии саломатӣ
КТК	кунҷи тиҳигоҳу кӯррӯда
ДМР	дастгоҳи меъдаю рӯдаҳо
ҶТ	Ҷумҳурии Тоҷикистон
ДДТТ	Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон

АННОТАЦИЯ

Тагайкулов Эркинжон Холикулович

Морфологическая характеристика железистого аппарата подвздошно-слепокишечного угла у человека в постнатальном онтогенезе»

Ключевые слова.Подвздошно-слепокишечный угол, кишечные железы, мегацекум, сфинктерных зоны, число, длина, ширина железы, площадь, эпителиальные клетки.

Целью исследования. Получение комплексных данных о структурной организации и закономерностях морфогенеза желез подвздошно-слепокишечного угла у человека в постнатальном онтогенезе.

Методы исследования и использованная аппаратура.Дизайн исследования включал n=137 людей обоего пола и разного возраста, из них n=77 (56%) мужчин и n=60 (44%) женщин, железистые структуры стенок кишечника подвздошно-слепокишечного угла, полученного от секционного которые поступили в судебно-медицинский морг ГУ Республиканской судебно-медицинской экспертизы ГЦЗ № 2 г. Душанбе.

Люди, погибшие в результате асфиксии – 55 случаев, различные травмы – 48 случаев. ИБС и сердечно-сосудистая недостаточность - 24 случая, инсульт - 10 случаев. С помощью микротома приготовленные гистологические срезы окрашивали методами: гематоксилин-эозином, пикрофуксином по ванн-Гизону, Крейбергу (окраска альциановым синим), и импрегнация серебром по Гримелиусу. Для изучения микропрепараторов использовали бинокулярный стереоскопический микроскоп «МБС-9» и бинокулярный микроскоп «Olympus CX 21» в различных увеличениях с камерой DigitalMicroscope Camera Specification MC-DO 48 U (E).

Полученные результаты и новизна. Получены нормативные данные, анатомические параметры желёз, их возрастные, регионарные, индивидуальные особенности, количественные показатели и клеточный состав желёз.

Установлено, что среди всех структурных компонентов подвздошно-слепокишечного угла железы проксимальной части восходящей ободочной кишки имеет наибольшие показатели, наименьшие показатели у железы червеобразного отростка, уменьшаются в проксимо-дистальном направлении.

Выявлено, что железы сфинктерных зон подвздошно-слепокишечного угла имеют большие размеры, чем железы соседних зон (купола слепой кишки), размеры желёз подвздошно-слепокишечного сфинктера больше, по сравнению со слепокишечно-аппендикулярным и особенно, слепокишечно-восходящеободочным сфинктерами.

Выявлены морфологические особенности желёз на вершине полулунных складок, зон мышечных лент слепой кишки, что железистый аппарат развит к моменту новорождённости, максимальные в 1-м периоде зрелого возраста.

Установлено, что морфологические особенности геронтогенеза желёз этой области, выражющиеся в уменьшении кишечных желёз, расширении просвета железы.

Установлено, при мегацекуме железы слепой кишки находятся в состоянии «морфологической регрессии», их размеры, количество, число эпителиальных клеток существенно меньше по сравнению с нормой.

Рекомендация по использованию. Настоящая работа представляет практический и клинический интерес для биопсийного и секционного анализа значимости показателей многочисленных заболеваний этой области, полезна патологоанатомам, гистологам, гастроэнтерологам и клиницистам. Могут быть использованы в качестве нормативов при анализе секционного и биопсийного материала. т.к. способствуют лучшему пониманию патоморфогенеза многочисленных заболеваний этой области. Результаты исследования были внедрены в учебный процесс ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Область применения: Морфология, патоморфология.

АННОТАСИЯ

Тағойқұлов Эркінжон Холиқулович

Тавсифи морфологияи дастгохи ғадудии күнчи тиҳигоҳу құрруда дар одам зимни онтогенези постнаталӣ

Калимаҳои калидӣ. Кунчи тиҳигоҳу құрруда, ғадудҳои рӯда, мегатсекум, ноҳияҳои сфинктерӣ, шумора, дарозӣ, бари ғадуд, масоҳат, хучайраҳои эпителиявӣ.

Мақсади таҳқиқот: Ба даст овардани маълумотҳои комплексӣ дар бораи ташкилаи сохторӣ ва қонунмандиҳои морфогенези ғадудҳои кунчи тиҳигоҳу құрруда дар одамон зимни онтогенези постнаталӣ

Усулҳои таҳқиқот ва таҷхизоти истифодащуда: дизайнни таҳқиқот $n=137$ и одамони синну солашон гуногун, аз он ҷумла $n=77$ мард (56%) ва $n=60$ зан (44%) ба даст омада, ҳамаи онҳо ба морги Муассисаи давлатии Экспертизаи Ҷумҳуриявии ташхису-тибии судӣ. Шахсони фавтида онҳое мебошанд, ки ба сабаби асфиксия – 55 маврид, зарбулатҳои гуногун – 48 маврид, БИД ва нокифояти дилу рагҳо – 24 маврид ва инсулт – 10 маврид ҷони худро аз даст додаанд Буришҳоро тавассути гематоксилин-эозин ва пикрофуксин аз рӯйи усулҳои ванн Гизон, Крейберг (рангкунӣ бо ёрии алсиани қабуд), Гримелиус (реаксияи симандудкунӣ) ранг задем.

Барои омӯхтани микропрепаратҳои ранг кардашуда микроскопи бинокуляриву стереоскопии «МБС-9» ва микроскопи бинокулярии «Olympus CX 21»-и афзояндаҳояш гуногунро тавъям бо камераи Digital Microscope Camera Specification MC- DO 48 U (E) истифода намудем.

Натиҷаҳои бадасомада ва навғонии онҳо. Маълумотҳои меъёри, параметрҳои анатомии ғадудҳо, маҳсусиятҳои синнусолӣ, музофотӣ ва инфириодии онҳо, нишондиҳандаҳои миқдорӣ ва таркиби хучайравии ғадудҳо ба даст оварда шуданд.

Тавре ки мо муқаррар намудем, ғадудҳои бахши проксималии қулуни суудкунанда дар миёни ҳамаи ҷузъҳои сохтории кунчи тиҳигоҳу құррудаи ғадуд аз нишондиҳандаҳои бештари миқдорӣ бархӯрдор аст, ғадуди шоҳаи кирмшакл дар самти проксимо-дисталӣ (ба самти қуллаи узв) қоҳиш меёбад.

Маълум гардид, ки ғадудҳои ноҳияи сфинктерии кунчи тиҳигоҳу құррудаи назар ба ғадудҳои ноҳияҳои мучовир (гунбазҳои құрруда) дорои андозаи қалон буда, ҳолати мазкур бо мавҷуд набудани фарқият дар таркиби хучайравии ғадудҳои қитъаҳои мазкур мувофиқ меояд; андозаи ғадудҳои сфинктери тиҳигоҳӣ-құррудай қиёсан аз сфинктерҳои құррудай-аппендикулярий ва маҳсусан аз сфинктерҳои құррудай-қулунии суудкунанда қалонтар мебошад.

Маҳсусиятҳои морфологии ғадудҳо бар сатҳи қуллаи чинҳои ҳилолшакл, ноҳияҳои навори мушакии құрруда ошкор гардонда шуданд; ин нукта ҳам собит гашт, ки дастгохи ғадудӣ то лаҳзаи навзодӣ рушдёфта, нишондиҳандаҳои максималии миқдорӣ зимни давраи 1-уми синни балогат вуҷуд доранд

Илова бар ин, маҳсусиятҳои морфологии геронтогенези ғадудҳои қитъаи мазкур муқаррар гашт, ки ба сурати қоҳиши миқдори ғадудҳои рӯдагон, васеъшавии гузаргоҳи ғадудҳо падид меояд.

Муқаррар гашт, ки ғадудҳои құрруда зимни мегатсекум дар ҳоли «регрессияи морфологӣ» қарор дошта, андозаю миқдор, шумораи хучайраҳои эпителиявияшон дар қиёс бо ҳадди меъёр ба таври қобили мулоҳиза кам мебошад.

Тавсияҳо оид ба истифодатаҳқиқот бо он муайян мегардад, муҳтавои он ҳамчун намунаи меъёр зимни таҳлили маводи сексионии биопсиявӣ истифода гашта метавонад, инчунин ғадудҳои рӯдаи кунчи тиҳигоҳу құррудадарки беҳтари патоморфогенези бемориҳои бешумори бахши мазкур мусоидат намуда, барои патологоанатомҳо, гистологҳо, гастроэнтерологҳо ва клинитсистҳо муфид воқеъ хоҳад гашт.

Соҳаи истифода: Морфология, патоморфологи.

ANNOTATION

Tagaykulov Erkinzhon Kholikulovich,

Morphological characteristic of the glandular apparatus of the iliac-blind intestinal angle in humans in postnatal ontogenesis "

Key words. Iliac-blind angle, intestinal glands, megacecum, sphincter zones, number, length, gland width, area, epithelial cells.

The purpose of the study. Obtaining complex data on structural organization and patterns of morphogenesis of human iliac-blind intestinal angle glands in postnatal ontogenesis.

Research methods and equipment used. The study design included $n = 137$ people of both sexes and different ages, of whom $n = 77$ (56%) were men and $n = 60$ (44%) women, glandular structures of the intestinal walls of the iliac-blind angle obtained from the sectional one, which were admitted to the forensic morgue of the SI Republican Forensic Medical Center No 2 of Dushanbe.

People who died as a result of asphyxia - 55 cases, various injuries - 48 cases. IHD and cardiovascular failure - 24 cases, stroke - 10 cases. With the help of a microtome, the prepared histological sections were stained by methods: hematoxylin-eosin, picrofuxin by bath-Gizon, Kreiberg (alcyano blue color), and silver impregnation by Grimelius. A binocular stereoscopic microscope "MBC-9" and a binocular microscope "Olympus CX 21" were used in various magnifications with a Digital Microscope Camera Specification MC-DO 48 U (E) camera to study micropreparations.

The results obtained and novelty. Normative data, anatomical parameters of the glands, their age, regional, individual features, quantitative indicators and cellular composition of the glands were obtained.

Among all structural components of iliac-blind intestinal angle of gland of proximal part of ascending colon has the highest indices, the smallest indices in gland of worm-like process decrease in proximal-distal direction.

It was revealed that the glands of the sphincter zones of the iliac-blind intestine angle are larger in size than the glands of neighboring zones (dome of the blind intestine), the glands of the iliac-blind intestine sphincter are larger in size, compared to the blind-intestinal appendix and especially, the blind-intestinal ascending sphincters.

Morphological features of the glands at the top of the semi-moon folds, zones of the muscle ribbons of the blind intestine have been revealed, that the glandular apparatus is developed by the time of newborn, the maximum in the 1st period of adulthood.

It has been established that the morphological features of gerontogenesis of the glands of this region, expressed in a decrease in the intestinal glands, an expansion of the gland lumen.

It is established, at a megatsekuma of gland of a blind gut are in a condition of "morphological regression", their sizes, quantity, number of epithelial cells it is significantly less in comparison with norm.

Recommendation for use. This work is of practical and clinical interest for biopsy and sectional analysis of the significance of indicators of numerous diseases in this area, and is useful for pathologists, histologists, gastroenterologists and clinicians. They can be used as guidelines for the analysis of sectional and biopsy material. since contribute to a better understanding of the pathomorphogenesis of numerous diseases in this area. The results of the research were introduced into the educational process of the SEI "Avicenna TSMU".

Scope: Morphology, pathomorphology.