

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОИДНО-ЖЕЛЕЗИСТЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СТЕНКАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

С.Т. Ибодов, Д.Б. Никитюк, К.М. Курбанов
Кафедры патологической анатомии; хирургических болезней №1 ТГМУ

Введение. Лимфоидные структуры и железы являются, как известно, постоянным и важным структурным компонентом в стенках двенадцатиперстной кишки. Установлена роль этих структур в формировании местного иммунитета, обеспечивающего резистентность и адекватную адаптацию слизистой оболочки этого отдела пищеварительного тракта к действию чужеродных факторов, включая пищевые антигены, имеющиеся в просвете кишки и фиксированные на её слизистой оболочке, в том числе и патогенные микроорганизмы [1,2]. Вместе с тем, роль желёз, продуцирующих секрет щелочной среды, значима и в плане нейтрализации кислого содержимого желудка, (образование кишечного сока). Поэтому не удивительно, что в стенках двенадцатиперстной кишки - начального отдела кишечника, имеется мощно развитый железистый аппарат, представленный дуоденальными (Брунеровыми) и кишечными (Либеркюновыми) железами. Публикации о них, достаточно многочисленные, отражают их морфологию крайне противоречиво, результаты исследования обычно не сопоставимы по причине использования авторами различных методических приёмов исследования в ряде случаев патологически изменённого материала (дуодениты и др.). Среди аспектов, почти не отражённых в научной литературе, следует признать особенности структурных взаимоотношений между железистым аппаратом и лимфоидными структурами двенадцатиперстной кишки. Вместе с тем, этот вопрос очень важен, поскольку выводные протоки желёз, открывающихся на поверхности слизистой оболочки, могут являться входными воротами для проникновения внутрь кишечной стенки, а следовательно, во внутреннюю среду организма, генетически чужеродного материала. Этот материал, по-видимому, не всегда вымывается секретом желёз, что связано как с наличием биоритмов (гетерохронии) у секреторного процесса, так и периодическим ослаблением секреции, например, при возрастной инволюции секреторной деятельности. Поэтому данный вопрос имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

Целью работы явилось изучение морфологических особенностей взаимоотношений лимфоидной ткани и железистого эпителия в стенках двенадцатиперстной кишки у практически здоровых людей разного возраста.

Материалы и методы исследования. Микроанатомически изучена стенка двенадцатиперстной кишки, полученная от трупов (42) практически здоровых при жизни людей разного возраста, погибших от случайных причин и не имевших признаков патологии пищеварительного тракта, органов иммунной системы. Микроскопические препараты (поперечные срезы толщиной -7мкм), полученные из середины передней стенки каждой из частей этого органа (верхней, нисходящей, поперечной и восходящей), окрашивали гематаксилином - эозином, азур-2-эозином, по Браше.

Результаты и их обсуждение. Железистый аппарат двенадцатиперстной кишки, по нашим данным, образован дуоденальными и кишечными железами. Дуоденальные железы, преимущественно альвеолярно-трубчатой структуры, более крупные, их начальные отделы находятся в подслизистой основе, выводные протоки открываются преимущественно между кишечными железами. Кишечные железы (крипты) имеют трубчатую форму, иногда частично разветвлены в базальном отделе, залегают в собственной пластинке слизистой оболочки. Лимфоидные структуры двенадцатиперстной кишки представлены лимфоидными узелками (преимущественно со светлыми центрами) и диффузной лимфоидной тканью, а также отдельными клетками лимфоидного ряда (в основном малыми лимфоцитами), расположенными в поверхностном эпителии.

По нашим данным, у новорождённых детей и в раннем детском возрасте, несмотря на су-

щественное развитие желёз и лимфоидной ткани (принцип структурной достаточности), клетки лимфоидного ряда в непосредственной близости от выводных протоков дуоденальных желёз, в их строме в пределах начального отдела, возле кишечных крипт выявляются достаточно редко, что свидетельствует о незначительной интенсивности лимфоидно-железистых взаимоотношений. В подростковом возрасте, и в особенности в 1-м и 2-м периодах зрелого возраста, клетки лимфоидного ряда возле железистых структур выявляются постоянно и на протяжении всей слизистой оболочки и подслизистой основы двенадцатиперстной кишки. Клетки лимфоидного ряда, среди которых преобладают малые лимфоциты (32,5+4,5%) и средние лимфоциты (23,6+4,0%), макрофаги, плазматические клетки, постоянно находятся непосредственно возле выводных протоков дуоденальных желёз. Эти клетки окружают выводной проток железы циркулярными рядами (типа «венчика»). Количество рядов, образованных метками лимфоидного ряда, максимально возле покровного эпителия (5-7 рядов), уменьшается вглубь кишечной стенки. Число таких рядов возле мышечной пластинки слизистой оболочки обычно составляет 3-4, в подслизистой основе, там, где выводные протоки только начинаются - 2-3 ряда. Кроме того, возле выводного отверстия железы (устья) в собственной пластинке слизистой оболочки находятся часто лимфоидные узелки. Иногда выводной проток железы как бы прободает сам лимфоидный узелок, обычно в его центральной части. Эти узелки имеют преимущественно центры размножения. Возле стенок кишечных крипт, в собственной пластинке слизистой оболочки, на протяжении всей кишечной стенки также имеются клетки лимфоидного ряда (малые, средние, большие лимфоциты, макрофаги, отдельные тучные клетки, плазматические), сопровождающие железу на всём её протяжении. Создаётся впечатление, что лимфоидные клетки (их ряды, лимфоидные узелки) наподобие «сторожевых постов» контролируют проникновение чужеродного материала через просвет железы в толщу кишечной стенки. Кроме того, клетки лимфоидного ряда, по нашим данным, в этом возрасте постоянно встречаются и образуют тяжи (ряды), скопления неправильной формы в соединительнотканной строме железы, разделяющей её дольки, группы начальных частей железы (альвеол) друг от друга. Часто отдельные клетки лимфоидного ряда имеются в самой эпителиальной выстилке железы, т.е. находятся между секреторными клетками, что, видимо, свидетельствует об иммунном надзоре за секреторным процессом.

Выводы. В пожилом и старческом возрасте, по нашим данным, на фоне общей редукции железистых и лимфоидных структур (уменьшение размеров начальных отделов желёз, их числа, размеров и количества лимфоидных узелков и центров размножения) ослабевает интенсивность лимфоидно-железистых взаимоотношений. Клетки лимфоидного ряда в меньшем количестве и реже определяются возле выводных протоков желёз, в их строме. Это может свидетельствовать о возрастном ослаблении местных иммунных процессов в стенке кишки, что создаёт морфо - физиологические предпосылки для развития сенильной патологии этой области.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Зуфаров К.А. Иммунные структуры и возраст//Здравоохранение Киргизии. -1983, вып. 12.- С.56-59
- 2.Сапин М.Р., Никитюк Д. Б., Шадлинский В. Б., Мовсумов Н. Т. Малые железы пищеварительной и дыхательной систем.-М.,АПП«Джангар», 2000

ХУЛОСА

Хусусиятҳои морфологии робитаҳои лимфавӣ - ғадудӣ дар девораи рӯдаи

дувоздаҳангуштаи инсон дар ҷанбаи синну солӣ

С.Г. Ибодов, Д.Б. Никитюк, К.М. Қурбонов

Мақолаи мазкур ба омӯзиши хусусиятҳои морфологии робитаҳои дутарфаи бофтаи лимфавӣ ва эпителиаи ғадудӣ дар девораи рӯдаи дувоздаҳангуштаи одамони синну солашон гуногун баҳшида шудааст.

Мушоҳидаҳо нишон доданд, ки бо гузашти синну сол шиддати робитаҳои лимфавӣ - ғадудӣ,

ҷараёни масунии мавзей дар девораи рӯдаҳо суст мегарданд. Ин, дар навбати худ, заминаи сох-
тору вазоифи ро барои инкишофи эътилоли сенилӣ (пирӣ) фароҳам меорад.

SUMMARY
AGE ASPECT OF MORPHOLOGICAL PECULIARITIES
OF LYMPHOID-GLAND CONNECTIONS AT WALLS
OF HUMAN DUODENUM

S.T. Ibodov, D.B. Nikityuk, K.M. Kurbanov

In the article the study of morphological connections between lymphoid tissues and gland epithelium in walls of duodenum in healthy persons of different age. It was shown that by age the intensity of lymphoid-gland-connections, local immune processes at walls of duodenum was weakened that forms morphological and physiological base for initiation of senile pathology of the locus.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОГО
РАЙОНИРОВАНИЯ В СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ
ТАДЖИКИСТАН

Ф.Ф. Сайфуллоев

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории
медицины ТГМУ*

Введение. Современный этап развития медицинской службы характеризуется новыми задачами, решение которых должно быть направлено на повышение уровня, качества и эффективности лечебно-профилактической помощи. Исключительное значение приобретает разработка научно обоснованных предложений по прогнозированию размещения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) как основы составления планов социально-экономического развития конкретной территории. В республиканском, областных и районных центрах сегодня имеются реальные возможности предоставления населению необходимой амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (1,7,8,10).

Удовлетворение потребности сельского населения в медицинской помощи в оптимальном объёме и адекватном качестве зависит в первую очередь от научно обоснованного планирования развития сети ЛПУ и её материально-технического и кадрового состояния (3,4,6,9). В связи с этим, уровень развития сети ЛПУ следует рассматривать как важнейший показатель и критерий обеспечения населения медицинской помощью.

В указанном аспекте дальнейшее совершенствование методов и принципов научного обоснования перспективных схем территориального размещения ЛПУ в сельской местности Таджикистана является важной государственной социально-гигиенической проблемой, от решения которой зависит укрепление здоровья населения и обеспечение его доступной медицинской помощью.

Сложность решения проблемы развития сети ЛПУ в Таджикистане обусловлена огромным разнообразием географических условий, характером расселения, административной значимос-