

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ



«ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН
МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ» АҚ

«Терапиялық пәндер» кафедрасы

**Тақырыбы: *Балалардағы бауыр, өт қапшығы, ұйқы
безінің сәулелік диагностикасы***

Орындаған: Мамыр.А

Тобы: В-ЖМҚА-07-19

Қабылдаған: Шапамбаев .Н

Шымкент 2021ж.

БАУЫР

Көлемді безді ағза болып табылады (массасы 1500 г-ға жуық).

Бауыр екі беті бар: диафрагмалды және висцералды. Біріншісі-дөңес, тегіс, диафрагма формасына сәйкес келеді. Екіншісі күрделі рельефке ие, бұл жақын маңдағы органдардың бороздалары мен жаншылуының болуына байланысты. Екі сагитталды бороздар бөлінеді. Оң борозда төменгі қуыс вена (НПВ) өтеді және өт қабы жатыр. Сол жақта-бауырдың дөңгелек буыны. Бұл бороздар бауыр қақпаларымен қосылады.

Бауырдың УЗ-зерттеу көрсеткіштері

УДЗ көрсеткіштері-науқастың көптеген клиникалық белгілері мен шағымдары:

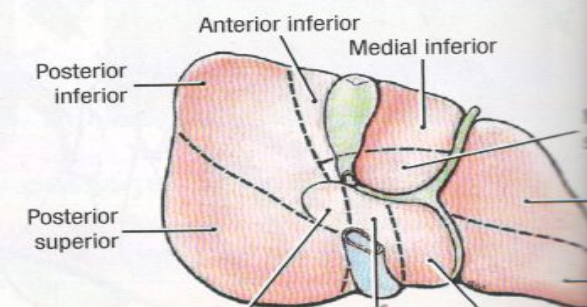
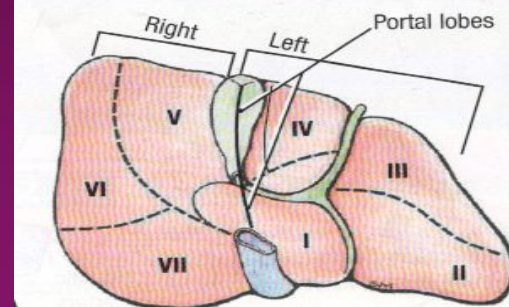
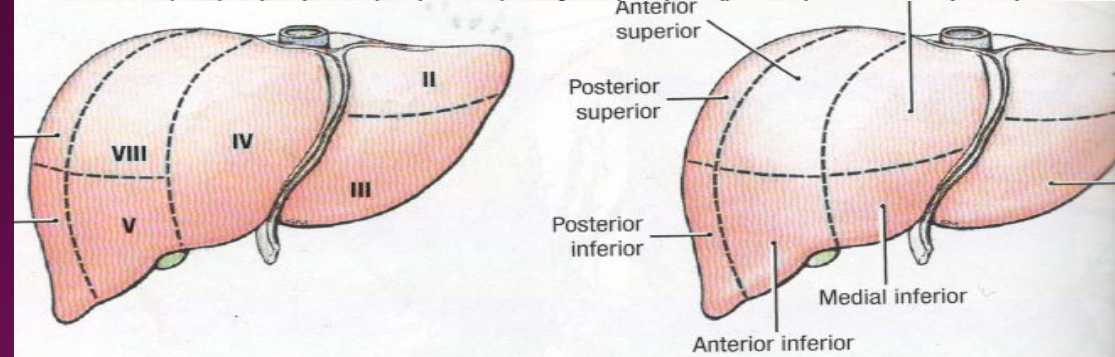
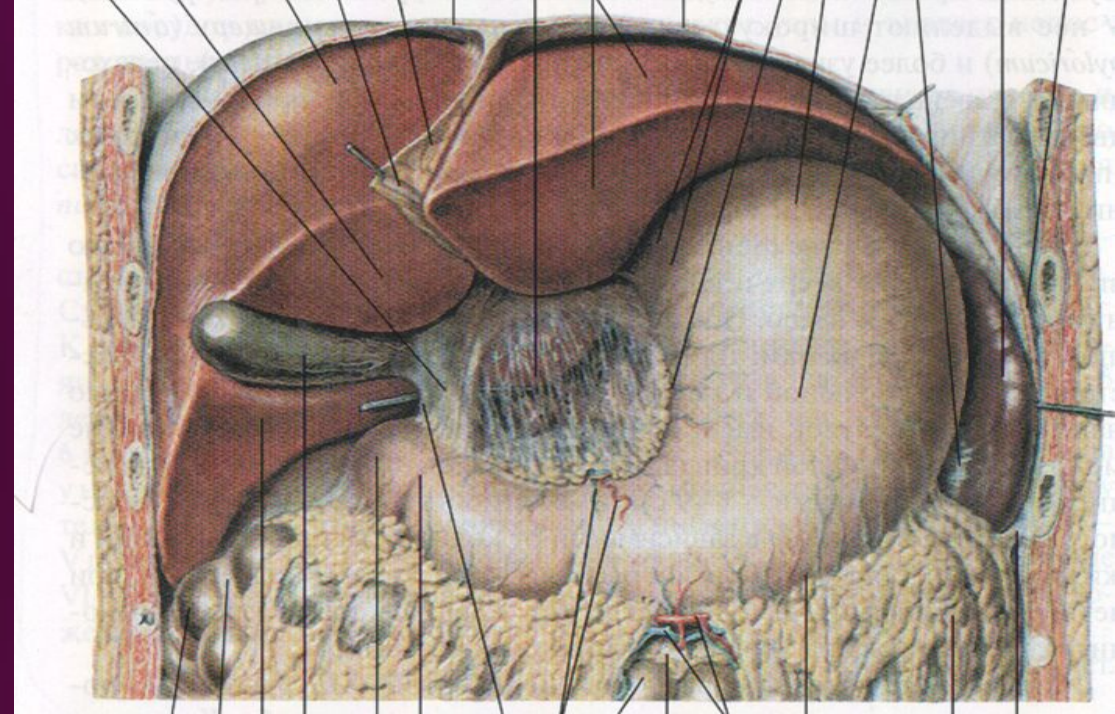
гепатомегалия;

іштің ауыруы;

ішкі органдардың кистасына, ісіктеріне және обырына күдік;

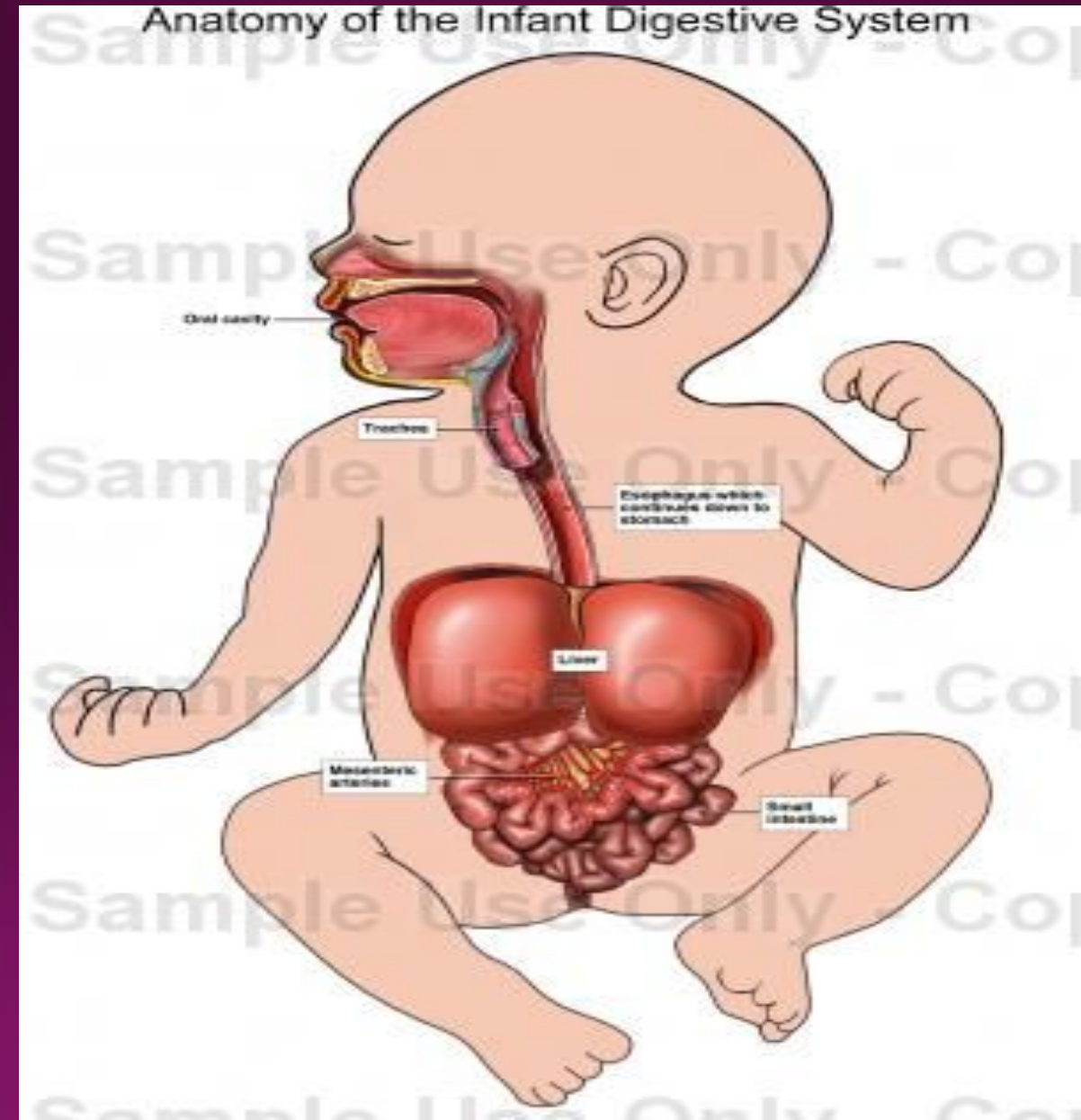
сарғаю;

асқазан-ішек жолдары мүшелерінен қан кету;



Бауыр топографиясы

Бауыр алдыңғы іш қабырғасының құрсақүсті аймағында проекцияланады. Дененің алдыңғы-бүйір бетіне проекцияланған бауырдың жоғарғы және төменгі шекаралары бір-бірімен екі нүкте: оң және сол жағынан түйіседі. Бауырдың жоғарғы шекарасы оң жағынан X қабырғааралықта ортаңғы қолтық сызығында басталады. Ол осы жерден бауыр жанасып жатқан көкет проекциясына сәйкес тіке жоғары және медиалды көтеріліп, оң ортаңғы бұғана сызығы бойында IV қабырғааралықта орналасады. Ол осы жердентөс жоғары негізі processus xiphoides қиып өтеді және V қабырғааралығында - linea sternalis sinistra және linea mamillaris sinistra арасында орналасады. Төменгі шекарасы жоғарғы шекара сияқты X қабырғааралығында басталып, одан қиғаш және медиалды өтіп, оң жағынан X қабырға және IX шеміршектерін қиып өтеді. Одан құрсақүсті аймағымен қиғаштай солға және жоғары жүріп, қабырға доғасын VII сол жақ қабырға шеміршегі деңгейіне қиып өте, V қабырғааралығында жоғарғы шекарамен қосылады.



Балалардағы бауыр

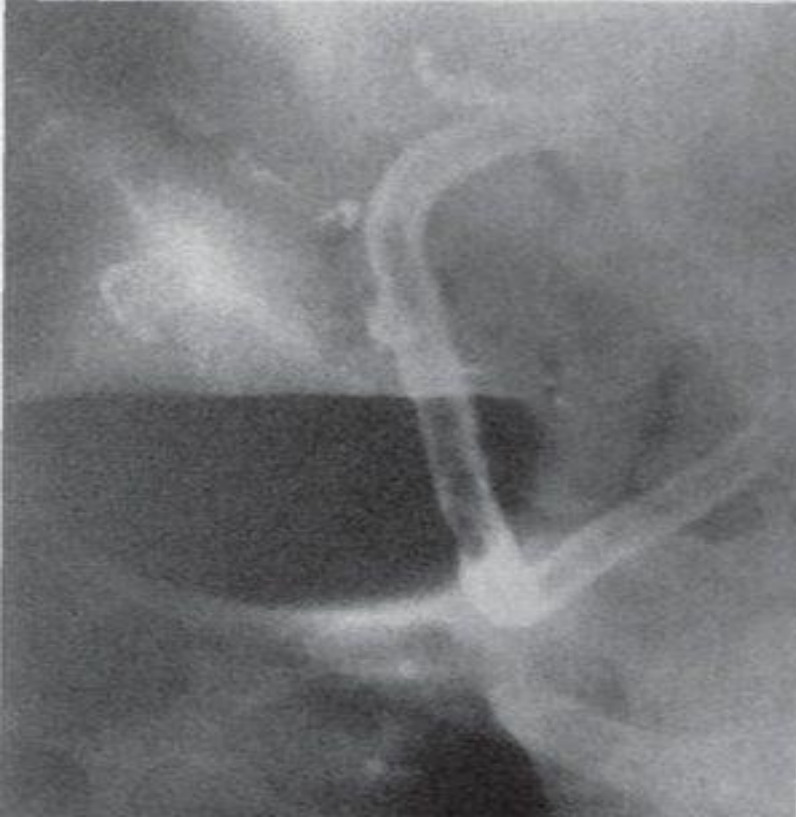
Баланың бауыры ұлғайған жағдайы гепатомегалия деп аталады. Әдетте, 7 жасқа дейінгі балаларда көбею уақытша табиғатқа ие, ал жоғары жастағы бауыр және басқа ішкі мүшелердің аурулары салдарынан дамиды. Бірінші жағдайда дәрі-дәрмекпен емдеу жүргізілмейді, орташа гепатомегалия тіркеледі, УДЗ және басқа да аспаптық зерттеу әдістері арқылы дәрігерлік бақылау ұсынылады. Патологиялық гепатомегалия кезінде паренхиманың ұлпаларының өсуінің нақты себебін анықтау қажет. Терең диагностика жүргізіледі, кешенді емдеу тағайындалады. Бала бауыры үлкейген-ауру емес, тек физиологиялық немесе патологиялық процестің белгісі. Әр гепатомегалияны медицина қызметкерлері мазасыздық ретінде қарастырмайды, кейбір жағдайларда бұл норманың нұсқасын тек медицина маманынан көруге болады. Егер балада 1 жылда бауыр үлкейсе, гепатомегалия жас шектеріне салынады, басқа симптомдар жоқ, бұл қалыпты.

Бауыр аурулары кезінде рентгендік зерттеу бұрыннан қолданылады және диагноз қоюға көмектесетін бірқатар мәліметтерді алуға мүмкіндік береді. Тіпті бауыр аймағының әдеттегі рентгеноскопиясы кезінде де бауыр өлшемдерінің өзгеруін, диафрагманың оң күмбезінің тұру биіктігін және оның контурының ақауын, асқазан көпіршігінің солға үлкейтілген бауырмен қысылуын анықтауға болады. Бауыр аймағын шолу рентгенографиясы жеткілікті ақпарат береді. Суретте ошақтық түзілімдермен шартталған ісіну немесе фестончатость түрінде бауыр контурының өзгеруін анықтауға болады. Кейде гемангиомға және паразиттік зақымдануларға тән иіс сезу анықталады. Ескерту суреті бойынша патологиялық процестің сипатын анықтауға болады. Эхинококкалық кистаның хитин қабығында әктас шөгінділері кезінде суретте сақина тәрізді көлеңке анықталады. Капсула толық түспеген жағдайда оның жергілікті орналасуы айқындалуы мүмкін. Кальциноз гидатидтің ішіндегісін ұшырауы мүмкін, бұл суретте тиісті суреттің пайда болуына әкеледі.



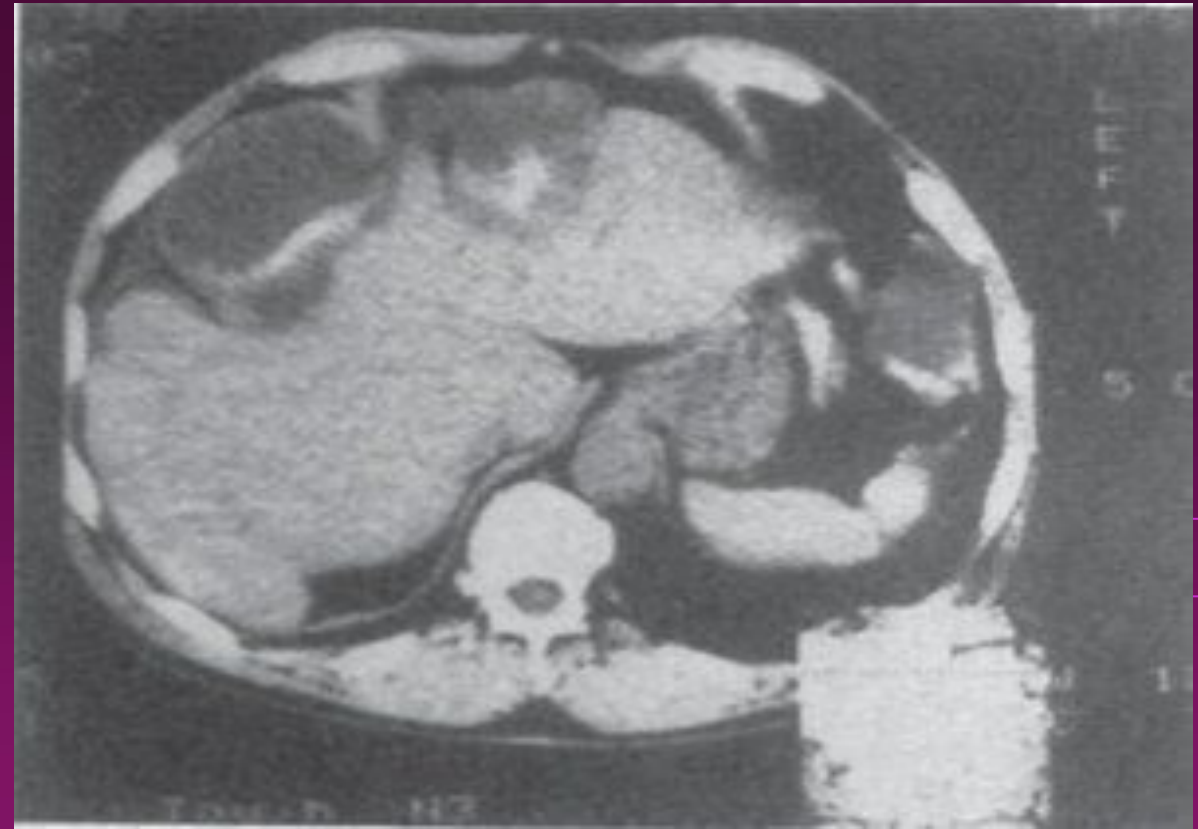


Альвеококкозда бауыр көлеңкесінде "эк шашырауы" түрінде өтудің пайда болуы тән. Олардың вариабелену сипаты — аз қалақшадан бастап паразит түйінінің контурын қайталайтын әктің массивті шөгінділеріне дейін.

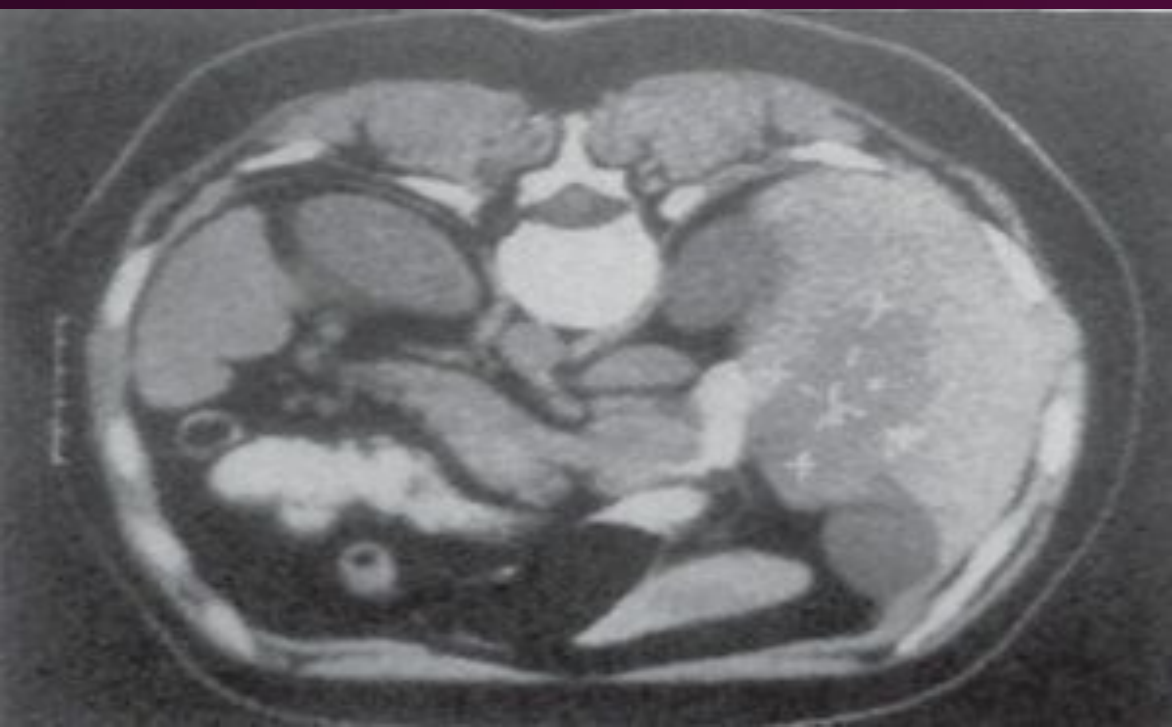
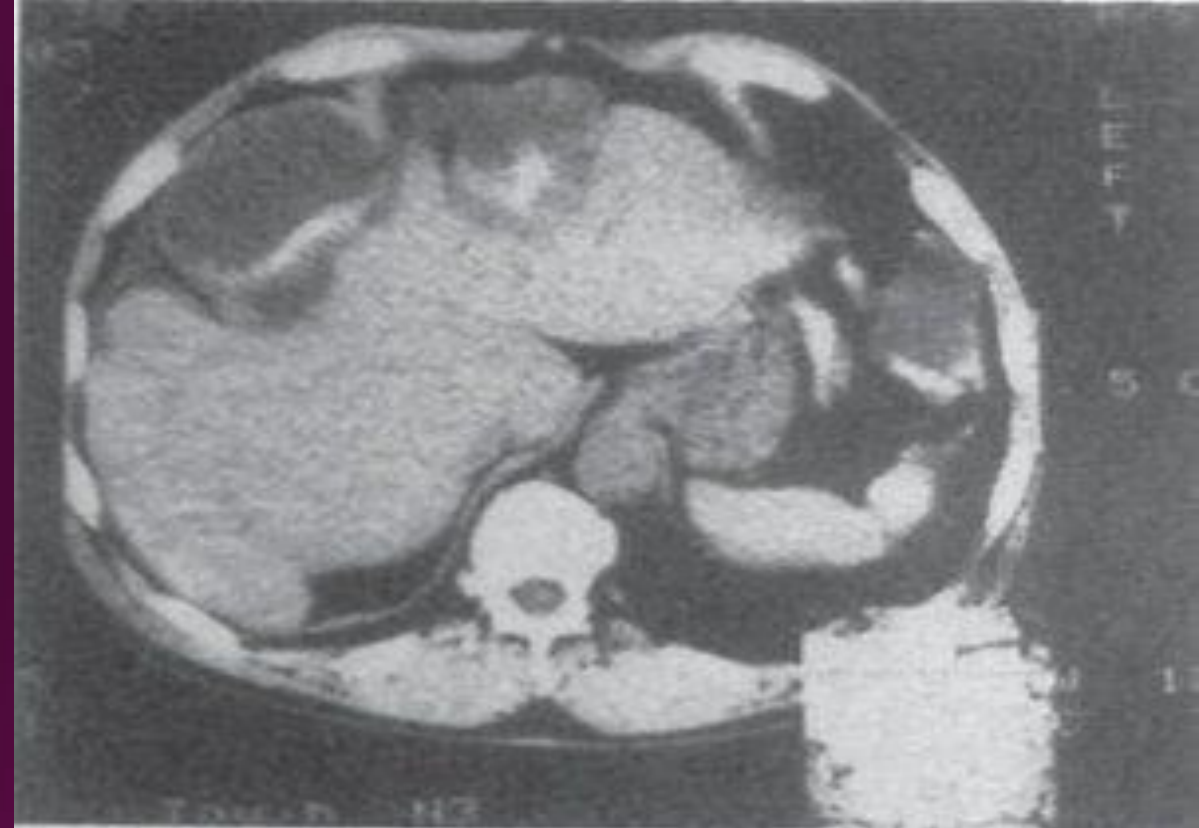


Паразитарлық зақымданулардың және бауырдың қатерсіз ісіктерінің маңызды рентгенологиялық белгісі - баяу өсіп келе жатқан патологиялық ошақта дамиды оның зақымданбаған бөліктерінің гипертрофиясы. Бауырдың саусақтары мен абсцессінде бірқатар жағдайларда киста немесе абсцесса қуысындағы сұйықтық деңгейін анықтауға болады.

Компьютерлік томография бұл әдіс рентгендік зерттеу мүмкіндігін едәуір арттырды. Дж.Д. Хаунсфилд (1973) алғашқы компьютерлік томограф құрды және зерттеу кезінде оның нақтылығын арттыру үшін суретті күшейтуді ұсынды. Әдісті енгізгеннен кейін бауырдағы эхинококкалық кисталардың бар болуын анықтау және тіпті киста қуысында еншілес көпіршіктерді анықтау мүмкін болды. Компьютерлік томограммаларда бауыр контурының өзгеруі, магистральды қан тамырлары мен жолдарының ығысуы тіркеледі, бұл да диагностикаға көмектеседі.



Бауырдың қайталама (метастатикалық) ісіктері кезінде ағзада дөңгелектенген төменгі тығыздықты, жиі көпше түзілімдер бар. Бауырдың алғашқы обырында сурет тығыздығының гетерогенді төмендеуі және патологиялық ошақтың контурының анық болмауы тән



Компьютерлік томограммалардағы гемангиомалар суреттің төменгі тығыздығының контурларының анық еместігімен және бауырдың сау бөліктерінен анық шектеумен ерекшеленеді.

Тек жанама УЗ-деректерді шешу кезінде ісік сипатының белгілері бар. Қатерлі: шайылған контур, тамырлар мен капсулаға өсу, лимфа түйіндерінің өзгеруі. Қатерсіз: айқын контур, баяу өсу, тамырлардың қысылуы.



Метастазы в печень



Балалардың ең жиі кездесетін қатерлі ісігі — гепатобластома. Ол біртекті гиперэхогенді тығыз құрылымы, айқын контуры бар.

Бауыр ангиографиясы

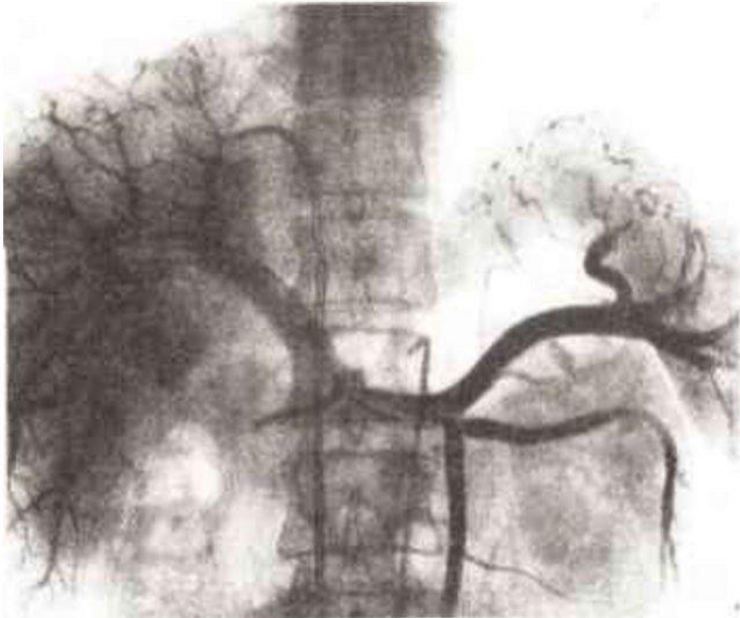
Бауыр ангиографиясы іш қолқасының висцералды бұтақтарын селективті ангиографияны енгізумен үлкен клиникалық мәнге ие болды. Ангиографиялық әдістер арасында целиако - және мезентерикография кеңінен таралған. Ангиографияны патологиялық процесті анықтау және оның ерекшеліктерін анықтау үшін, сондай-ақ жедел емдеу мәселесін шешу үшін қолданады. Бұл әдіс бауырдың ошақтық зақымдануын, ісіктерді, паразиттік ауруларды, даму ақауларын және осы аймақтағы өз тамырлы патологиясын анықтау үшін қолданылады. Әдіс пациенттің ауыр жағдайы, жіті жұқпалы аурулар, психикалық бұзылулар, йодты препараттарға жоғары сезімталдық кезінде қолдануға болмайды



Гепатовенография

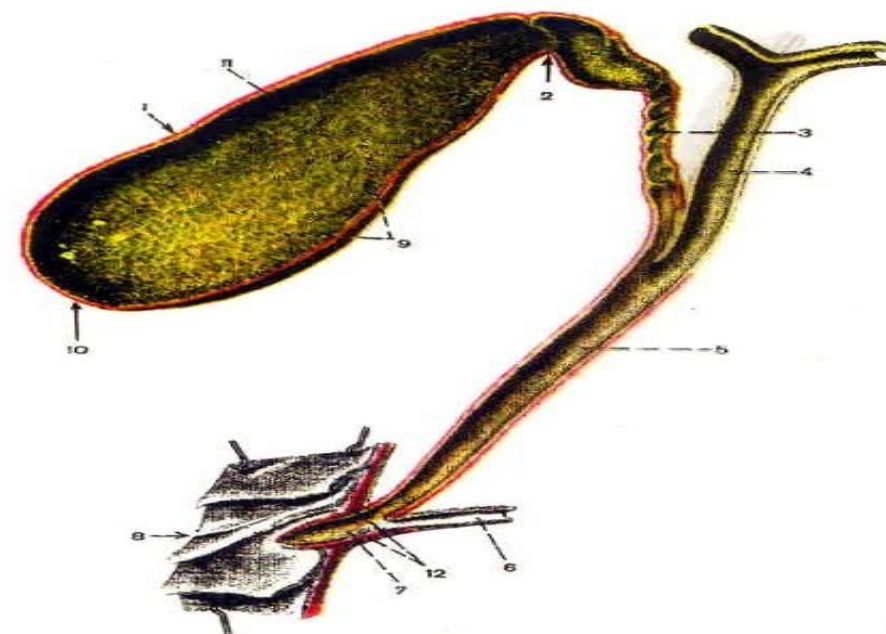
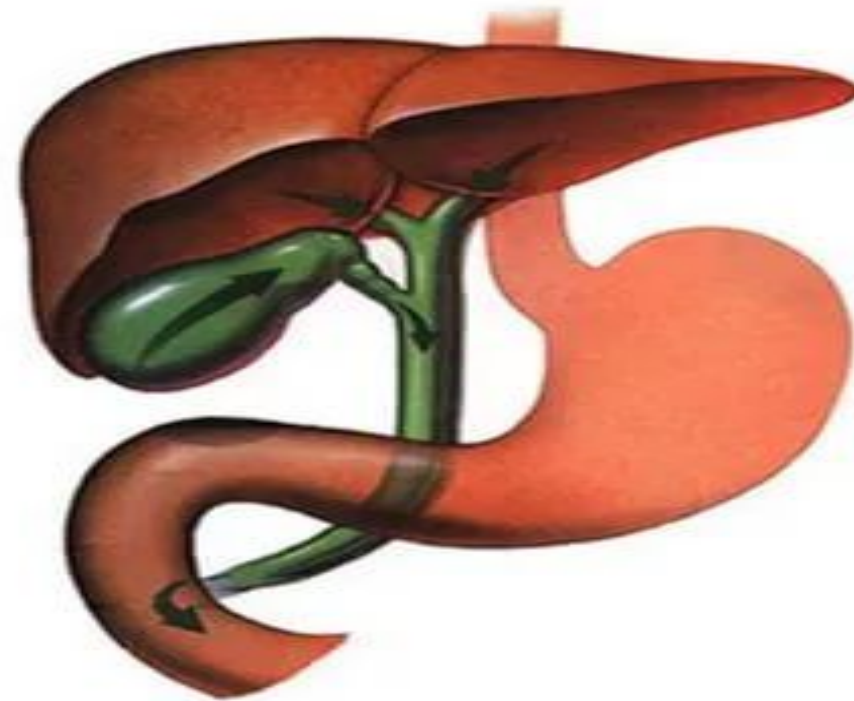
Сонымен қатар, клиникалық практикада гепатовенография (бауыр флебографиясы) қолданылады. Әдіс бауыр циррозы бар емделушілерде шунт салу операциясының алдында бауырдан кету жағдайын нақтылау, Бадц-Киари синдромын диагностикалау қолданылады.

Гепатовенография



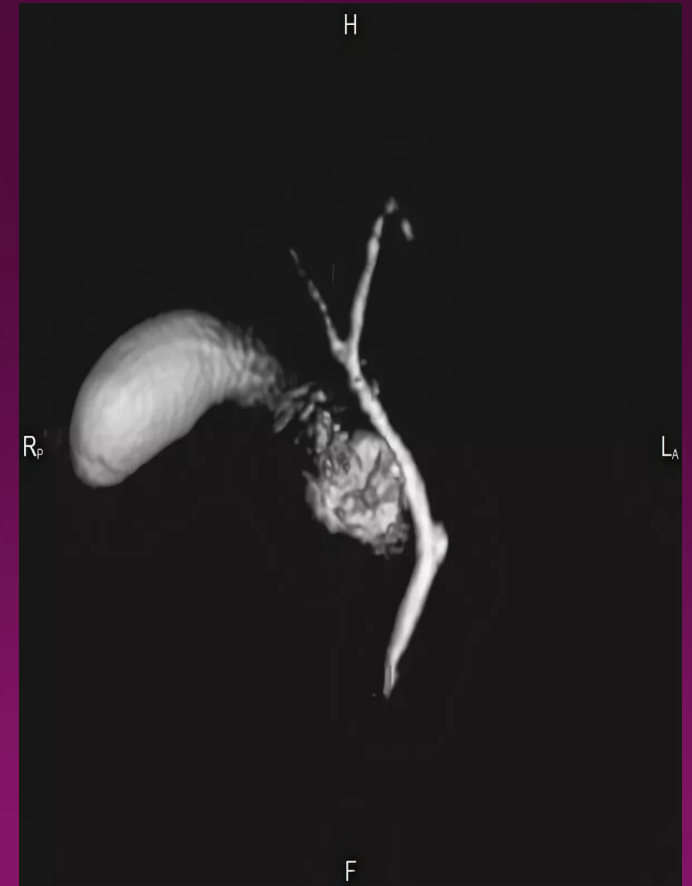
ӨТҚУЫҚ

Өт (*bilis, fel*) – адам мен омыртқалы жануарлардың бауырындағы безді клеткалардан бөлінетін сарғыш-қоңыр түсті сұйықтық. Өт тәулік бойы үздіксіз бөлінгенмен, оның бөліну жылдамдығы, көлемі әр түрлі өзгеріп отырады, ол ас қабылдау мерзіміне сәйкес келеді. Организмдегі өт, бауыр өті және қапшық өті болып бөлінеді. Ас қорытудан тыс уақытта бауыр өті өт қапшығына жиналып, судың, әр түрлі тұздардың (электродиттердің) кері сорылуына байланысты қоюланып сақталады. Бауыр өтінің тығызд. – 1,010 – 1,015, рН – 7,4 – 8,0, ақшыл-сары түсті. Өт қапшығы өтінің құрамындағы негізгі заттардың (өт қышқылы тұздары, пигменттер, холестерин, майлы қышқылдар, аниондар, катиондар) тығызд. бауыр өтімен салыстырғанда 5 – 10 есе жоғары болады. Қара-қоңыр түсті, қою, тұтқыр болып келеді. Өт түзу қалыпты бауыр клеткаларының (гепатоциттер) суды, өт қышқылдарын, билирубинді өт түтікшелеріне бөлуден басталады. Өт ішектегі өт майларының ыдырауына, бөлшектенуі мен сорылуына қажет. Ас қабылдаған соң өт ішекке құйылады, яғни, алдымен өт өзегіндегі өт, одан соң өт қапшығы өті, соңында бауыр өті түседі. Ішекке қапшық өтінің түсуі гормондық заттармен (секретин, холецистокинин) реттеледі, одан басқа, майлы заттар өт қапшығының жиырылуы мен босаңсуына себепші болады. Ересек адамдардың бауыры тәулігіне 500 – 700 мл өт бөледі. Жануарлардың, әсіресе, ірі қара малдың өтінен алынған препараттар медицинада кеңінен қолданылады.

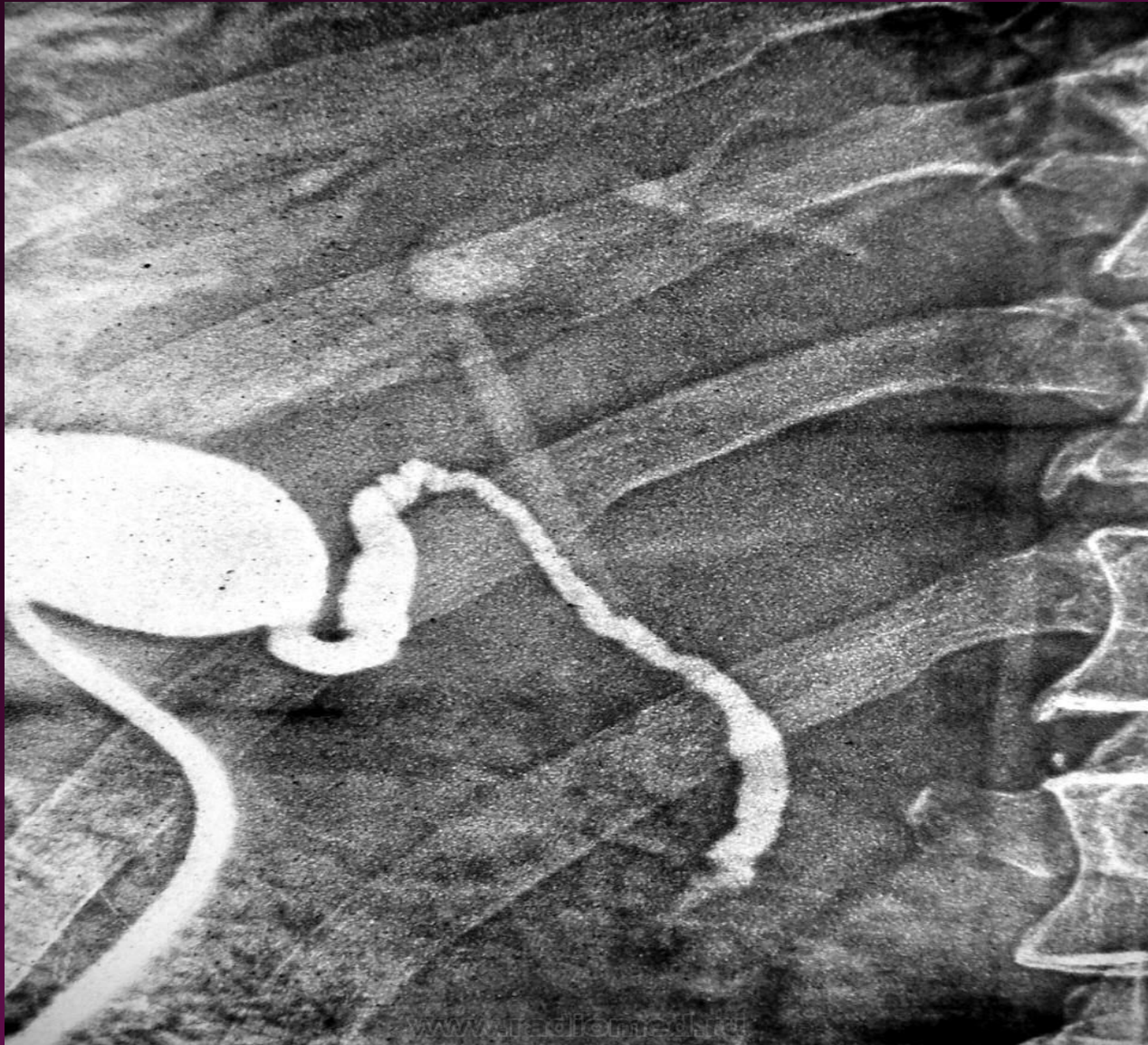


Холецистохолангиография

Жіті аурулар кезінде пероральді және көктамырішілік холецистохолангиография аз информативті, өйткені зақымданған гепатоциттер өтке контрасты заттарды аз мөлшерде апарды. Бұл зерттеу әдістері вирустық гепатиттің реконвалесценциясы кезеңінде, өт шығару жолдарының оқшауланған патологиясы кезінде, сондай-ақ созылмалы гепатит кезінде жақсы нәтижелер береді.

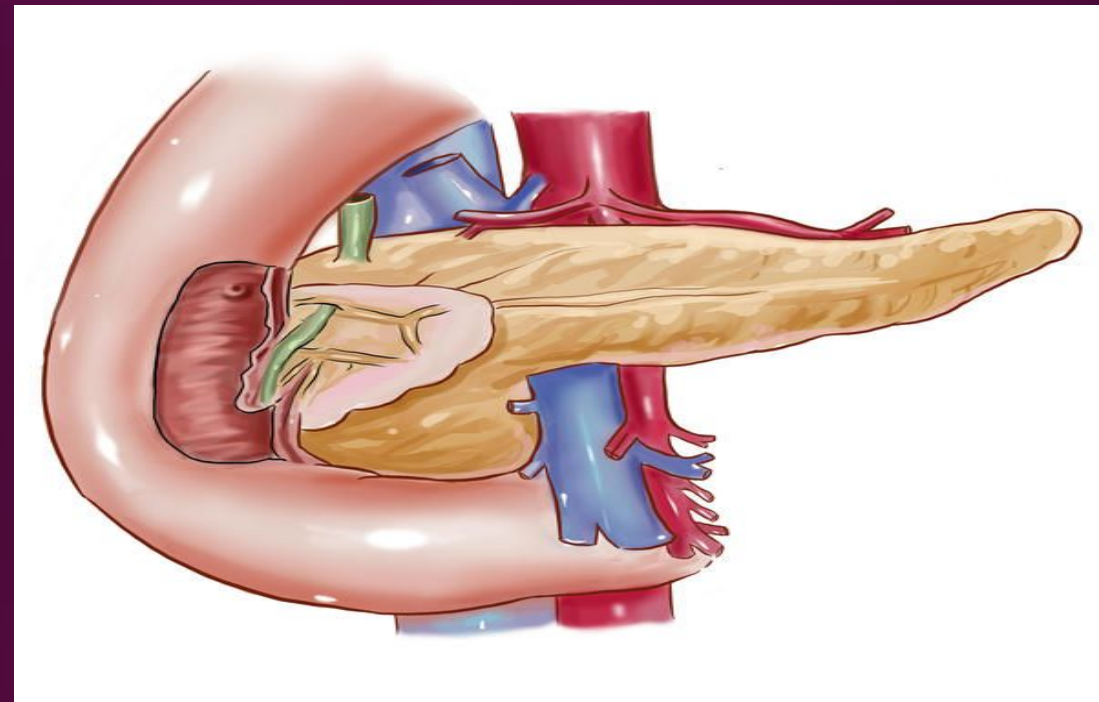


Холецистография өт қабы мен өт жолдарының анатомиялық құрылымы мен функционалдық белсенділігін зерттеу үшін тағайындалады. Алынған бейнеде зерттелетін аймақтың пішіні мен жағдайын, нормадан ауытқыған оның жағдайының жылжуын бағалауға болады. Жаңа түзілімдер мен тастардың шамасы әртүрлі жазықтықтарда жасалған бірнеше суреттер бойынша бағаланады. Екі өлшемді сурет өт қабының немесе түтіктердің жұмысына кедергі болатын көлемді аномальды түзілімдерді, ісіктерді және полиптерді бағалауға мүмкіндік береді. Холецистохолангиография ішкі органның айқын суретін береді: өт қабы тегіс пішінді және жұқа пішінді алмұрт тәрізді пішінді болады. Нормадан кез келген ауытқуларды дәрігер-рентгенолог бекітеді және зерттеудің қосымша әдістерін тағайындау үшін себеп болып табылады. Өт қабының пішіні дененің құрылымдық ерекшеліктеріне байланысты нормадан өзгеше болуы мүмкін. Гиперстенниктерде көпіршік дөңгелек формамен ерекшеленеді, ал астеникте жоғары созылған: орган құрылымы мен орналасуының ерекшеліктерін холецистохолангиография бойынша қорытынды жазатын дәрігер бағалайды.



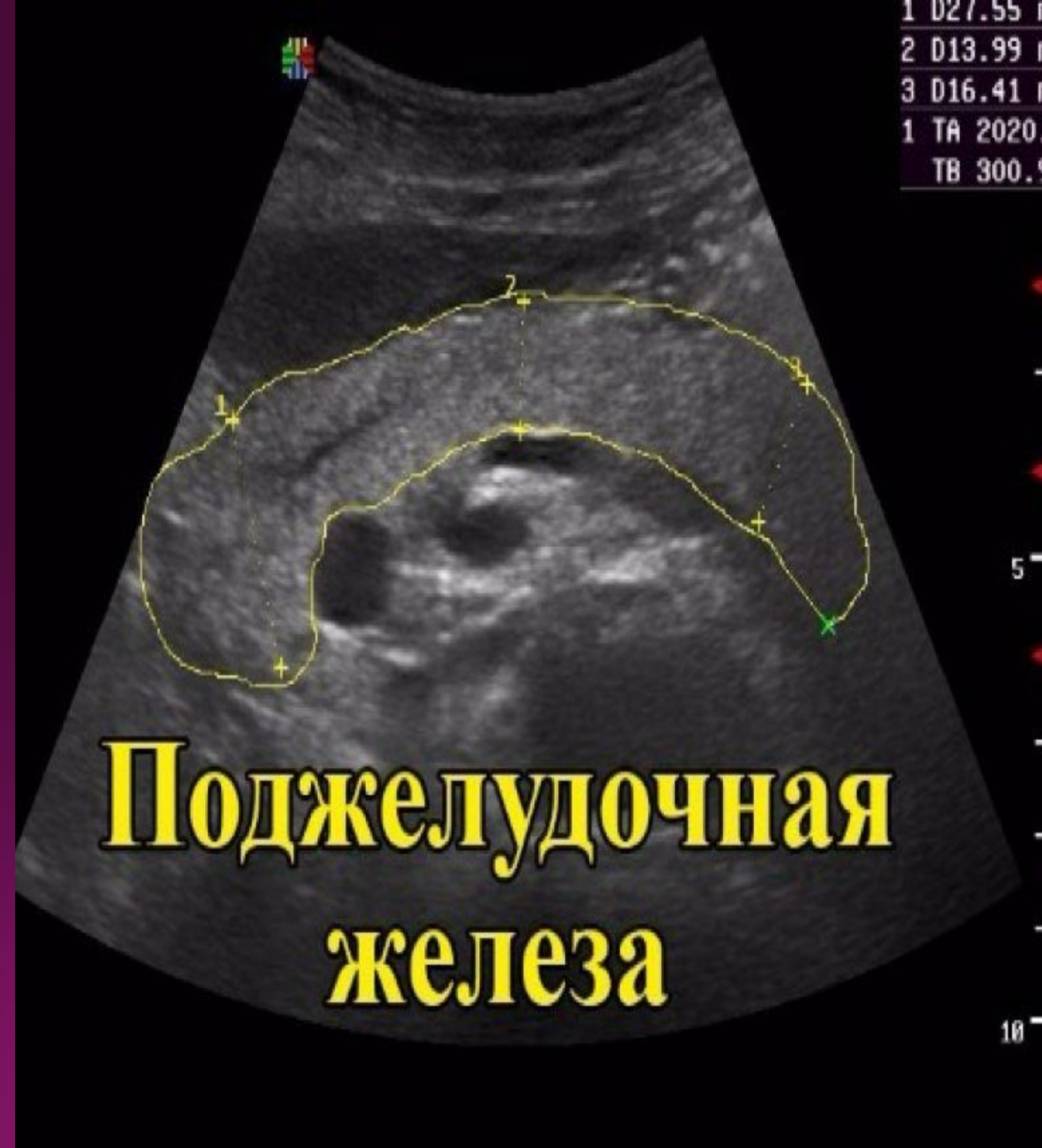
Ұйқы безі

Сыртқы және ішкі секреция безі. Ұйқы безі ішперде орналасқан. Оның басы он екі елі ішектің ілмегінде ортаңғы сызықтың оң жағында орналасқан, ал құйрығы көкбауырдың жағасына қарай созылады. Бездің жалпы ұзындығы 12-15 см, ені - 3 - 6 см, қалыңдығы 2-4 см. бездің құпиясы ұйқы безі арқылы бөлінеді, оның диаметрі әдетте 2-3 мм аспайды. Ұйқы безінің қосымша ағыны (санториниев проток) он екі елі ішектің кіші сосокасы арқылы ашылады. Іш қуысының шолу рентгенограммаларында ұйқы безі бөлінбейді. Бұған қоса, созылмалы панкреатит кезінде паренхималар, протокист қабырғалары мен тастардың таралуының сирек жағдайлары ғана болып табылады. Шолу суреттерінде, сондай-ақ асқазан мен ішекті контрасты рентгенологиялық зерттеуде бездің зақымдалуының жанама белгілері анықталуы мүмкін. Сонымен, көлемді зақымдануларда оның аш ішектің ілмегінің қозғалуы, асқазан мен көлденең тоқ ішектің арасындағы қашықтықтың ұлғаюы байқалады. Әсіресе, бездің басындағы көлемді процестер он екі елі ішектің ілмегі жағынан көрінеді: ол кеңейеді, ішектің қабырғалары деформацияланады, оның төменгі бөлігі "төңкерілген үштіктің" (Фростберг симптомы) түріне ие болады. Жіті панкреатит кезінде кеуде қуысының рентгенограммаларында өкпенің базальды бөлімдерінде инфильтраттар және плевральды жайылу анықталуы мүмкін. Іш қуысының шолу рентгенограммаларында ұйқы безі бөлінбейді. Бұған қоса, созылмалы панкреатит кезінде паренхималар, протокист қабырғалары мен тастардың таралуының сирек жағдайлары ғана болып табылады



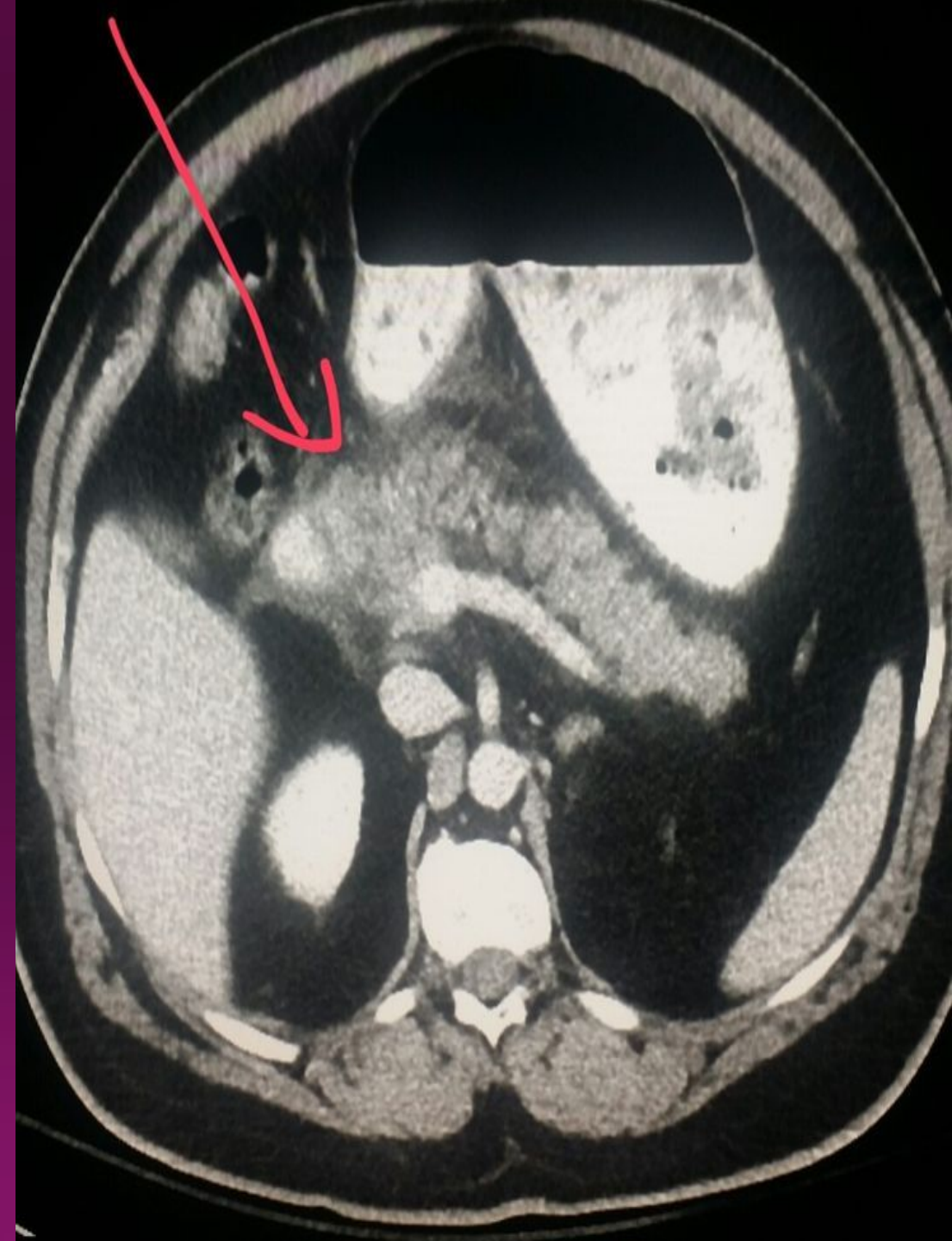
Сонография

Ұйқы безін зерттеудің бастапқы әдісі болып табылады. Сонограммаларда бауыр мен асқазанның алдыңғы және төменгі қуыс көктамыр, құрсақ аортасы, омыртқа және артындағы көкбауыр көктамыры арасындағы ұзарған біркелкі емес жолақ ретінде анықталады. Темірдің жанында басқа анатомиялық құрылымдарды анықтауға болады: жоғарғы брыжептік артерия мен көктамыр, көкбауыр артериясы, бауыр артериясы, порталды Вена. Бездің эхогендігі әдетте бауырдан әлдеқайда жоғары. Ұйқы безі сонограммада барлық адамдарда көрінетінін ескеру керек. Шамамен 20% науқастарда бездің ультрадыбыстық локациясы газбен үрленген ішек ілмектерінің салдарынан қиын. Безі тек 1/3 емделушілерде сонограммаларда анықталады.



К

Компьютерлік томография ұйқы безінің жағдайы туралы маңызды ақпаратты алуға мүмкіндік береді. СТ бездің, сондай-ақ басқа органдардың: өт жолдарының, бүйректің, көкбауырдың, брыжейканың, ішектің жағдайын дәл бағалауға мүмкіндік береді. Ультрадыбыс күшсіз болған жағдайларда - айқын метеоризм жағдайында темірді визуализациялау мүмкіндігі. Көлемді түзілімдердің дифференциалды диагностикасы үшін КТ күшейтумен қолданады, яғни. қарсы заттарды енгізу. МРТ және сцинтиграфия қазіргі уақытта ұйқы безі зақымданған науқастарды тексеруде әлі шектеулі мәнге ие. Компьютерлік томография ұйқы безінің жағдайы туралы маңызды ақпаратты алуға мүмкіндік береді. СТ бездің, сондай-ақ басқа органдардың: өт жолдарының, бүйректің, көкбауырдың, брыжейканың, ішектің жағдайын дәл бағалауға мүмкіндік береді. Ультрадыбыс күшсіз болған жағдайларда - айқын метеоризм жағдайында темірді визуализациялау мүмкіндігі. Көлемді түзілімдердің дифференциалды диагностикасы үшін КТ күшейтумен қолданады, яғни. қарсы заттарды енгізу. МРТ және сцинтиграфия қазіргі уақытта ұйқы безі зақымданған науқастарды тексеруде әлі шектеулі мәнге ие

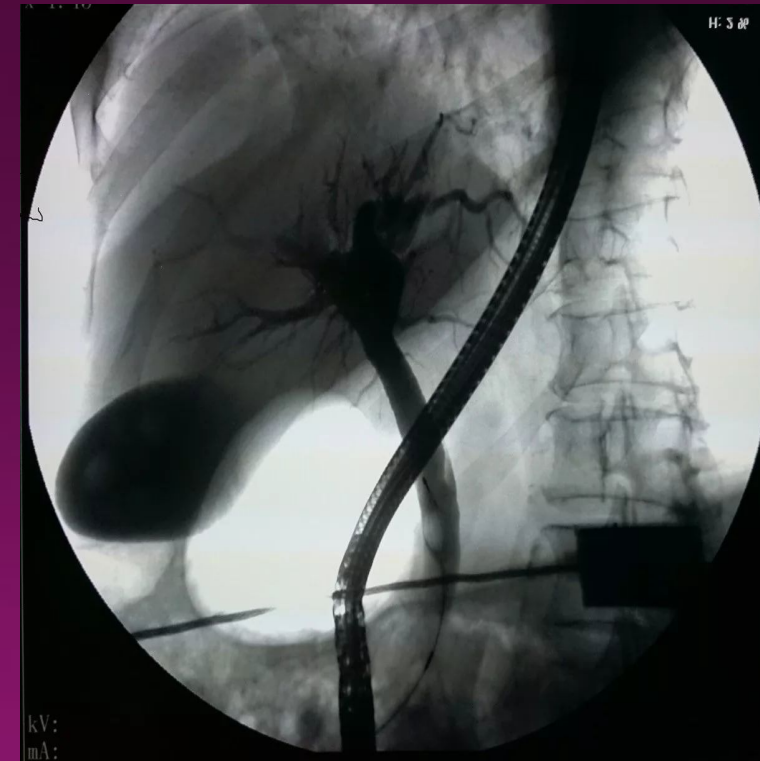
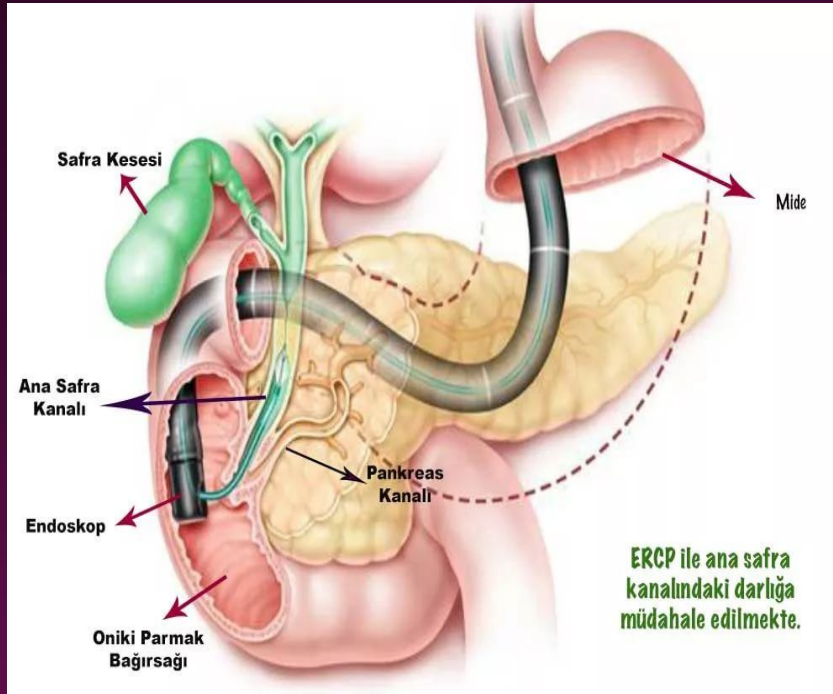


Эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография (ЭРХПГ) ұйқы безінің хаттамаларын және оның паренхимасын маңызды диагностикалық зерттеу болып табылады. Бұл әдіс қатерлі ісік пен панкреатит кезінде өтімділігін бағалауға мүмкіндік береді, бұл хирургиялық емдеу жоспарын жасау кезінде өте маңызды, сондай-ақ кистозды түзілімдері бар хаттамалардың патологиялық қатынасын анықтауға мүмкіндік береді. Эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография (ЭРХПГ) ұйқы безінің хаттамаларын және оның паренхимасын маңызды диагностикалық зерттеу болып табылады. Бұл әдіс қатерлі ісік пен панкреатит кезінде өтімділігін бағалауға мүмкіндік береді, бұл хирургиялық емдеу жоспарын жасау кезінде өте маңызды, сондай-ақ кистозды түзілімдері бар хаттамалардың патологиялық қатынасын анықтауға мүмкіндік береді.



Панкреатохолангиография

Эндоскопиялық ретроградты панкреатохолангиография (ЭРПХГ) холестааздың себебін басқа әдістермен анықтау мүмкін болмаған жағдайларда пайдаланылады. Алдыңғы диагностикаға анамнезді мұқият жинау, науқасты тексеру, УДЗ және (немесе) КТ, мүмкіндігінше көктамыр ішіне контрастдау кіреді. Эндоскопиялық ретроградты панкреатохолангиография ұйқы безі мен өт жолдарының ауруларын анықтауда үлкен маңызға ие. Зерттеуге фибродуоденоскопия, катетермен үлкен дуоденальды емізікті канюлирлеу, өт және панкреатикалық жүрістерге контрасты затты (верографин) енгізу және рентгеноконтрасты зерттеу кіреді. Бұл әдіс холедохолитиазды, ішкі және бауырдан тыс өт жолдарының ісіктерін, перихоледохальді лимфаденитті, ұйқы безі обырын диагностикалау үшін қолданылады.



Қорытынды

Бауыр — қанды тазартуға және удан арылтуға көмектесетін, дененің құрсақ бөлігіндегі оң жақ қабырғалардың астына орналасқан ішкі мүше.

Бауыр — адам ағзасының химиялық зертханасы. 300 миллиардқа жуық бауырдағы жасушалар қаннан ағзаға қажетті қышқылдар мен қорек болар өнімдерді бөліп алады. Оларды сүзгілеп, қажетті жеріне жеткізіп отырады.

Өт — ас қорыту жүйесінің құрамдас бөлігі болып саналатын мүше. Өт бауырдың оң жақ астыңғы қабатында орналасады. Оның пішіні қапшық тәріздес қуыс болып келеді, ал көлемі жұмыртқаның көлеміндей ғана. Өтте бауырдан бөлініп шығатын өт сұйықтығы жиналады.

Өттің ұзындығы 5-14 см аралығында, ені 2,5-4 см аралығында болады. Сырт-қы қабаты (терісі) жұқа әрі созылмалы болып келетін өтке 200 мл мөлшеріндегі өт сұйықтығы сыйып кетеді. Өттің түсі — қою жасыл түс

Ұйқы безі — ішкі және сыртқы бездердің ең ірісі. Бұл бас, дене және құйрық бөлімдерден тұрады. Басы ұлтабармен жанасады. Без екі типті клеткалардан тұрады: біреуі гормондарды (инсулин, глюкагон), басқалары ішекке ұйқы сөлін бөледі. Оның құрамына маңызды ас қорыту ферменттері, оның ішінде трипсин, липаза, амилаза және т.б. трипсин белоктар мен пептидтерді аминқышқылдарға дейін ыдыратады, липаза майларды глицеринге және май қыш-қылына, ал амилаза қалған полисахаридтерді глюкозаға дейін ыдыратады.

Пайдаланған әдебиеттер

1. Сәулелі диагностика: оқулық / РФ білім және ғыл. министрлігі; Г.Е. Труфановтың редакциясымен; қазақ тіліне ауд. Ахметбаева А.Б.; жауапты ред. Ахметбаева А.Қ.; Сеченов И.М. атындағы ГОУ ВПО "Бірінші Москва мемл. мед. ун-ті" ұсынған: ГЭОТАР - Медиа, 2014, Сәулелік диагностика. Бірінші кітап. Кеуде қуысы мүшелерінің қалыпты көрінісі және ауруларының рентгенологиялық негіздері / Хамзин Ә. - Алматы: Эверо, 2010.
2. Сәулелік диагностика. Екінші кітап. / Ә. Хамзин. - Алматы: Эверо, 2010.
3. Рақышев А.Р., Адам анатомиясы. 1-кітап оқулық
4. Рақышев А.Р., - 2-бас., түзет. және толықт.; ҚР Жоғары оқу орындарының қауымдастығы. - Алматы: Дәуір, 2009.
5. Жұмабаев У., Әубәкіров Ә.Б., Досаев Т.М. ж.т.б. Адам анатомиясы