

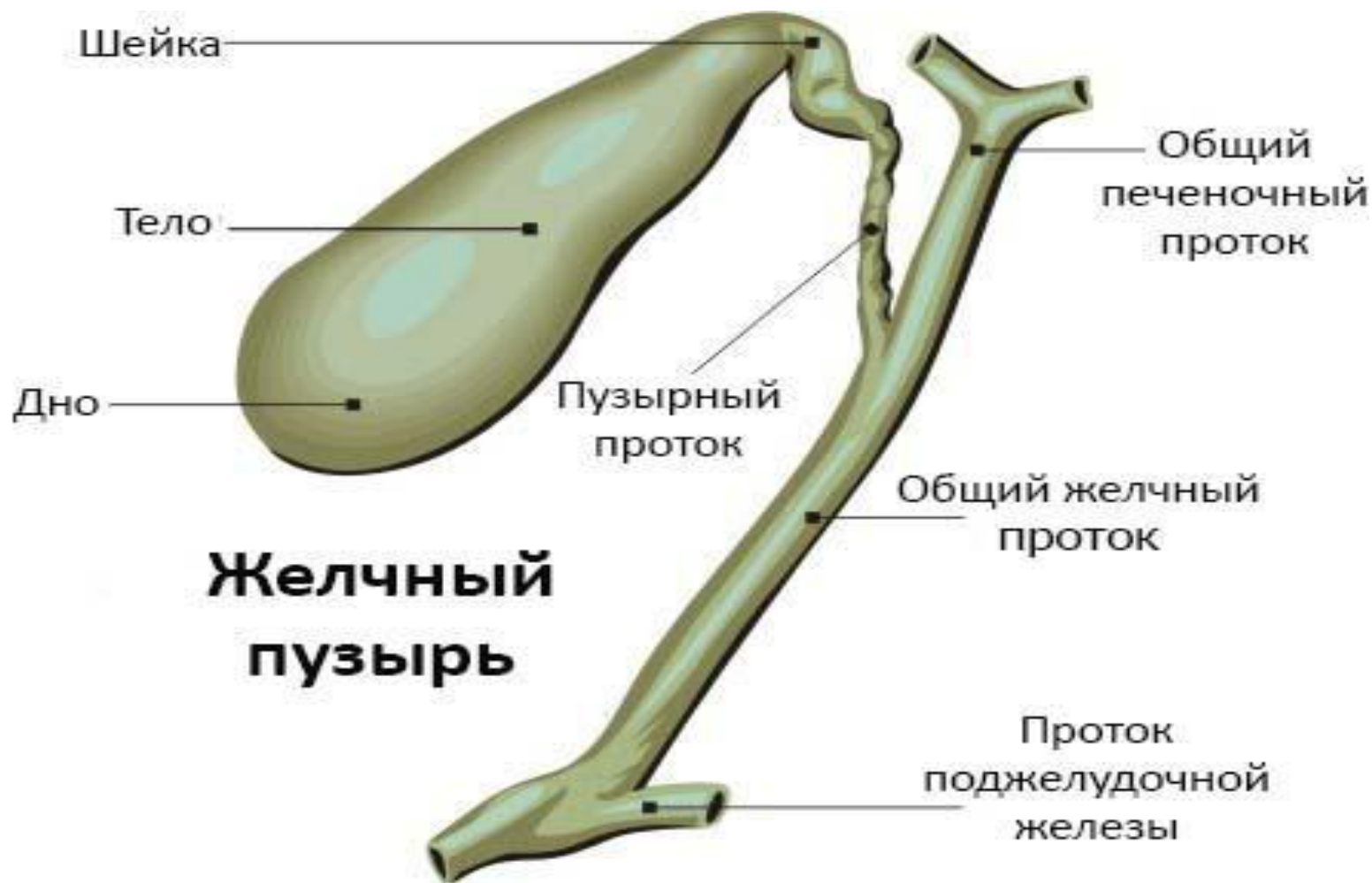


ӨТ ҚАБЫНЫҢ ҚАЛЫПТЫ СӘУЛЕЛІК АНАТОМИЯСЫ

Тойымбетов С.С

- Өт қабы бауырдың квадратты және оң жақ бөліктерінің арасында орналасқан. Өт қабының түбі 12 жасқа дейінгі балаларда қабырға деңгейінде орналасқан. Жас ұлғая өлшемдері жаңа туылған балаларда 34 мм ге дейін, жастағы балаларда 77 мм ге дейін ұлғаяды. Соған қарай ені де 11 мм ден 37 мм ге дейін ұлғаяды.





- Өт қабы ішастармен үш жағынан қапталған: төменінен және бүйірінен. Түбі ғана интраперитонеальды қапталған. Өт қабының бұлшықетті қабаты ішастардан жұқа фасциямен және борпылдақ талшықты тінмен бөлінген.



- Ересектерде өт қабының локализациясы конституциясына, орналасуына, бауырдың көлеміне қарай болады. Өт қабы вертикальды жағдайда оң жақ қабырға деңгейінде, түбі дене бітіміне қарай гиперстениктерде он екінші қабырғаралықтан L1V ке дейін (астениктерде) орналасқан. Горизонтальды жағдайда ThXII денгейінде орналасқан. Ұзындығы 50 ден 150 мм ге дейін, ені — 30 дан 50 мм ге дейін. Көлемі 30—70 см³. Өт қабының төрт бөлігін ажыратады: түбі, денесі, мойны және өт түтікшесі.



- Өт қабы өзінің түбі және денесінің төменгі бөлігі көлденең тоқ ішекпен, асқазанның пилорикалық бөлігімен және он екі елі ішекпен қиылысады. Өт қабының жиырылғыштық функциясы екі түйір жұмыртқа сарысын немесе 20 г өсімдік майын, 20 г сорбитты қолданғаннан кейін анықталады.



РЕНТГЕНОАНАТОМИЯСЫ

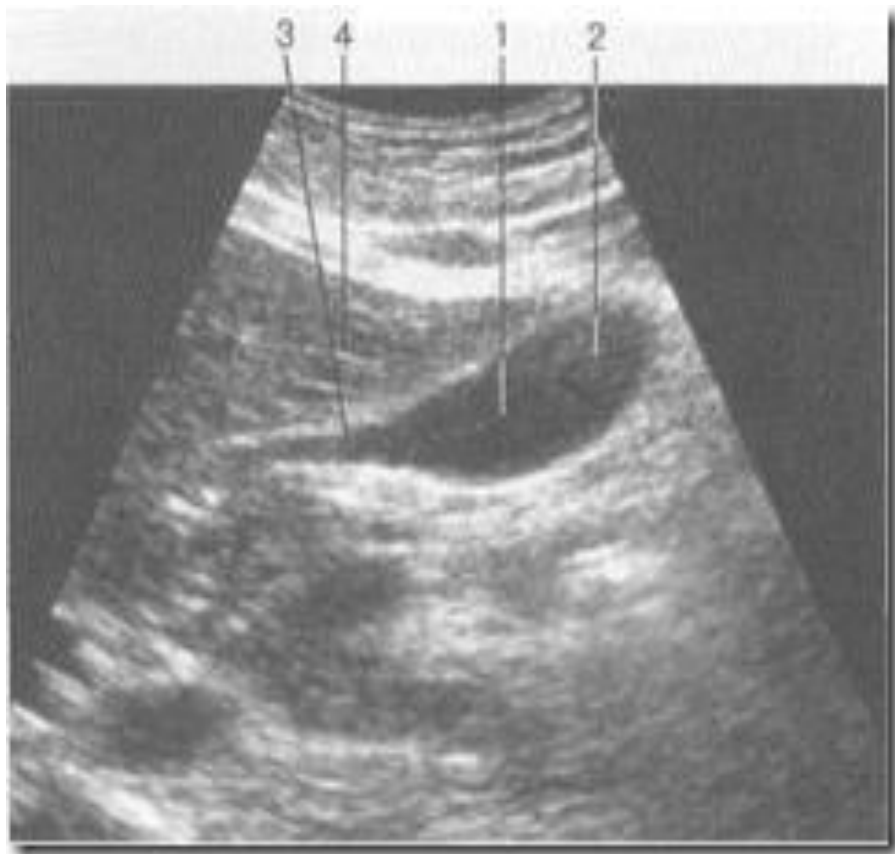
- Рентгенологиялық тексерісті контрастты затпен жасанды жолмен контрасттау арқылы өт қапшығының бейнесін алуға болады. Алынған қорытынды өт қабының анатомиялық құрылысын көрсетеді.



УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ АНАТОМИЯСЫ

- Өт қабы эхографиялық 97—98% тексеріс кезінде анықталады. Өт қабының түбі дөңгелек формада, төменге және алға қарай орналасқан, бауырдың алдыңғы қабырғасынан шығып орналасқан.





- 1 – өт қабының денесі;
- 2 —өт қабының түбі ;
- 3 —өт қабының мойны;
- 4 — бауыр.



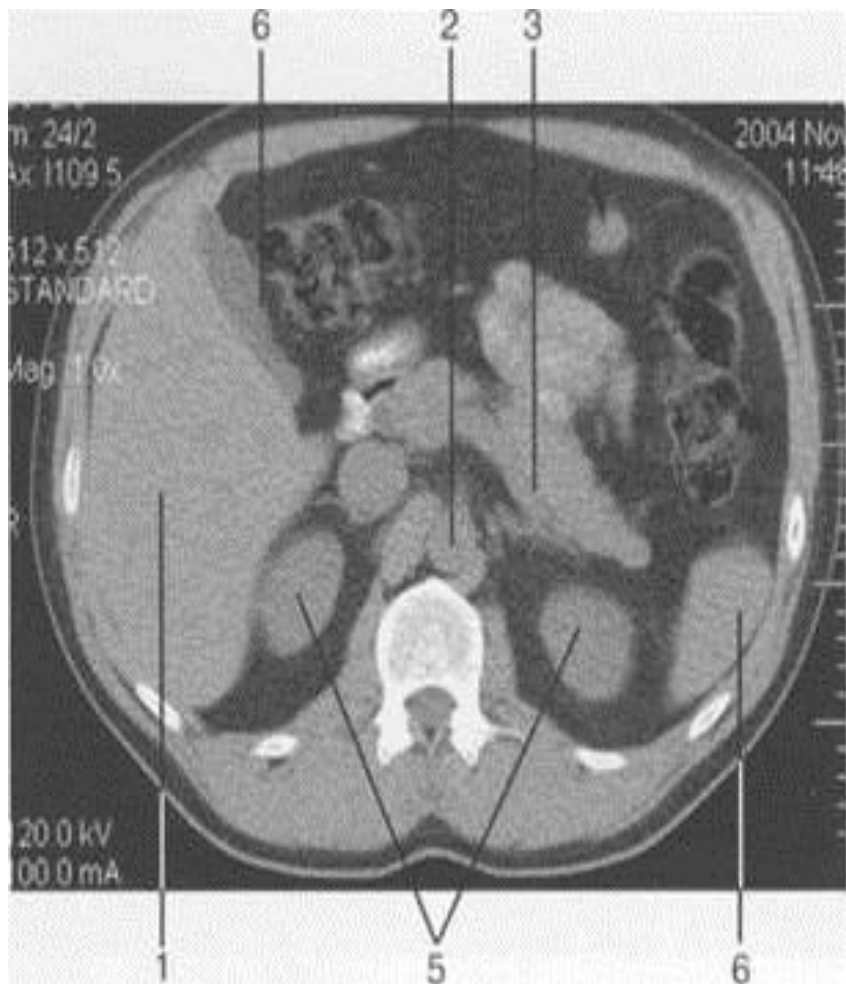
- Дно ЖП проецируется на переднюю брюшную стенку в месте пересечения края прямой мышцы живота и переднего (хрящевого) отдела XI ребра. Задняя поверхность ЖП прилежит к передней стенке двенадцатиперстной кишки, справа к нему примыкает изгиб ободочной кишки. У новорожденных ЖП располагается глубоко в паренхиме печени. ЖП при поперечном сканировании представляет собой округлое образование, при косом — имеет овальную форму, а при продольном сканировании — грушевидную. В норме он абсолютно свободен от эхосигналов (анэхогенный).



- Көлденең бағыттағы сканерлеу кезінде өт қабы оң жақ бұғана ортаңғы сызығы мен қабырға доғасының қиылысқан нүктесінде анықталады. Қиғаш бағыттағы сканирлеу кезінде бауырдың жоғарғы бөлігінде, капсула астында анықталады. Тік бағыттағы сканирлеу кезінде өт қабы бұғана ортаңғы сызығы бойымен бауырдың төменгі шетінде орналақан.



КТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА УРОВНЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ.



- 1 — правая доля печени;
- 2 — брюшной отдел аорты;
- 3 — селезеночная вена;
- 4 — селезенка;
- 5 — почки;
- 6 — желчный пузырь.



- Исследование ЖП лучше проводить натощак, когда он содержит максимальное количество желчи. Перед исследованием пациенту желательно дать выпить контрастирующий препарат для контрастирования двенадцатиперстной кишки.
- ЖП определяется в виде овального образования плотностью 4—22 НУ на висцеральной поверхности печени, в ямке между правой (V сегмент) и квадратной (IV сегмент) долями и часто бывает окружен, в большей или меньшей степени, паренхимой печени
- Стенки ЖП тонкие, они почти не видны и не превышают 1 мм. Размеры ЖП крайне переменны, длина его определяется по количеству срезов, ширина или поперечное сечение составляет 30+8 мм.



МРТ АНАТОМИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- Интенсивность сигнала ЖП зависит от химического состава желчи, содержащейся в ЖП. Неизменный ЖП натощак содержит концентрированную желчь, которая характеризуется коротким временем релаксации на T1-ВИ и продолжительным на T2-ВИ. Вследствие этого ЖП виден как структура высокой интенсивности на T1- и T2-ВИ. При стимуляции ЖП желчегонным завтраком происходит его опорожнение и желчь, имеющая высокую интенсивность сигнала, поступает в тонкую кишку, что позволяет печеночной желчи поступать в ЖП. Желчь низкой плотности располагается над остаточной желчью с высокой плотностью. Эта слоистость видна на МРТ-изображениях. Желчь с низкой интенсивностью сигнала образует уровень над остаточной концентрированной желчью, которая характеризуется высокой интенсивностью сигнала. Высокая интенсивность сигнала концентрированной желчи связана с высоким содержанием в ней желчных кислот, фосфолипидов и холестерина.
- При различных заболеваниях способность ЖП концентрировать желчь нарушается. Неконцентрированная желчь имеет продолжительное время релаксации на T1- и T2-ВИ, вследствие чего ЖП виден как структура с низкой интенсивностью сигнала на T1-ВИ.

