

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В РАМКАХ УЗ-ДИАГНОСТИКИ

Попова Ю. Н., Арутюнян Н. А.

Кубанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

✓ Резюме

Аномалии жёлчного пузыря относят к генетической группе факторов риска жёлчнокаменной болезни, имеющей большую распространённость в популяции, что обосновывает актуальность исследований данной направленности. Настоящая работа проводилась на основе анализа результатов ультразвуковой диагностики органов брюшной полости с рассмотрением таких особенностей анатомических частей жёлчного пузыря (тело, шейка, дно) как аномалии формы, изменение размеров, увеличение толщины стенки, наличие патологического содержимого в виде взвесей, конкрементов. Патология структуры жёлчного пузыря достаточно распространена и затрагивает как форму, так и размеры органа, что может приводить к нарушению функции жёлчеоттока, вызывая ухудшение работы гепатобилиарной системы в частности и желудочно-кишечного тракта в целом.

Ключевые слова: жёлчный пузырь, структура, перегиб, форма, размер, толщина, ультразвуковая диагностика.

УТТ ТАШХИСОТДА ЎТ ПУФАГИНИНГ MORFOLOGIK ХУСУСИЯТЛАРИ

Попова Ю.Н., Арутюнян Н.А.

Кубан давлат тиббиёт университети, Россия Федерацияси

✓ Резюме

Ўт пуфагининг аномалиялари ўт тош касаллиги учун хавф омилларининг генетик гуруҳига тегишли бўлиб, бу аҳоли орасида жуда кенг тарқалган бўлиб, бу йўналишдаги тадқиқотларнинг долзарблигини асослайди. Ушбу иш қорин бўшлиғи органларининг ултратовуш диагностикаси натижаларини таҳлил қилиш асосида ўт пуфагининг анатомик қисмларининг (тана, бўйин, туби) шакл аномалиялари, ўлчамдаги ўзгаришлар, ўсиш ҳажмининг ошиши, девор қалинлиги, суспензиялар, тошлар шаклида патологик таркибнинг мавжудлиги каби хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Ўт пуфаги структурасининг патологияси жуда кенг тарқалган бўлиб, органнинг шакли ва ҳажмига таъсир қилади, бу сафро чиқиши дисфункциясига олиб келиши мумкин, айниқса гепатобилиар тизим ва умуман ошқозон-ичак тракти ишининг ёмонлашишига олиб келади.

Калит сўзлар: ўт пуфаги, тузилиши, эгилмаси, шакли, ҳажми, қалинлиги, ултратовуш ташиxisлаш.

MACROMORPHOLOGICAL FEATURES OF THE GALL BLADDER WITHIN THE FRAMEWORK OF ULTRASOUND DIAGNOSTICS

Popova J. N., Arutyunyan N.A.

Kuban State Medical University of the Ministry of health of the Russian Federation

Resume

Gallbladder anomalies are classified as a genetic group of risk factors for gallstone disease, which has a high prevalence in the population, which justifies the relevance of research in this area. The present work was carried out on the basis of the analysis of the results of ultrasound diagnostics of abdominal organs with consideration of such features of anatomical parts of the gallbladder (body, neck, bottom) such as shape anomalies, size changes, an increase in wall thickness, the presence of pathological contents in the form of suspensions, concretions. Pathology of the structure of the gallbladder is quite common and affects both the shape and size of the organ, which can lead to a violation of the function of the bile outflow, causing deterioration of the hepatobiliary system in particular and the gastrointestinal tract as a whole.

Key words: gall bladder, structure, kink, form, size, thickness, ultrasound diagnostics.

Актуальность

Жёлчный пузырь представляет собой мышечно - перепончатый мешок грушевидной формы, расположенный в ямке на нижней поверхности печени, имеющий удлинённую форму с одним широким и другим узким концом, с постепенным уменьшением ширины от области дна к шейке, переходящей в пузырьный проток, который соединяется с общим печёночным протоком, образуя общий жёлчный проток. В жёлчном пузыре различают дно (самую дистальную и широкую часть), тело (среднюю часть) и шейку (периферическую узкую часть), от которой отходит пузырьный жёлчный проток, сообщающий пузырь с общим жёлчным протоком.

После приёма пищи пузырь сокращается и жёлчь выводится в двенадцатиперстную кишку, выполняя, главным образом, роль расщепления жиров. Также, являясь щелочной жидкостью, она помогает нейтрализовать повышенную кислотность желудочного сока, прежде, чем он попадёт в кишечник [1].

Строение билиарной зоны, включающей жёлчный пузырь и протоки, допускает высокую степень вариативности. Перегибы, загибы относят к малой патологии. Данные состояния не являются заболеванием, однако нарушенное строение повышает риск сбоев моторики органа и развития застойных явлений. Лечение загиба жёлчного пузыря не разработано, но существуют методы профилактики возможных осложнений [3].

Перегиб может быть врождённым и приобретённым. Большую роль в распространении аномалии играет наследственный фактор. Нередко такое строение сочетается с аномальным строением нервных окончаний и кровеносных сосудов органа [4]. Врожденный загиб поддается классификации по признаку места изменений и формы жёлчного пузыря: форма «песочные часы»; S-образная форма; фригийский колпак; «бычий рог»; крючковидный и некоторые другие.

Деформация может располагаться в районе дна и тела жёлчного пузыря, но наиболее опасна патология строения шейки, так как это самое узкое место, где находятся складки слизистой оболочки, сфинктер пузырьного протока. Травмы и нарушения проходимости этой зоны приводят к воспалению органа, механической желтухе, печёночной колике [5].

Приобретённый перегиб жёлчного пузыря, как правило, связан с хроническим воспалением, которое затрагивает внешнюю (серозную) оболочку (перихолецистит). В этом случае пузырь имеет необычную форму, угловые выпячивания, перекруты, спайки.

Аномалии жёлчного пузыря относят к генетической группе факторов риска развития жёлчнокаменной болезни. В этом процессе можно выделить следующие стадии: 1) аномальное развитие жёлчного пузыря; 2) билиарная дисфункция, дискинезия жёлчевыводящих путей; 3) хронический бескаменный холецистит; 4) билиарный сладж; 5) жёлчнокаменная болезнь; 6) холецистэктомия [2].

Цель исследования: Изучения макроморфологических особенностей жёлчного пузыря в рамках УЗ-диагностики.

Материал и методы

Исследование проводилось на основе анализа литературных данных и их сопоставления с результатами ультразвуковой диагностики органов брюшной полости у 15 пациентов Центра Функциональной Медицины г.Краснодара.

Результат и обсуждение

В ходе анализа полученных результатов было обнаружено, что патология формы жёлчного пузыря в виде перегибов шейки или тела на разном уровне (верхней и/или средней и/или нижней трети) характерна для 60% изучаемых случаев, т.е. является достаточно распространённой характеристикой морфологии жёлчного пузыря. В связи с тем, что перегибы относятся к аномалиям развития и могут нарушать свободный отток жёлчи из пузыря в кишечник, вызывая функциональные диспепсии (в первую очередь, нарушение переваривания жиров), дисбиоз (в силу бактериостатического действия жёлчи на патогенную микрофлору кишечника), застой и сгущение жёлчи в полости пузыря с увеличением риска развития холецистолитиаза, то необходимо профилактически учитывать наличие указанных особенностей формы жёлчного пузыря в терапевтических рекомендациях пациентам с выявленной УЗ-картиной.

Оценка размеров жёлчного пузыря показала, что среднее значение длины этого органа в исследуемой группе составило 6,1 сантиметра, что соответствует норме (6 – 10 сантиметров), но с приближением к нижней

границе, в то время как среднее значение ширины оказалось равно 2,4 см, то есть меньше обозначаемых норм (3 – 5 см). Уменьшение размерных показателей будет приводить к сокращению объёма жёлчного пузыря и обуславливать меньшую накопительную вместительность органа.

Исследование параметра толщины стенок жёлчного пузыря выявило, что среднее значение данного показателя составляет 1,7 мм, что соответствует критерию нормы: менее 4 мм. Таким образом, отсутствие отклонений в этом показателе обеспечивает адекватную эластичность стенок жёлчного пузыря.

И, наконец, завершающим изучаемым показателем выступило наличие или отсутствие включений (взвеси, конкрементов) в просвете пузыря. УЗ-картина, описывающая неомогенное содержимое внутри полости, наблюдалась в 26,7% случаев, что представляет достаточно выраженную степень распространённости. Подобная частота встречаемости как раз и может быть обусловлена присутствием структурных особенностей (перегибов, перетяжек), затрудняющих отток жёлчи из полости пузыря, способствующих её застою в просвете и, как следствие, формированию жёлчных сладжей.

Заключение

В заключении, можно сделать вывод, что патология структуры жёлчного пузыря достаточно распространена и затрагивает как форму, так и размеры органа, что может приводить к нарушению функции желчеоттока, вызывая ухудшение работы гепатобилиарной системы в частности и желудочно-кишечного тракта в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Galkin V. A. Zabolevaniye zhelchnogo puzyrya i zhelchevyvodyashchikh putey / V.A. Galkin. - M.: Feniks, 2014. - 112 с.
2. Biliarnaya patologiya i yeyo klinicheskiye «maski» // The Russian Archives of Internal Medicine. - №5 (7). – 2012. - s. 56 – 61.
3. П'ченко А.А. Bolezni zhelchnogo puzyrya i zhelchnykh putey / А.А. П'ченко. - М.: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo, 2011. - 880 с.
4. Sedov A.V. Zabolevaniya zhelchnogo puzyrya. Kholetsistit, kholangit / A.V. Sedov. - М.: AST, 2010. - 128 с.
5. Sistema podderzhki prinyatiya vrachebnykh resheniy. Gastroenterologiya: Klinicheskiye protokoly lecheniya / Sostaviteli: D.S. Bordin, K.A. Nikol'skaya, Bakulin I.G. [i dr.]. – М.: GBU «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 136 с.

Поступила 09.10.2021