

УДК 616.36-008.5:616.367-071.3

Улужбекова Гулрухон Жўраевна

Кафедра анатомии и клинической анатомии

Андижанский государственный медицинский институт

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Резюме: Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из распространенных заболеваний органов брюшной полости, частота которого по данным различных авторов, достигает до 16-20 % и имеет тенденцию к росту. XXI век ознаменуется внедрением в клиническую практику и бурным развитием эндовидеохирургических технологий и расширением области их применения. Лапароскопическая холецистэктомия стала золотым стандартом в лечении желчнокаменной болезни. В ведущих странах мира до 98% случаев холецистэктомии выполняются с использованием видеолопароскопической техники.

У лиц молодого возраста, когда имеется масса сопутствующих заболеваний, отмечается отрицательное влияние напряженного карбоксиперитонеума на функции сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Сложные анатомические ситуации, которые отмечаются во время операций у 3-5% пациентов, также вынуждают хирурга в 3-5 случаях переходить на открытый метод оперирования или конверсию.

Ключевые слова: желчный проток, топография, подростковый возраст, особенность, анатомия.

Ulubekova Gulrukhon Zhuraevna

Department of Anatomy and Clinical Anatomy

Andijan State Medical Institute

TOPOGRAPHIC-ANATOMIC CHARACTERISTICS OF GALLERY

IN YOUNG AGE

Resume: Cholelithiasis (GSD) is one of the most common diseases of the abdominal organs, the frequency of which, according to various authors, reaches up to 16-20% and tends to grow. The twenty-first century will be marked by the

introduction into clinical practice and the rapid development of endovideosurgical technologies and the expansion of their field of application. Laparoscopic cholecystectomy has become the gold standard in the treatment of gallstone disease. In the leading countries of the world, up to 98% of cholecystectomy cases are performed using video laparoscopic technique.

In young people, when there is a mass of concomitant diseases, there is a negative effect of intense carboxyperitoneum on the functions of the cardiovascular and respiratory systems. Difficult anatomical situations, which are observed during operations in 3-5% of patients, also force the surgeon in 3-5 cases to switch to an open method of surgery or conversion.

Key words: bile duct, topography, adolescence, feature, anatomy.

Актуальность. Актуальность изучения вариантной анатомии желчных путей обусловлена увеличением частоты операций на печени и желчевыносящих путях в современной абдоминальной хирургии [2]; сохранением частоты ятрогенных повреждений желчных протоков, достигающей 2-4% [1] и послеоперационных осложнений [3]; сохранением высокой частоты ошибок при общеклиническом обследовании пациентов с заболеваниями билиарного тракта, достигающей 30% [4]. Основу профилактики ятрогенных поражений желчных путей и послеоперационных осложнений составляет качественная предоперационное обследование, включающее всестороннее изучение структур билиарного тракта, выявление всех особенностей их строения.

В настоящее время подавляющее большинство данных об анатомии желчных путей получено при помощи традиционных анатомических или рентгенологических методов [5]. Вместе с тем, стремительное развитие и внедрение в клиническую практику новых высокоинформативных методов диагностики привело к изменению сложившихся представлений о вариантной анатомии внутренних органов, в том числе количественных параметров их строения [4]. Использование прижизненных методов

исследования стало одним из наиболее перспективных направлений в морфологии [3].

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-топографических особенностей строения желчного пузыря и желчных протоков, вариантной анатомии у новорожденных, детей и подростков.

Материалы и методы исследования. В морфологической части исследования использованы следующие методики: морфометрия, анатомическое макро-, микроскопическое препарирование, метод полихромной инъекции сосудов и протоков контрастными массами с последующей рентгенографией, коррозионный метод.

Подробному изучению подлежали: форма, размеры желчного пузыря; положение, размеры, взаимоотношение вне- и внутripеченочных желчных протоков между собой и воротной веной.

Результаты исследования. У новорожденных детей преобладающей формой печени является продолговатая (55%). В грудном возрасте орган приобретает овальную форму (55,55%). Начиная с периода раннего детства превалирует треугольная форма печени (от 50% у детей первого детского возраста до 76,2% у подростков).

У новорожденных детей преобладают размеры левой доли печени. В процессе роста ребенка соотношения параметров долей печени изменяются в сторону абсолютного и относительного увеличения правой доли. Рост печени происходит наиболее интенсивно в первые 3 года жизни ребенка. Второй период активного увеличения размеров органа наблюдается в возрасте от 9 до 12 лет, что совпадает с периодами интенсивного развития всего организма.

Установлена зависимость формы ворот печени от возраста ребенка. У новорожденных и детей до 4-х лет преобладает закрытая форма ворот с их

дорсальным смещением. Открытая форма ворот печени и их срединное положение преобладает у детей, начиная с 4-х летнего возраста.

У детей всех возрастных групп и подростков формирование общего печеночного протока вариабельно; в его образовании принимают участие от 2 до 5 внутripеченочных протоков, при этом количество протоков, идущих от правой доли печени преобладает.

У новорожденных и грудных детей, а также в периоде раннего детского возраста желчный пузырь проецируется на переднюю брюшную стенку более латерально от среднеключичной линии, чем у взрослых. У детей, начиная с периода первого детства, проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку соответствует таковой у взрослых.

6. У новорожденных детей отношение ширины желчного пузыря в области его тела к длине составляет 1:4. У детей в периоде раннего детского возраста это соотношение становится 1:3 и в дальнейшем не изменяется при постепенном увеличении абсолютных показателей. Наименьшие возрастные изменения размеров происходят в области шейки желчного пузыря.

У детей всех возрастных групп и подростков при ультразвуковом исследовании выявлено, что толщина стенки желчного пузыря не превышает 3 мм. Однако отмечено изменение соотношения толщины его оболочек: начиная с периода первого детства происходит постепенное истончение слизистой оболочки и подслизистой основы с одновременным утолщением мышечной оболочки.

Вывод. Полученные топографо-анатомические данные о формировании и распределении долевых протоков позволяют установить клинико-анатомическую особенность левого протока и его роль в отведении желчи не только из левой, квадратной и хвостатой долей, но и частично из правой доли.

Исследование показало, что общий печеночный проток может формироваться из 2 - 5 желчных протоков. Наряду с типичными вариантами формирования, когда общий печеночный проток образуется слиянием правого и левого печеночного протока обнаружено впадение в общий печеночный проток протоков квадратной, хвостатой долей печени, а также самостоятельное впадение сегментарных протоков правой доли печени без образования правого печеночного протока, что необходимо учитывать при проведении резекций печени.

Выявлена зависимость между формой печени, типом ворот и внутриорганный топографией желчных протоков, а также взаимоотношение между элементами ворот печени, что может иметь важное практическое значение.

Ультразвуковой метод исследования позволил дополнить имеющиеся и получить новые сведения, характеризующие анатомические варианты топографии желчного пузыря, общего печеночного протока, и определить их статистические параметры у новорожденных, детей и подростков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лобаков А. И., Мокин М. В., Бирюшев В. И., Захаров Ю. И. Механическая желтуха при раке внепеченочных желчных протоков у пациентов молодого возраста // Клиническая анатомия. -2015. - Т. 11. № 3. - С. 50-52.
2. Орехов В. Ф. Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. - 2014. - № 5. - С. 57-60.
3. Циммерман Я. С. Синдром холестаза: современные представления // Клиническая медицина. - 2009. - Т. 87. № 9. -С. 8-14.
4. Garcea G., Ong S. L., Dennison A. R., Berry D. P., G. J. Maddern Palliation of malignant obstructive jaundice // Dig. dis. sci. -2009. - Jun. № 54 (6). - P. 1184-1198.
5. Papadopoulos V., Filippou D., Manolis E., Mimidis K. Haemostasis impairment in patients with obstructive jaundice // J. gastrointestin. liver. dis. - 2017. - Jun. № 16 (2). - P. 177-186.