**Власова Олена Василівна. Анатомічні особливості дванадцятипалої кишки в нижньому поверсі черевної порожнини в ранньому періоді онтогенезу людини : Дис... канд. мед. наук: 14.03.01 / Буковинський держ. медичний ун-т. — Чернівці, 2006. — 164арк. : рис. — Бібліогр.: арк. 123-146.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Власова О.В. Анатомічні особливості дванадцятипалої кишки в нижньому поверсі черевної порожнини в ранньому періоді онтогенезу людини. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.01 – нормальна анатомія. – Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2006.Дослідження присвячене вивченню хронологічної послідовності становлення топографії дванадцятипалої кишки в нижньому поверсі черевної порожнини в плодовому періоді онтогенезу та її топографо-анатомічних особливостей у новонароджених. Завдяки застосуванню сучасних методів морфологічного дослідження вивчено індивідуальну анатомічну мінливість та хронологічну послідовность просторово-часових перетворень частин дванадцятипалої кишки в нижньому поверсі черевної порожнини в плодовому та ранньому постнатальному періодах онтогенезу людини. Розробленні ультрасонографічні параметри дванадцятипалої кишки в плодів та новонароджених дітей.Отримані результати досліджень топографо-анатомічних взаємовідношень частин дванадцятипалої кишки в нижньому поверсі черевної порожнини виявилися теоретичною основою для розроблення двох хірургічних методів корекції порушення дуоденальної прохідності. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У роботі за допомогою сучасних морфологічних методів дослідження вирішене актуальне питання нормальної анатомії щодо індивідуальної анатомічної мінливості та хронологічної послідовності просторово-часових перетворень частин дванадцятипалої кишки в нижньому поверсі черевної порожнини в плодовому та ранньому постнатальному періодах онтогенезу людини, а також розроблення ультрасонографічних параметрів дванадцятипалої кишки в новонароджених дітей.
2. Варіабельність зовнішньої форми дванадцятипалої кишки зумовлена її топографо-анатомічними взаємовідношеннями з органами та структурами живота, а також особливостями фіксації органа до задньої черевної стінки. Типовою формою дванадцятипалої кишки в плодів і новонароджених є кільцеподібна, яка виявляється в 60% спостережень.
3. С-подібна та U-подібна форми дванадцятипалої кишки в плодів характеризується широким діапазоном скелетотопічної мінливості. У новонароджених кільцеподібна, С-подібна і U-подібна форми кишки в межах нижнього поверху черевної порожнини визначаються на рівні ІІ-IV поперекових хребців.
4. Джерелами кровопостачання дванадцятипалої кишки в нижньому поверсі черевної порожнини є нижня підшлунково-дванадцятипалокишкова артерія і додаткові гілки від шлунково-дванадцятипалокишкової (58%) та правої шлунково-сальникової (22,4%) артерій – для її низхідної частини; верхньої брижової (4,5%), першої порожньокишкової (32%) артерій та анастомозу (13,5%) між нижньою підшлунково-двнадцятипалокишковою і першою порожньокишковою артеріями – для її горизонтальної та висхідної частин.
5. Будова нижньої підшлунково-дванадцятипалокишкової артерії мінлива; здебільшого (77,5%) артерія ділиться на передню і задню гілки, а в 22,5% випадків названі гілки беруть початок безпосередньо від верхньої брижової артерії.
6. За уточненими даними, кут між верхньою брижовою артерією та черевною частиною аорти, який утворює анатомічний „пінцет” для горизонтальної частини дванадцятипалої кишки, упродовж плодового періоду збільшується і в новонароджених становить 85±5.
7. У новонароджених дітей ультрасоногафічно дванадцятипала кишка має вигляд гіпоехогенної структури різноманітної форми з гіперехогенними стінками. Сонографічна різноманітність кишки зумовлена різними положеннями датчика на передній черевній стінці.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ**1. Під час діагностичних та хірургічних прийомів у дитячій лікарській практиці варто враховувати варіабельність форми дванадцятипалої кишки (кільцеподібна, С-подібна, U-подібна, V-подібна), величину кута (85±5) між черевною частиною аорти та верхньою брижовою артерією в новонароджених та можливе (53%) прилягання горизонтальної частини дванадцятипалої кишки з петлею сигмоподібної ободової кишки.
2. Під час ультразвукового дослідження дистальної половини дванадцятипалої кишки найкраще зображення органа забезпечується горизонтальним на рівні пупкового кільця та вертикальним положенням у проекції середньоключичної лінії в межах лівої реберної дуги.
3. У практичній роботі неонатологів, педіатрів, дитячих хірургів, лікарів функціональної діагностики варто враховувати, що в новонароджених дітей найбільший діаметр дванадцятипалої кишки в нижньому поверсі властивий для її горизонтальної частини (14,52±0,1 мм), найменший – для низхідної (8,04±0,27 мм); діаметр висхідної частини становить 11,96±0,7 мм.
 |

 |