

**РГКП «ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАРАТА  
ОСПАНОВА»**

**САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ  
РАБОТА СТУДЕНТА**

**Специальность: Общая медицина**

**Дисциплина: Анатомия-2**

**Кафедра: Анатомии**

**Курс: 3**

**Группа: 323 А**

**Тема: Рентген анатомия желудка, тонкой  
и толстой кишки, печени и  
поджелудочной железы**

**Выполнила: Кенжегереева А  
Проверила: Иванова Л.И.**

**Актобе  
2015**

# Пла

## Н

Введение

1. Рентгеноанатомия желудка
2. Рентгеноанатомия двенадцатиперстной кишки
3. Рентгеноанатомия тонкой кишки
4. Рентгеноанатомия толстой кишки
5. Рентгеноанатомия печени и желчного пузыря

Список литературы

# Рентгенанатомия

## Желудка

Рентгенологическое исследование желудка у больного человека позволяет определить величину, форму, положение желудка, рисунок складок его слизистой оболочки при различных функциональных состояниях и в зависимости от тонуса мышечной оболочки

Для того чтобы сделать желудок доступным исследованию, применяют контрастирование при помощи взвеси сульфата бария. В норме желудок располагается в левой половине брюшной полости. Состоит из :

1. Свод (находится на 1 см ниже левого купола диафрагмы, при горизонтальном положении заполнен барием , при вертикальном -воздухом.
2. Кардиальный отдел (место перехода пищевода в желудок по малой кривизне)
3. Тело (располагается вертикально, вдоль позвоночника)
4. Антральный отдел (располагается горизонтально)
5. Угол (на границе между телом и антральным отделом по малой кривизне)
6. Синус (напротив угла, между телом и антральным отделом по большой кривизне, самый низко расположенный отдел, на 3-4 см ниже гребешка подвздошной кости)

Форма желудка: 1 у нормостеников в виде крючка 2 у гиперстеников в виде рога 3 у астеников в виде чулка

Складки идут в продольном направлении вдоль малой кривизны, а вдоль большой имеется зубчатость за счёт косога направления складок. В норме перистальтические волны идут по обеим кривизнам, уменьшая просвет желудка вдвое

. Желудок в форме рога. Тело желудка расположено почти поперек, постепенно суживаясь к пилорической части. Привратник лежит вправо от правого края позвоночного столба и является самой низкой точкой желудка.

. Желудок в форме крючка. Нисходящая часть желудка спускается косо или почти отвесно вниз. Восходящая часть расположена косо - снизу вверх и направо.

Привратник лежит у правого края позвоночного столба.

. Желудок в форме чулка, или удлинённый желудок. Он похож на предыдущий («крючок»), но имеет некоторые отличия: как говорит само название, нисходящая часть его более удлинена и спускается вертикально; восходящая часть поднимается вверх круче, чем у желудка в форме крючка. Угол, образуемый малой кривизной, более острый (30-40°).



# Рентгеноанатомия двенадцатиперстной кишки

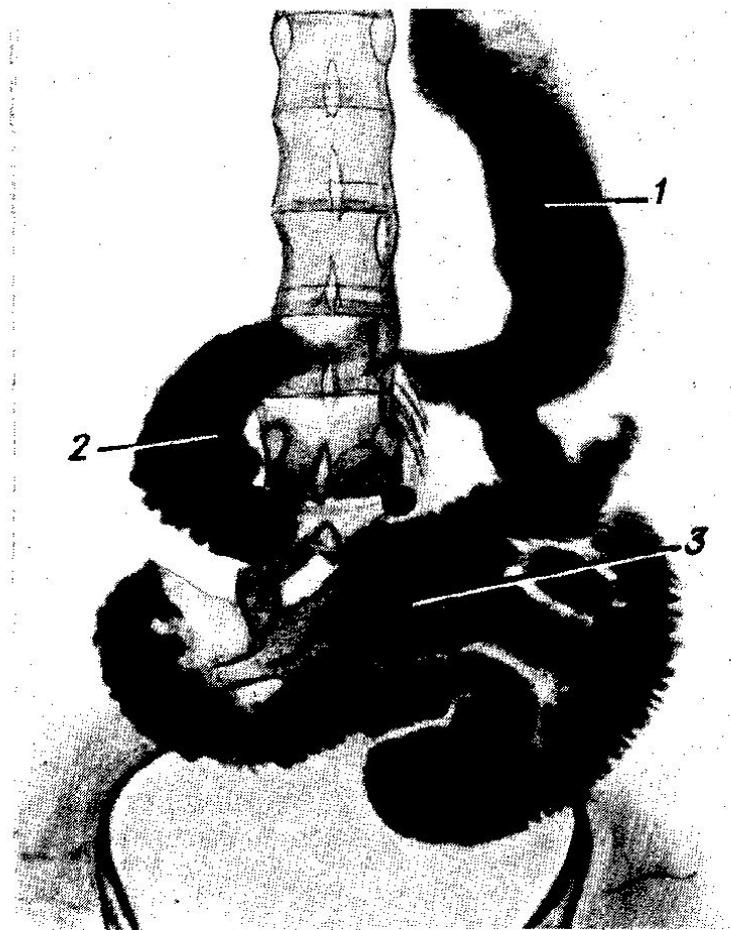
При рентгенологическом исследовании начальная часть двенадцатиперстной кишки – ампула имеет вид треугольной тени, обращенной основанием к привратнику, от которого в момент сокращения последнего отделена просветлением, соответствующим сокращенному привратнику. Диаметр ампулы больше, чем остальной части двенадцатиперстной кишки. Рентгенологические границы ее: от просветления на месте привратника до вершины треугольной тени ее, а на трупе - от *valvula pylori* до первой круговой складки слизистой оболочки. Слизистая ампулы, как и в привратнике, имеет продольные складки, в то время как в остальной части *duodeni* складки циркулярные. Эти особенности строения ампулы связаны с тем, что она развивается не из средней кишки, как вся *duodenum*, а из передней. Форма и положение двенадцатиперстной кишки у человека крайне варьируют.

# Рентгенанатомия тонкой

## КИШКИ

Петли тощей кишки расположены частью горизонтально, частью вертикально, слева и посередине брюшной полости. Петли подвздошной кишки находятся в области правой подвздошной ямки и имеют чаще вертикальное и косое расположение, образуя конгломерат. Рельеф слизистой оболочки. В тощей кишке поперечные складки придают наружным контурам тени фестончатый или перистый характер, что является характерным признаком тонкой кишки; в определенные фазы перистальтики, как и в желудке, наблюдается образование продольных и косых складок. В подвздошной кишке по мере приближения к толстой число продольных складок увеличивается. Продольные складки образуют желоба и каналы для прохождения пищи, а поперечные несколько задерживают продвижение ее.

Вследствие перемещения всех этих складок получают разнообразнейшие рентгенологические картины. Поступление пищи из тонкой кишки в саесум происходит ритмически и регулируется *valva ileocaecalis*, расположенной в саесум, которая открывается и закрывается наподобие привратника. Принятая контрастная масса через 1/2 ч попадает в *jejunum*, через 1-2 ч заполняет *ileum*, через 4 ч начинает поступать в саесум и через 7-8 ч полностью переходит в толстую кишку.



**Рис. 132.** Рентгенограмма желудочно-кишечного тракта.

1 – желудок; 2 – двенадцатиперстная кишка;  
3 – тощая и подвздошная кишка.

# Рентгеноанатомия толстой

**Рентгеноанатомия толстой кишки.** Как показывает рентгенологическое исследование толстой кишки (рис. 139), при сильном сокращении продольной мускулатуры какого-либо отдела длина его становится меньше, а *háustrae sóli* ясно обозначаются, так что общий вид данного отдела становится похожим на связку винных ягод. При расслаблении мускулатуры и переполнении просвета кишки контрастной массой *háustrae sóli* сглаживаются и как характерный признак толстой кишки в том или ином участке временно исчезают.

У живого положение толстых кишок более низкое, чем на трупе. *Cólon transversum* никогда не имеет вида дуги, обращенной выпуклостью краниально, как это наблюдается иногда при вскрытии брюшной полости трупа, находящегося в лежачем положении. Обычно поперечная ободочная кишка расположена поперечно, косо или провисает наподобие гирлянды до уровня подвздошных костей, образуя дугу, обращенную выпуклостью вниз. Червеобразный отросток слепой кишки также располагается по-разному. Если место впадения отростка в *caecum* принять за центр круга, то отросток может располагаться по любому радиусу, чаще всего он направлен вниз и медиально.

Изменчивость положения червеобразного отростка у одного и того же индивидуума, т. е. подвижность его, обусловленная перистальтикой и давлением соседних органов, есть характерный признак нормы, ибо воспаленный отросток фиксируется спайками в каком-либо положении.

## **Различают несколько видов рентгена толстого кишечника:**

- ирригоскопию – процедуру, при которой контраст вводится через прямую кишку, ирригоскопию с двойным контрастированием, когда в кишку вводится также воздух (либо иной инертный газ) под давлением,
- ирригографию – рентгеновские снимки толстого кишечника, заполненного контрастом.



(

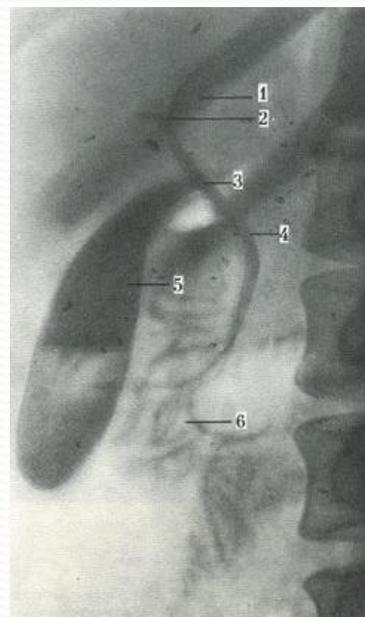
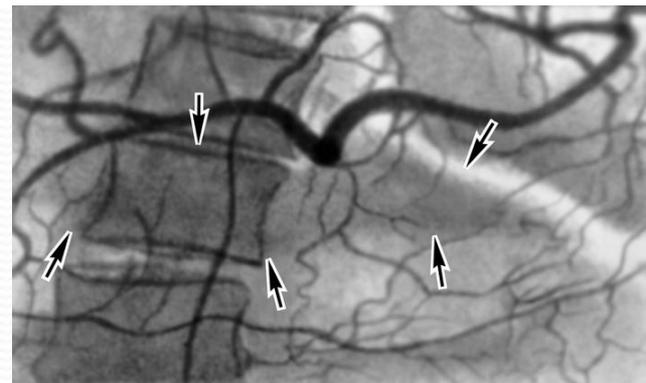
# Рентгенанатомия печени и желчного пузыря

**При рентгенологическом исследовании печени, желчного пузыря и магистральных желчных протоков используют следующие методики:** просвечивание, обзорную рентгенографию, рентгенографию в условиях искусственного пневмоперитонеума, внутривенную выделительную холеграфию. Просвечивание является обязательным этапом почти во всех случаях рентгенологического исследования печени и желчных путей. При этом особое внимание обращают на положение и функцию диафрагмы.

Обзорная рентгенография области печени и желчных путей производится, главным образом, с целью обнаружения камней и патологических изменений, сопровождающихся обызвествлениями. Диагностическое значение обзорной рентгенографии невелико, так как подавляющее большинство конкрементов желчевыводящих путей для рентгеновых лучей являются неконтрастными.

**Рентгеноанатомия желчного пузыря.** При рентгенологическом исследовании желчного пузыря (cholecystographia) видна его тень, на которой можно различить шейку, тело и дно. Последнее обращено вниз. Контуры пузыря четкие, ровные и гладкие. Форма пузыря в зависимости от степени наполнения его желчью бывает грушевидной, цилиндрической и яйцевидной. Положение пузыря колеблется между уровнями XII грудного и V поясничного позвонков в зависимости от положения печени, ее экскурсий при дыхании и пр.

На обзорных рентгенограммах брюшной полости поджелудочная железа неразличима. Исключением являются лишь редкие случаи обызвествлений - паренхимы, стенок псевдокист и камней в протоках при хроническом панкреатите. На обзорных снимках, а также при контрастном рентгенологическом исследовании желудка и кишечника могут быть выявлены косвенные признаки поражения железы. Так, при объемных поражениях ее наблюдается раздвигание петель тонкой кишки, увеличение расстояния между желудком и поперечной ободочной кишкой



# Список литературы

1. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И.  
Анатомия человека, -12 изд. 2004 г.
2. И. В. Гайворонский, Г. И. Ничипорук, А. И.  
Гайворонский. Анатомия и физиология человека  
6-е издание 2011 г.