

возрастная анатомия илеоцекальной области и червеобразного отростка

Подготовила: Ешметова Б

Проверила: Жаксылыкова А.К.

илеоцекальная область

- На границе между тонкой и толстой кишкой располагается отдел пищеварительной трубки, включающий конечную часть тонкой, слепую кишку с аппендиксом, илеоцекальную заслонку. Все эти образования как морфологически, так и в физиологическом отношении выступают как единый аппарат – илеоцекальная область.

- **Илеоцекальная заслонка**
- Илеоцекальная заслонка представляет собой внешне как бы инвагинацию тонкой кишки в толстую. У места впадения ileum в colon возникают благодаря этому 2 губы: верхняя и нижняя. Проксимальные края баугиниевой заслонки остаются при этом соединенными с соответствующими поверхностями слепой кишки. Дистальные края губ баугиниевой заслонки, обращенные в просвет слепой кишки, несколько утолщены, что создает впечатление довольно выраженного периферического валика. От боковых поверхностей у места перехода одной губы в другую отходят хорошо выраженные высокие складки стенки слепой кишки (уздечка заслонки frenulum valvae ileocaecalis или перегородка tentorium valvae ileocaecalis).
- Две губы и 2 уздечки составляют в комплексе единое анатомическое образование — баугиниеву заслонку (valva ileocaecalis — Baughinii). Во многих современных анатомических руководствах при описании строения илеоцекальной области анатомы указывают обычно только на верхнюю и нижнюю губы и совершенно опускают уздечки.

- В большинстве случаев губы илеоцекальной заслонки хорошо выражены и внедряются в просвет слепой кишки на 1,0—0,5 см, реже на 2,0— 2,5 см. Толщина губ достигает в норме 0,5 см. Верхняя губа значительно более выступает в просвет слепой кишки, нежели нижняя. Поэтому просвет *valvae ileocaecalis* обращен не в сторону *colon ascendens*, а в полость слепой кишки. Это особенно наглядно видно на рентгенограммах этой области.
- В отношении протяженности по горизонтали, т. е. от одной уздечки к другой, верхняя губа короче нижней. Это объясняет положение, когда различная степень наполнения толстой кишки барием изменяет угол наклона нижней губы по отношению к верхней, а последняя постоянно остается при этом в натянутом положении.
- Просвет илеоцекальной заслонки, измеренный в горизонтальной плоскости, параллельно уздечкам *valvae ileocaecalis* колеблется в пределах 1,0—3,0 см.

- Внешняя форма илеоцекальной области зависит от уровня впадения подвздошной кишки в слепую, а также от формы их соединения. Различная высота впадения терминального участка ileum по отношению ко дну слепой кишки создает различные формы caecum (высокую и низкую). При низкой слепой кишке горизонтальные размеры обычно превалируют над вертикальными. Терминальный отдел ileum у большинства людей имеет восходящее направление, впадает в толстую кишку через медиальную ее стенку, образуя здесь острый угол. При такой форме впадения ileum в colon происходит соединение их друг с другом на значительном протяжении.
- Подобная форма впадения ileum в colon наблюдается в основном при широкой и короткой слепой кишке.

- Со стороны слепой кишки в формировании его участвуют слизистая оболочка, подслизистая и мышечный слой; эти же слои формируют илеоцекус и со стороны подвздошной кишки. На протяжении илеоцекуса имеются 2 хорошо выраженных мышечных слоя, соединенных друг с другом, образующих наиболее мощное мышечное образование. Необходимо подчеркнуть, что в анатомических руководствах и специальных работах илеоцекусу, его структуре, совершенно не уделяется внимания. Между тем это образование играет роль в формировании илеоцекальной области, имеет специфическую структуру и принимает существенное участие в функциональных его отправлениях.
- Существенные особенности имеются также и в строении конечного отдела подвздошной кишки. Последняя на протяжении дистальных 2—3 см отличается хорошо выраженным слоем циркулярных мышечных пучков, значительно превосходящим слой круговых мышечных пучков подвздошной кишки, на 10—15 см выше илеоцекального угла. Особенно выражен мышечный слой внутрицекальной части тонкой кишки.

- Медиально эти мышечные пучки расположены в конечном отделе ileum, латерально они, объединяясь с мышечными пучками слепой кишки, формируют илеоцекус. Можно думать поэтому, что илеоцекальная заслонка не может выполнять роль сфинктера, а таковым является участок тонкой, толстой кишок проксимальнее того места, где слизистая оболочка переходит с прилежащих участков кишечника на valvae ileocaecalis, т. е. конечный отдел ileum и илеоцекус.
- Функцию регулирования перехода химуса из тонкого в толстую кишку нельзя ограничивать морфологически одной только илеоцекальной заслонкой, как это принято думать. В понятие «илеоцекальный затвор» следует, помимо илеоцекальной заслонки, отнести также конечный отдел ileum, илеоцекус и слепую кишку, представляющих единое целое.

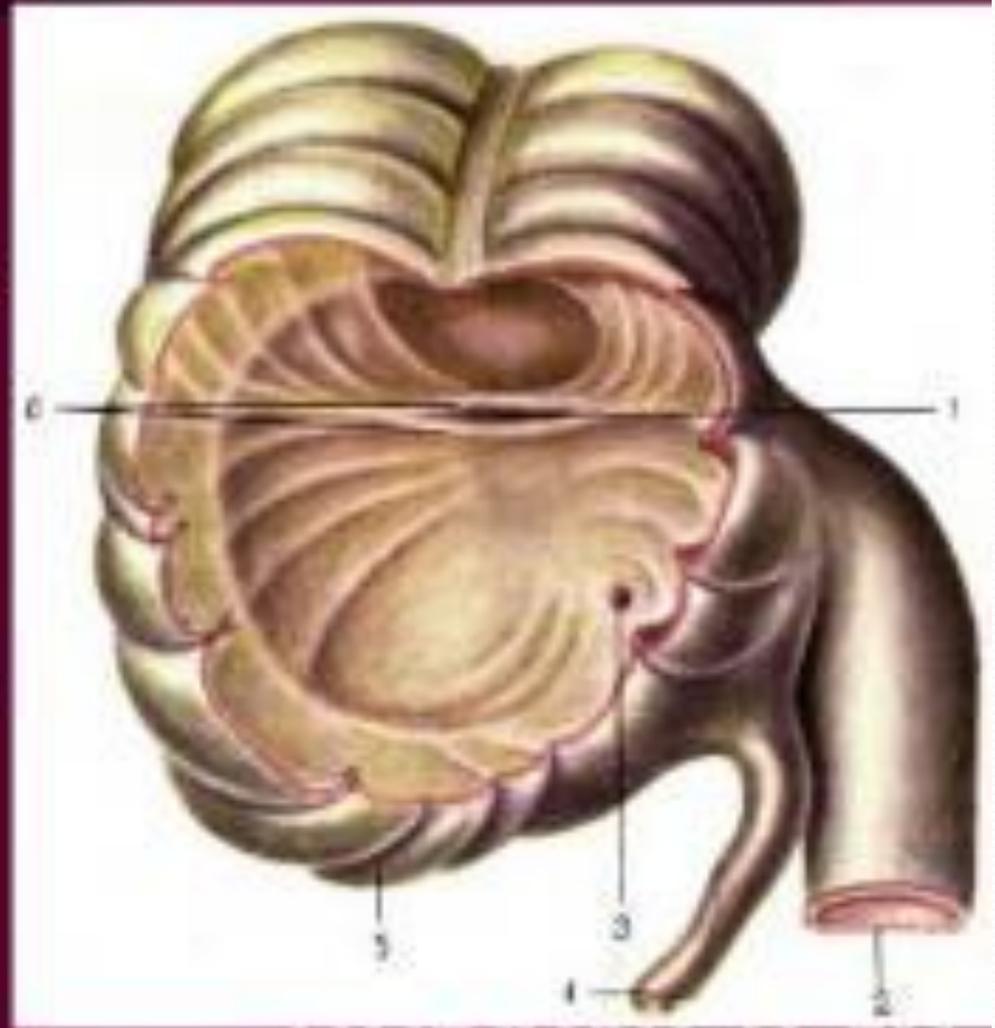
● **Венозные образования**

- Обращает внимание характерное строение и топография сосудистой системы илеоцекальной области. Расположение венозных образований, степень их выраженности не одинакова в различных ее участках. Особенно богатая венозная сеть имеется в илеоцекальной заслонке.
- В периферическом крае заслонки венозная сеть располагается между 2 слизистыми тонкой и толстой кишки; в средних и проксимальных отделах заслонки сосудистая сеть находится между слизистыми оболочками и слоем циркулярных мышц; каждый из слоев ее имеет определенную архитектуру венозных сосудов, резко отличающуюся одна от другой.
- Вены слизистой со стороны тонкой кишки, образовавшись в ворсинках, имеют вертикальное направление, напоминая пальцевидные выпячивания, и широко анастомозируют между собой, что придает венозной сети слизистой характерный бархатистый вид. В дальнейшем вены ворсинок, образовав крупные горизонтально идущие венозные стволы, впадают в подслизистое венозное сплетение.

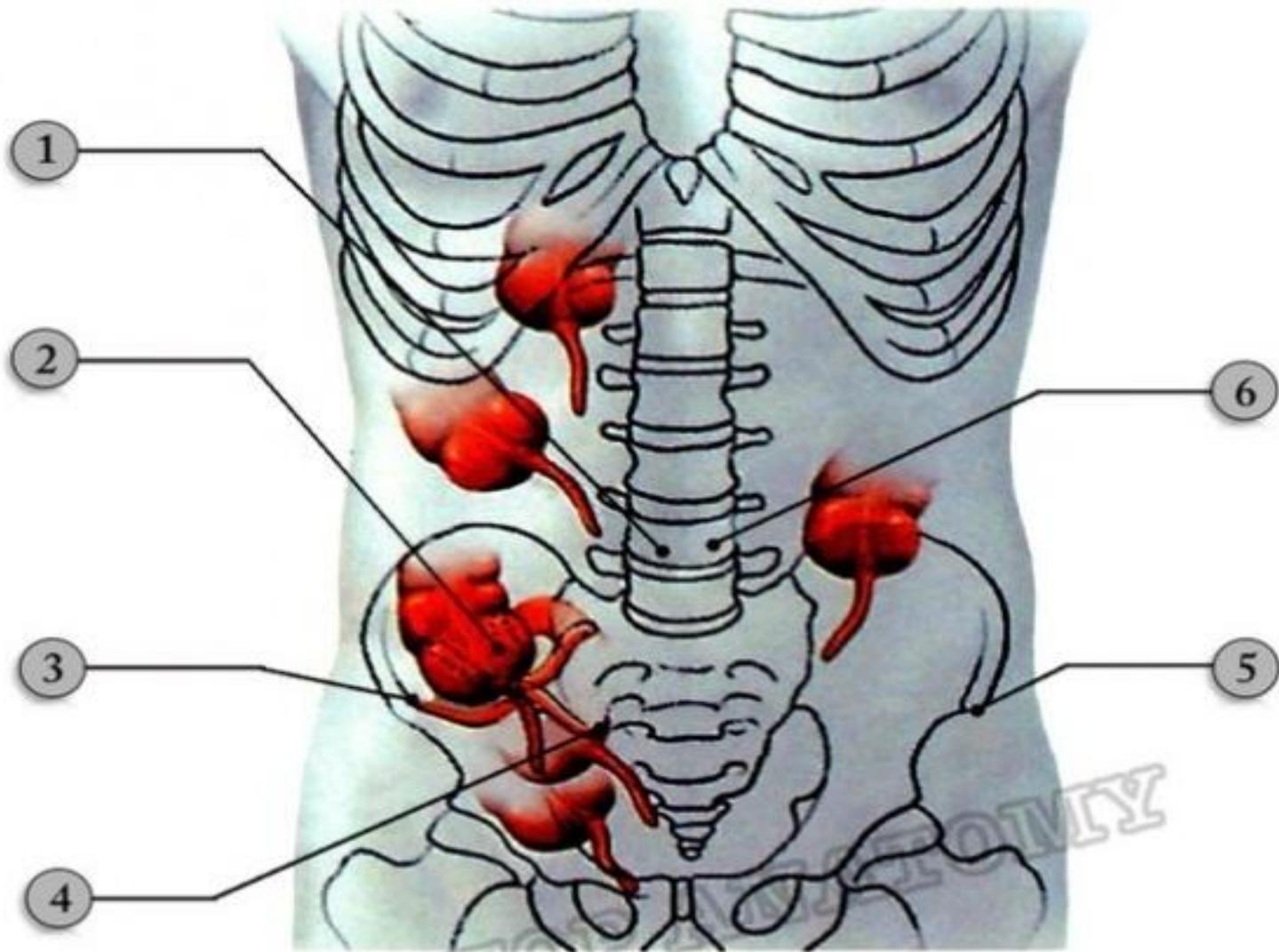
Анатомия червеобразного отростка

- Червеобразный отросток, *appendix vermiformis*, отходит чаще всего от заднемедиальной стенки слепой кишки. Червеобразный отросток открывается в полость слепой кишки отверстием, *ostium appendicis vermiformis*. Длина его непостоянна, она колеблется от 4 до 12 см, и наиболее часто бывает равна 8—10 см. Средняя толщина отростка 5-6 мм. Диаметр отростка достигает 0,4—1,2 см, в среднем — 0,7 см.

- Слепая кишка (вскрыта) и червеобразный отросток. 1 - илеоцекальное отверстие (*ostium ileocaecale*); 2 - подвздошная кишка (*ileum*); 3 - отверстие червеобразного отростка (*ostium appendicis vermiformis*); 4 - червеобразный отросток (*appendix vermiformis*); 5 - слепая кишка (*caecum*); 6 - илеоцекальный клапан (*valva ileocaecalis*)

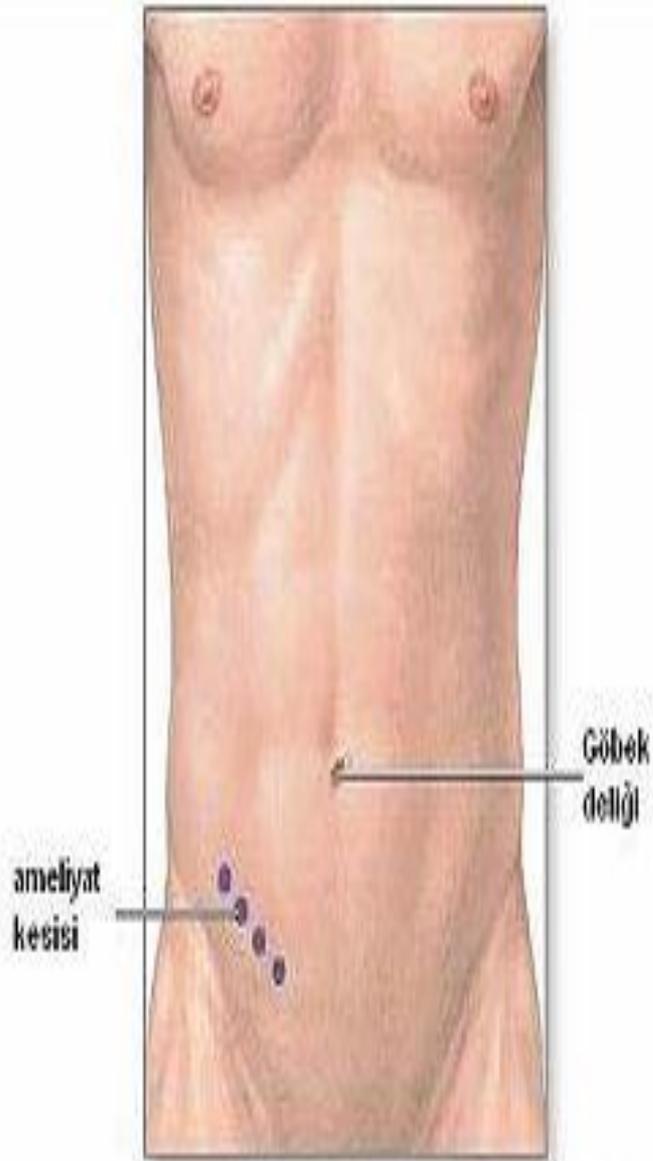


- Наиболее частыми отклонениями от нормального положения слепой кишки являются высокое, или подпеченочное — на уровне 1 поясничного позвонка, и низкое, или тазовое, — на уровне 2-3 крестцовых позвонков. Слепая кишка в 90-96% случаев со всех сторон покрыта брюшиной, то есть располагается интраперитонеально, что обуславливает ее подвижность.
- Червеобразный отросток отходит от слепой кишки в месте слияния трех на 2-3 см ниже уровня впадения подвздошной кишки в слепую. Средняя длина его 8-10 см, однако, описаны случаи нахождения очень коротких и очень длинных (до 50 см) отростков. Свободный конец (верхушка) отростка может находиться в различных положениях.



TOP ANATOMY

- Ретроцекальное расположение отростка наблюдается в 10-15% случаев, при этом в очень редких случаях отросток лежит не только позади слепой кишки, но и внебрюшинно (ретроперитонеальное положение отростка).



ameliyattan önce



ameliyattan sonra



iltihaplı apandis (apandisit)



Левостороннее
размещение
червеобразного
отростка



- **Возрастные особенности**

- Дети Быстрое нарастание симптомов и склонность к развитию перитонита

- Температура тела чаще фебрильная

- Рвота и диарея более ярко выражены

- Раннее возвращение к режиму полноценной физической активности

Пожилые

- Стертость клинических симптомов может быть причиной несвоевременных диагностики и госпитализации. Летальность среди пациентов старше 60 лет составляет 50%. Беременность. Частота 1 на 2 000 беременных. Диагностика затруднена. Червеобразный отросток смещён беременной маткой вверх и латерально, что приводит к изменению типичной локализации болей, а расположение его за маткой - к снижению-выраженности симптомов раздражения брюшины. Внутриутробная гибель плода возникает в 2-8,5% случаев.