

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Малиевская В.Ю., Валюк В.И., Махновец К.С.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Беларусь

Введение. В настоящее время вариантная анатомия толстой кишки является актуальной проблемой клинической анатомии. Знание вариантов расположения отделов толстой кишки имеет большое значение для теоретической и практической медицины. От этого зависят глубина понимания патологических процессов, точность диагностики и выбор методов лечения. В связи с этим, детальное изучение вариантной анатомии червеобразного отростка остаётся важной и актуальной задачей.

Червеобразный отросток (*appendix vermiformis*) – отросток слепой кишки, который расположен на границе тонкой и толстой кишки. Отходит от заднемедиальной поверхности слепой кишки в месте соединения трех лент на расстоянии 2-5 см ниже илеоцекального клапана и располагается обычно в правом нижнем квадранте живота.

Цель: провести литературный анализ анатомических характеристик вариантов расположения червеобразного отростка.

Методы исследования: был проведён ретроспективный литературный анализ анатомических вариантов положения червеобразного отростка.

Результаты и их обсуждение. Червеобразный отросток (ЧО) является частью желудочно-кишечного тракта, образующегося из стенки слепой кишки. В конце 3-ей недели внутриутробного развития из энтодермы образуется трубка – первичная кишка, в которой выделяют глоточную и туловищную кишку. В туловищной кишке в свою очередь выделяют три части: переднюю, среднюю и заднюю. Из задней кишки в последующем будет развиваться слепая кишка и червеобразный отросток, восходящая ободочная, нисходящая ободочная, сигмовидная ободочная и прямая кишка [2, с. 72].

Несмотря на значительную вариабельность положения червеобразного отростка, место прикрепления его основания к слепой кишке, как правило, относительно постоянно. Его проекция на поверхность тела обычно определяется на границе средней и наружной третьей линии, соединяющей пупок с правой верхней передней подвздошной остью (точка МакБерни), или на границе правой и средней третьей линии, соединяющей левую и правую верхние передние подвздошные ости (точка Ланца). При аппендиците в этих точках может отмечаться выраженная болезненность при пальпации.

В настоящее время применяются разнообразные лучевые методы визуализации ЧО, такие как ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позволяющие определить диаметр, толщину стенки и признаки воспаления, а также возможные осложнения даже при атипичном расположении отростка [1, с. 334].

Червеобразный отросток подвешен треугольной брыжейкой аппендикса к нижней части брыжейки и является интраперитонеальным органом, поэтому его положение может значительно варьироваться. По международной анатомической классификации выделяют следующие возможные варианты расположения червеобразного отростка: наиболее часто встречающиеся ретроцекальное и тазовое положение, а также илеоцекальное, субцекальное и околоободочное положение.

Ретроцекальное положение ЧО встречается наиболее часто, примерно в 65% случаев. Отросток располагается позади слепой кишки. В этом случае отросток может тесно прилегать к правой почке, мочеточнику, поясничным мышцам. В зависимости от степени погружения различают внутрибрюшинный и забрюшинный (ретроперитонеальный) варианты. Важной клинической особенностью ретроцекального расположения является стертость клинической картины при развитии воспаления. Поскольку отросток не контактирует с париетальной брюшиной передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга может отсутствовать, а боль локализуется не в правой подвздошной области, а в поясничной области или иррадирует в бедро.

Тазовое расположение ЧО. Отросток пересекает пограничную линию и может располагаться над входом в малый таз или на дне пузырно-маточного углубления (у мужчин в прямокишечно-пузырном углублении) непосредственно в полости малого таза. Такое положение встречается в 30% случаев, у женщин встречается чаще, чем у мужчин. Синтопия при тазовом положении имеет важные анатомические особенности. У женщин отросток может контактировать с правым яичником, маточной трубой, широкой связкой матки, а также с задним сводом влагалища и прямой кишкой. Такая близость к органам женской половой системы создает значительные диагностические трудности, так как клиническая картина может имитировать гинекологическую патологию. Независимо от пола, отросток в тазовом положении может соприкасаться с мочевым пузырем (при его наполнении), мочеточником и петлями тонкой кишки, опускающимися в малый таз [3, с. 339]. Важно отметить, что при тазовом положении отросток, как правило, сохраняет интраперитонеальное расположение и имеет собственную брыжейку, что обеспечивает его подвижность. При воспалении боль локализуется не в правой подвздошной области, а над лобком или справа над паховой связкой. Тазовое положение диагностировать сложнее, так как при УЗИ отросток часто не визуализируется из-за глубокого расположения.

Илеоцекальное (медиальное) положение встречается приблизительно у 2% людей, при этом отросток смещён к средней линии и располагается близко к корню брыжейки тонкой кишки. Возможны два варианта данного расположения: спереди (преилеально) и позади (постилеально) подвздошной кишки [2, с. 73]. Околоободочное (латеральное) положение ЧО характеризуется тем, что отросток направляется вверх к правому краю восходящей ободочной кишки. В этом случае отросток занимает положение в правом боковом канале брюшной полости, будучи обращенным в сторону париетальной брюшины, покрывающей боковую стенку живота. Встречается примерно в 2% случаев.

Околоободочное положение часто сочетается с высоким расположением слепой кишки. В отличие от ретроцекального положения, при котором аппендикс скрыт позади кишки, при околоободочном он лежит открыто в боковом канале. Также в данном положении брыжейка отростка может иметь атипичное расположение. В литературе описаны случаи, когда брыжейка отходила от переднелатеральной стенки слепой кишки и начала восходящей ободочной кишки, что создавало дополнительные диагностические и хирургические сложности [4, с. 145]. При субцекальном положении отросток идёт вертикально вниз до паховой связки, по данным литературы такое положение встречается наиболее редко приблизительно у 1% людей [2, с. 74]. Отросток опускается вниз от слепой кишки, часто располагаясь в правой подвздошной ямке или чуть ниже.

Выводы. Различные варианты положения червеобразного отростка являются нормальной анатомической особенностью человека, которая не имеет самостоятельного патологического значения у здорового человека. Но при условии острого аппендицита она приобретает большое клиническое значение, поскольку определяет локализацию боли, характер симптомов и сложность диагностики. Знание различных вариантов положения червеобразного отростка необходимо хирургам, рентгенологам и клиницистам для снижения количества диагностических ошибок и способствует предупреждению разрыва червеобразного отростка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ ультразвуковых сканов червеобразного отростка у пациентов с подозрением на острый аппендицит / А. М. Побылещ, А. В. Копыцкий, И. И. Цилиндзь [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2024. – № 4. – С. 332–341.

2. Григорян, Г. С. Морфологическая и морфометрическая характеристика илеоцекальной области и червеобразного отростка / Г. С. Григорян, Н. А. Трушель // Инновационные технологии в образовательном процессе морфологических дисциплин : сборник статей Международной научно-практической конференции, Минск, 3 октября 2025 г. : в 2 ч. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т, Белорус. науч. о-во морфологов ; под общ. ред. Н. А. Трушель. – Минск, 2025. – Ч. 2. – С. 70–75.

3. Anatomical Variations of the Vermiform Appendix / A. Sakellariadis, F. Sofou, D. Chrysikos [et al.] // Acta Medica Academica. – 2024. – Vol. 53, no. 3. – P. 335–342.

4. Султанов, М. С. Случай затрудненной диагностики острого аппендицита при атипичном положении червеобразного отростка на фоне аномалии развития органов брюшной полости / М. С. Султанов, А. Н. Литвинов, М. М. Нахумов // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2015. – Т. 7, № 1. – С. 144–146.