**Аппендицит. Общие сведения. Анатомия. Функции.**

Аппендицит - неспецифическое инфекционное воспаление червеобразного отростка (processus vermicularis).

**Общие сведения.**

Цельс, Гален и даже Пирогов описывали заболевание как подвздошный абсцесс. Впервые мнение, что причиной "подвздошного абсцесса" является червеобразный отросток высказал Мелье в 1828 году. Российский хирург Платонов доказал роль аппендикса в возникновении заболевания в 1840 году. Термин "аппендицит" впервые был официально признан в 1890 году Американской ассоциацией хирургов. Первая аппендэктомия выполнена в 1884 году Кренлейном, а в России в 1890 году Трояновым. Российский хирург Г.Ф.Цейдлер, одним из первых в России обосновал необходимость ранней операции при остром аппендиците.

Современной тенденцией развития методов хирургического лечения аппендицита является снижение травматичности операций. Этому требованию во многом отвечает эндовидеохирургическая технология.

Острый аппендицит-одно из самых распространенных хирургических заболеваний.В США и Великобритании ежегодно производят аппендэктомию одному из 700-800 человек населения. Если принять среднюю продолжительность жизни в 60 лет, то каждый пятнадцатый или даже двенадцатый к концу своей жизни будет лишен своего червеобразного отростка.

Клиническая картина при остром аппендиците описана самым детальным образом, но диагностические ошибки даже у самых опытных и талантливых врачей бывают, и не так уж редко.

По-прежнему актуальны слова И.И.Грекова: "Острый аппендицит-хамелеоноподобное заболевание: его не находят там, где предполагают, и, наоборот, находят там, где о нем совсем не думают."

**Анатомо-физиологические данные.**

Червеобразный отросток отходит от задне-внутреннего сегмента слепой кишки, где сходятся все три её taenia, на расстоянии 0,5 -5 см от места впадения подвздошной кишки, в области илеоцекального угла.

Длина отростка от 1,2 см до 50 см, в среднем 7-10 см, диаметр 4-5 мм, в слепую кишку открывается еще более узким просветом. У детей - воронкообразный, широкий, у стариков стенки атрофичны, просвет часто облитерирован.

Стенки отростка повторяют все слои кишечника, очень богаты нервными элементами - илеоцекальная область является рефлексогенной зоной.

Кровоснабжается a. appendicularis (от colica dextra), имеет магистральный тип строения; вены отростка впадают в верхнебрыжеечную вену. Отросток богат лимфоидной тканью - "миндалина брюшной полости", лимфоидный аппарат особенно развит у детей. Лимфоотток в лимфоузлы илеоцекального угла, затем - корня брыжейки, анастомозируют с лимфатическими путями тонкой и толстой кишки, печени, поддиафрагмального пространства, правой почки, малого таза.

Положение отростка:

а)типичное - в правой подвздошной ямке;

б) тазовое - вниз к малому тазу;

в) подпеченочное - высокое, под печенью;

г) медиальное - по направлению к корню брыжейки тонкой кишки;

д) ретроцекальное - (внутрибрюшинное, внутристеночное, ретроперитонеальное);

е) левостороннее - при situs viscerum inversus, недовороте толстой кишки.

**Функции.**

Функция - мало изучена и не вполне ясна.

Большинство теорий признают:

- моторную( червеобразный отросток способен к перистальтическим движениям, регулирует функцию баугиниевой заслонки. При нарушении этой функции, наблюдается спазм баугиниевой заслонки и дискинетические нарушения в илеоцекальном сегменте кишечника с развитием цеко-илеального рефлюкса);

- защитную (как лимфоидный орган, секреторную (выделяет амилазу);

- гормональную (выделяет перистальтический гормон);

- иммунологическую функции (аппендикс имеет репутацию "кишечной миндалины", обеспечивающую естественную резистентность организма, иммунитет, иммунологическую память, иммунологическую толерантность и реакции при специфических патологических процессах).

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicall.ru/>