



ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ
АНАТОМИЯ
И ОПЕРАТИВНАЯ
ХИРУРГИЯ
ЛЕГКИХ



■ *Легкие* – парный орган, занимающие большую часть грудной полости. Правое и левое легкое расположены каждое в своем плевральном мешке, отделенных друг от друга средостением.

■ В легком различают поверхности:

1. *Реберная поверхность*
2. *Медиальная поверхность*
(которая в свою очередь делится на:
 - *Переднюю средостенную*
 - *Заднюю позвоночную*
 - *Диафрагмальную*

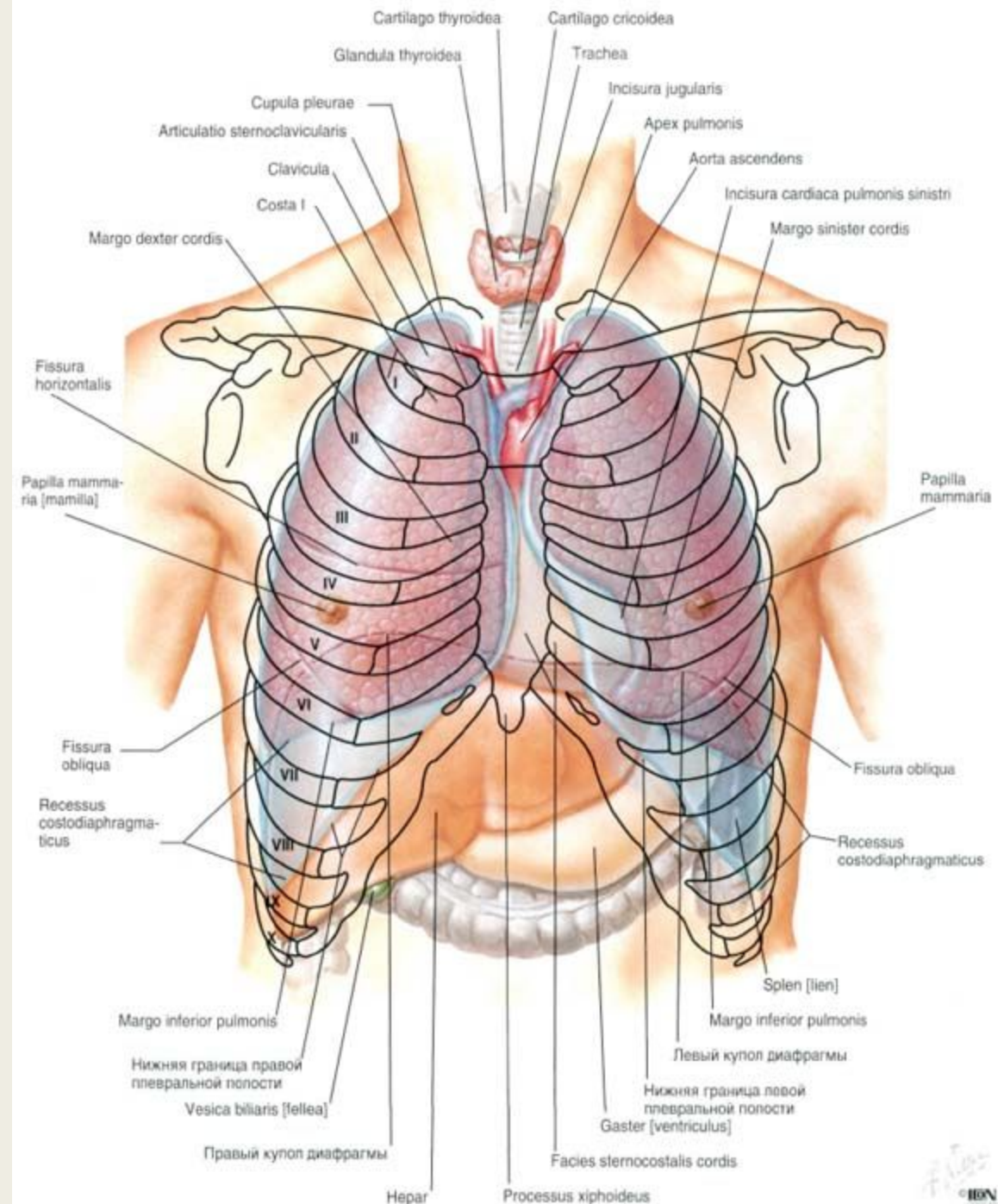


Верхние границы

- Спереди выступает над ключицей на 2см,
- Сзади проецируется на уровне VII шейного позвонка

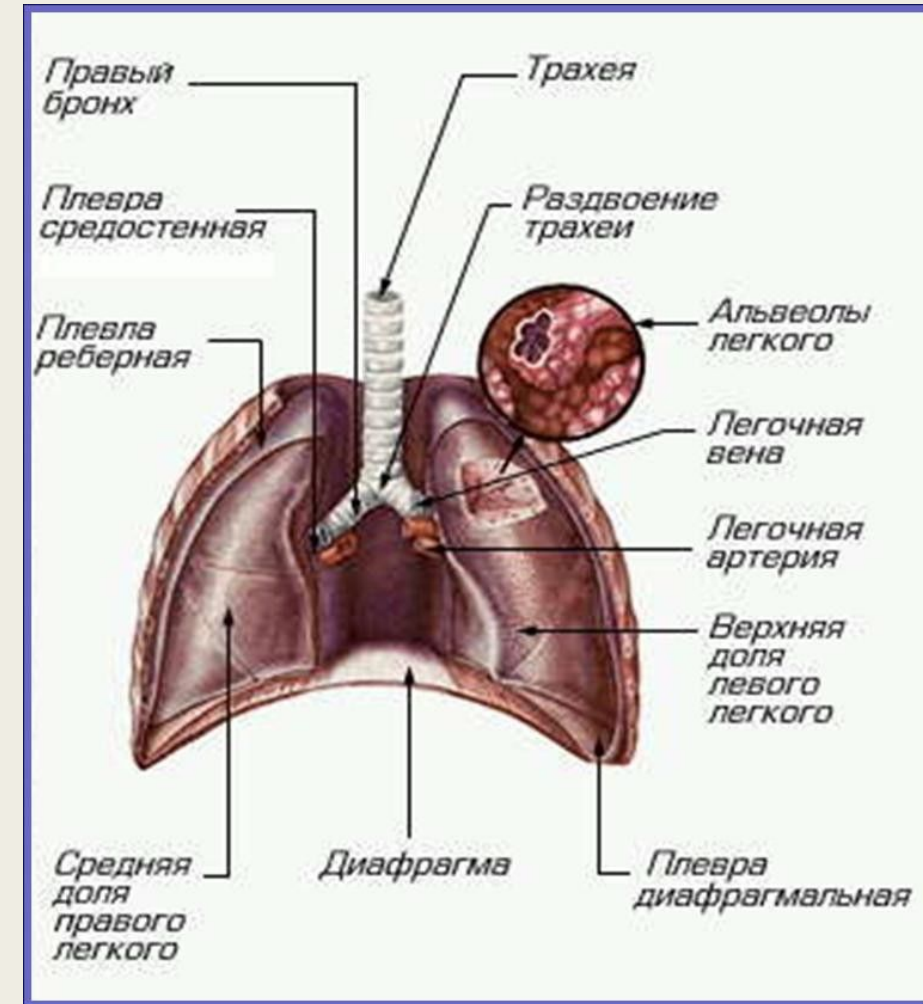
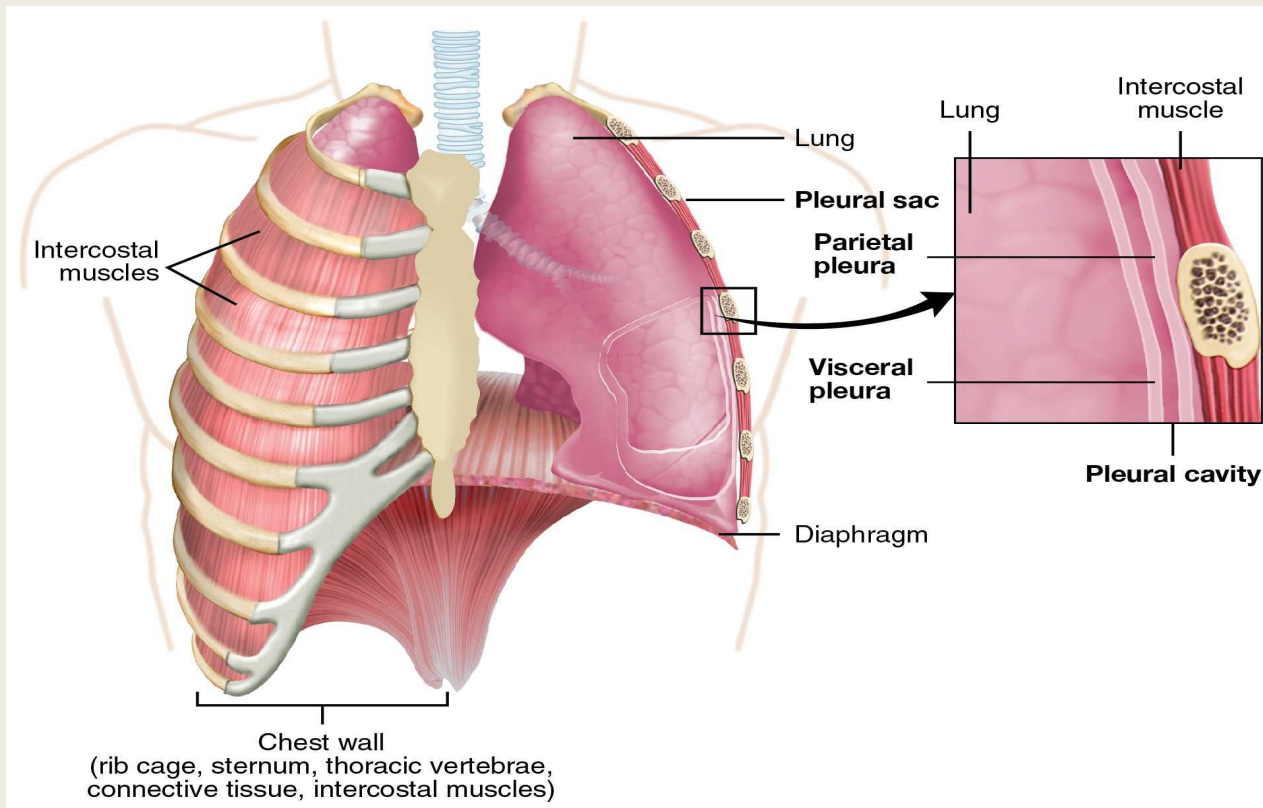
Нижние границы

- Передняя граница левого легкого, из—за сердечной вырезки, начиная от хряща IV ребра, отклоняется к левой среднеключичной линии.
- Границы легких соответствуют справа по грудинной, слева по окологрудинной линиям хрящу VI ребра,
- по среднеключичной линии – верхнему краю VII ребра,
- по передней подмышечной линии – нижнему краю VII ребра,
- по средней подмышечной линии – VIII ребру,
- по задней подмышечной линии IX ребро
- по лопаточной линии – X ребру,
- по околопозвоночной линии –XI ребру.



Строение легких

- Легкие снаружи покрыты висцеральной плеврой
- Плевра выстилаящая грудную полость с внутренней стороны-париетальная
- Между висцеральной и париетальной плеврами имеется плевральная полость, которая заполнена плевральной жидкостью



Плевральные синусы

- В местах перехода реберной плевры в диафрагмальную и медиастинальную образуются большей или меньшей величины углубления — **плевральные синусы**, *recessus pleurdles*.
- Между реберной и диафрагмальной плеврой имеется хорошо заметный глубокий **реберно-диафрагмальный синус**, *recessus costodiaphragma-ticus*,
- В месте перехода медиастинальной плевры в диафрагмальную находится не очень глубокий, ориентированный сагиттально **диафрагмо-медиастинальный синус**, *recessus phrenicomediastinalis*.
- Менее выраженный синус (углубление) имеется в месте перехода реберной плевры (в переднем ее отделе) в медиастинальную. Здесь образуется **реберно-медиастинальный синус**, *recessus costomediastinalis*

Строение легких

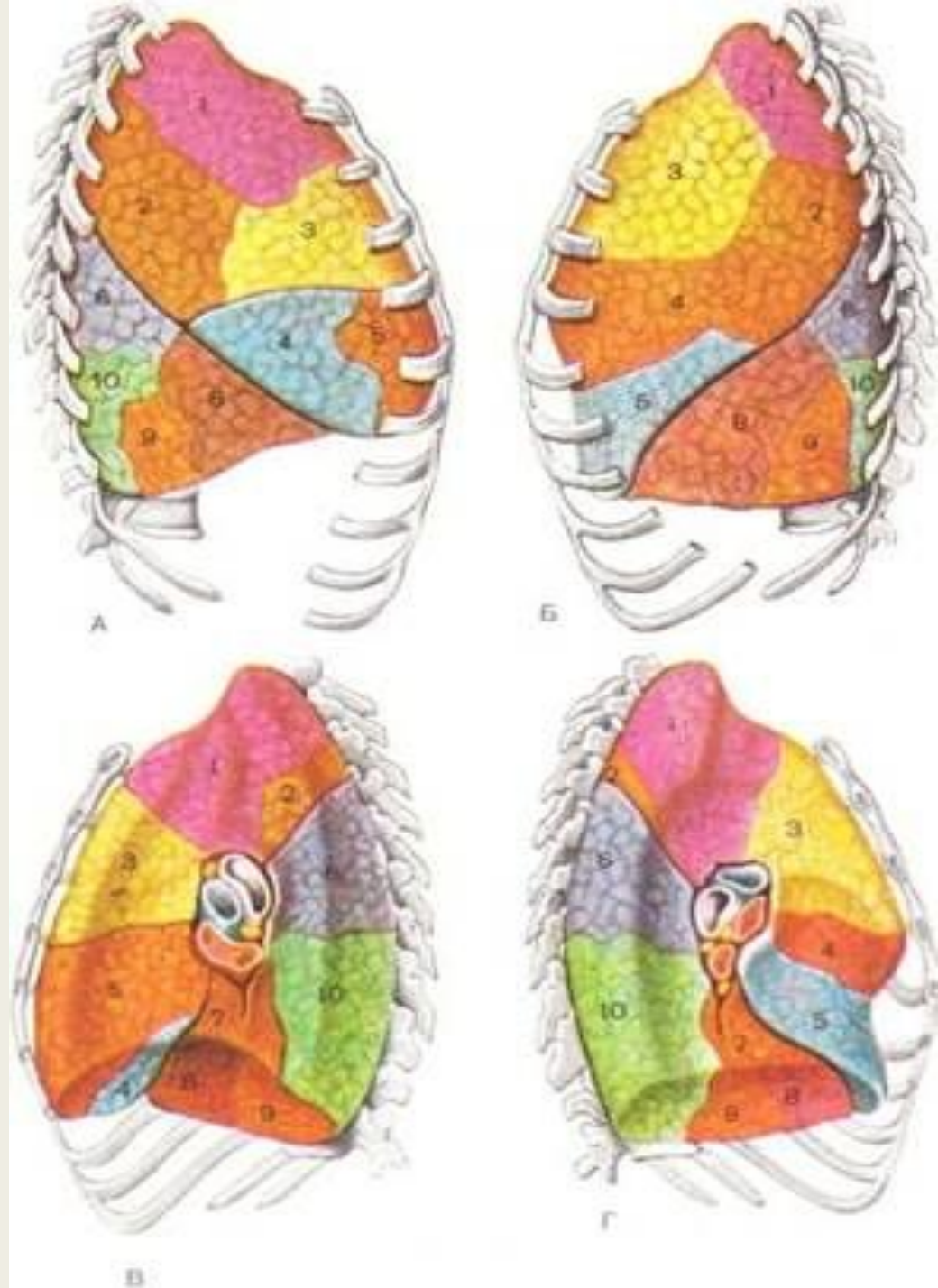
- **Сегменты** – участки легочной ткани, вентилируемые сегментарным бронхом и отделенные от соседних сегментов соединительной тканью. Каждое легкое состоит из 10 сегментов.

- *Правое легкое:*

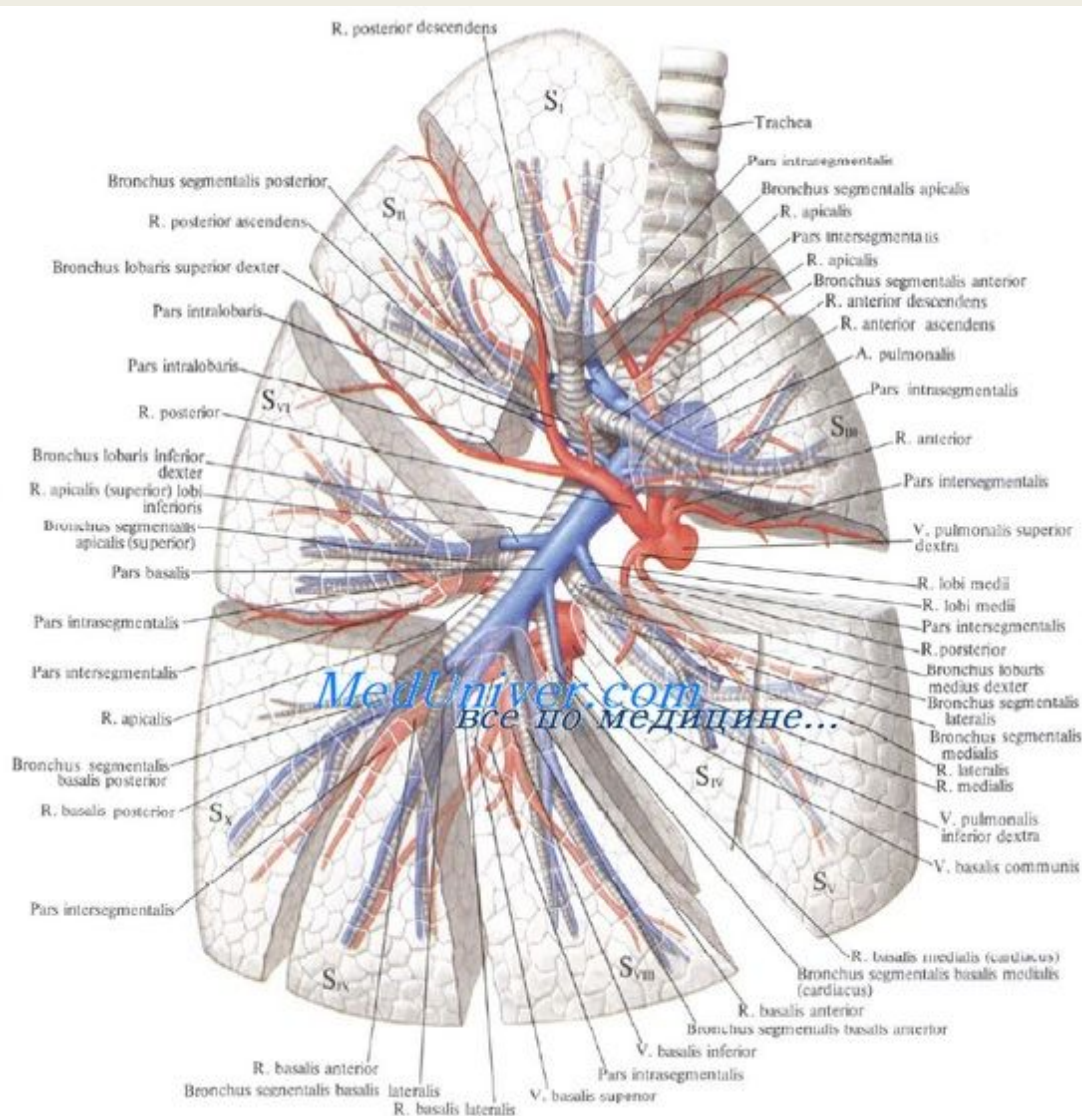
1. верхняя доля – верхушечный, задний, передний сегменты
2. средняя доля – латеральный, медиальный сегменты
3. нижняя доля – верхушечный, медиальный базальный, передний базальный, латеральный базальный, задний базальный сегменты.

- *Левое легкое:*

1. верхняя доля – два верхушечно—задних, передний, верхний язычковый, нижний язычковый
2. нижняя доля – верхушечный, медиально—базальный, передний базальный, латеральный базальный, задний базальный сегменты



Кровоснабжение



- **Кровоснабжение легких** осуществляется через бронхиальные ветви, отходящие от грудной части аорты.
- **Венозная кровь**- по бронхиальным венам оттекает в притоки легочных вен, а также в непарную и полунепарные вены.
- **Лимфатические сосуды** легких впадают в бронхолегочные, нижние и верхние трахеобронхиальные лимфатические узлы.
- Иннервация легких осуществляется из блуждающего нерва и из симпатического ствола, ветви которых в области корня легкого образуют **легочное сплетение**

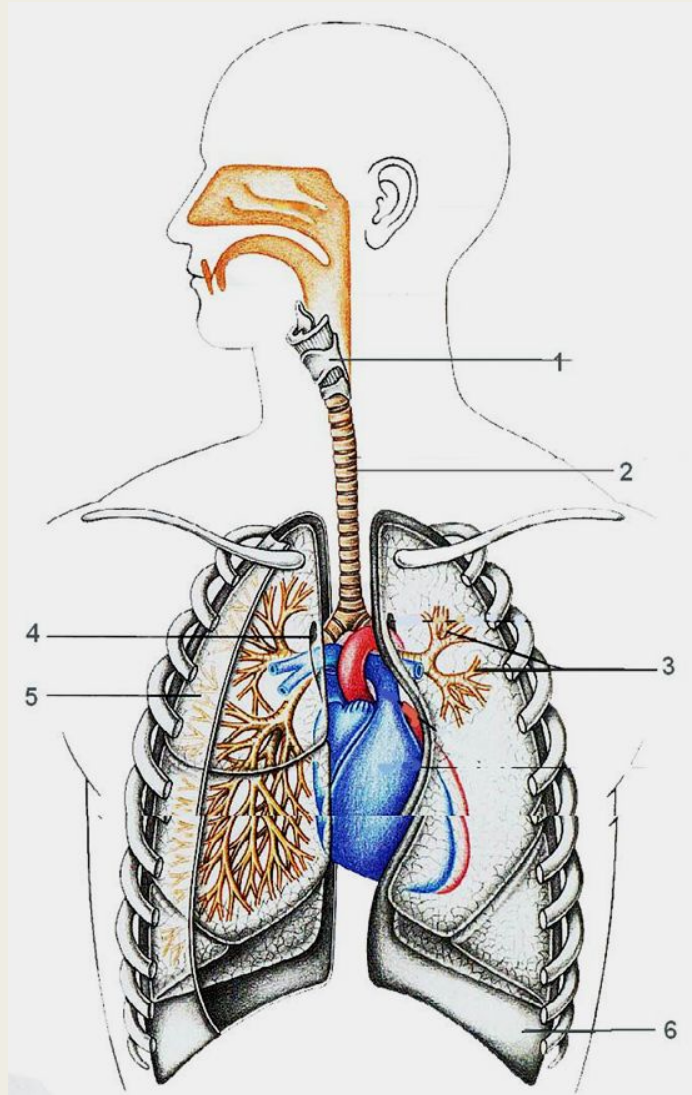
Дыхательная система

- Система верхних дыхательных путей состоит из:

1. полости носа (*cavitas nasi*),
2. носоглотки (*pars nasalis pharyngis*)
3. ротоглотки (*pars oralis pharyngis*),

- Система нижних дыхательных путей состоит из:

1. гортани (*larynx*)
2. трахеи (*trachea*),
3. бронхов (*bronchi*),
4. лёгких (*pulmones*).



I. ВОЗДУХОНОСНЫЕ ПУТИ:

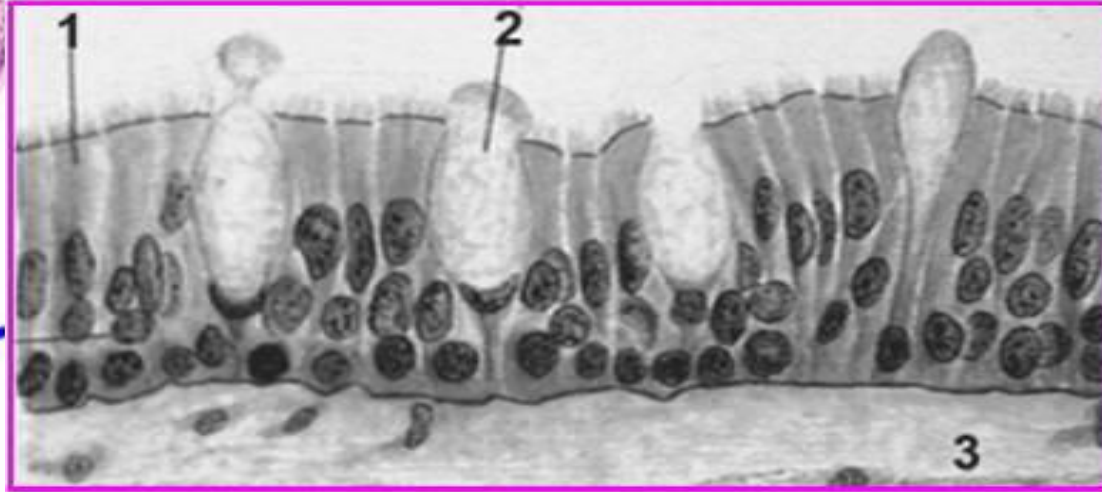
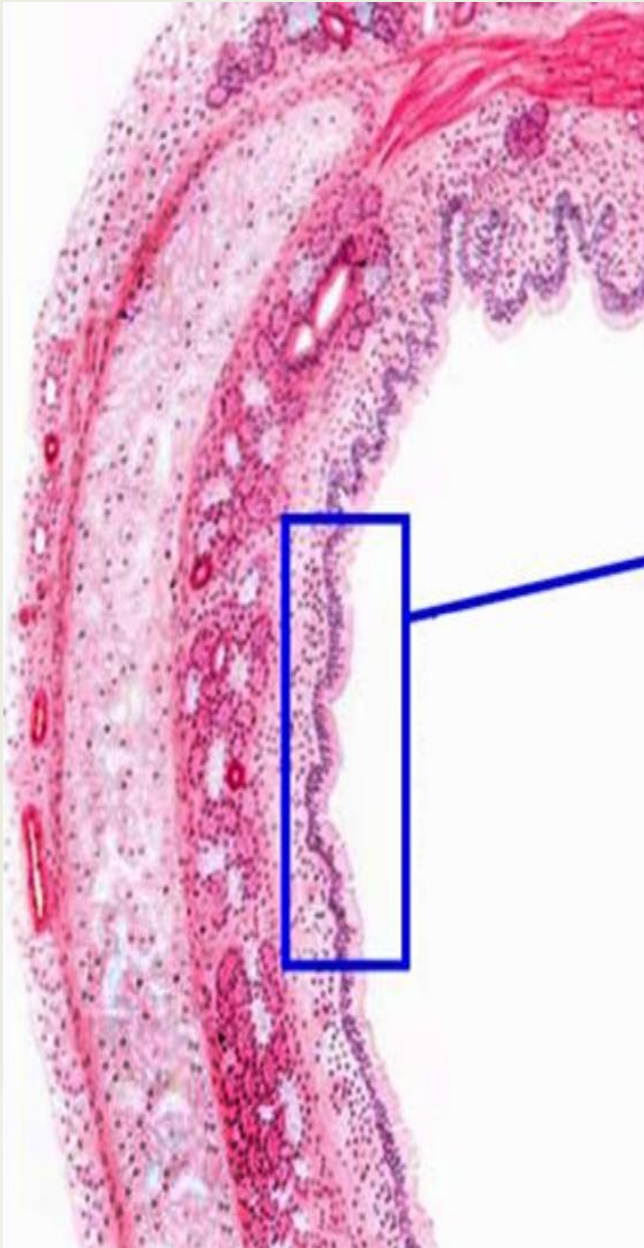
- 1) внелегочные - носовая полость, носоглотка, гортань, трахея, внелегочные бронхи
- 2) легочные - бронхиальное дерево, бронхиолы 1-16 порядка

II. РЕСПИРАТОРНЫЙ ОТДЕЛ

- 1) Бронхиолы 17-23 порядка,
- 2) альвеолярные ходы,
- 3) альвеолярные мешочки,
- 4) АЛЬВЕОЛЫ.

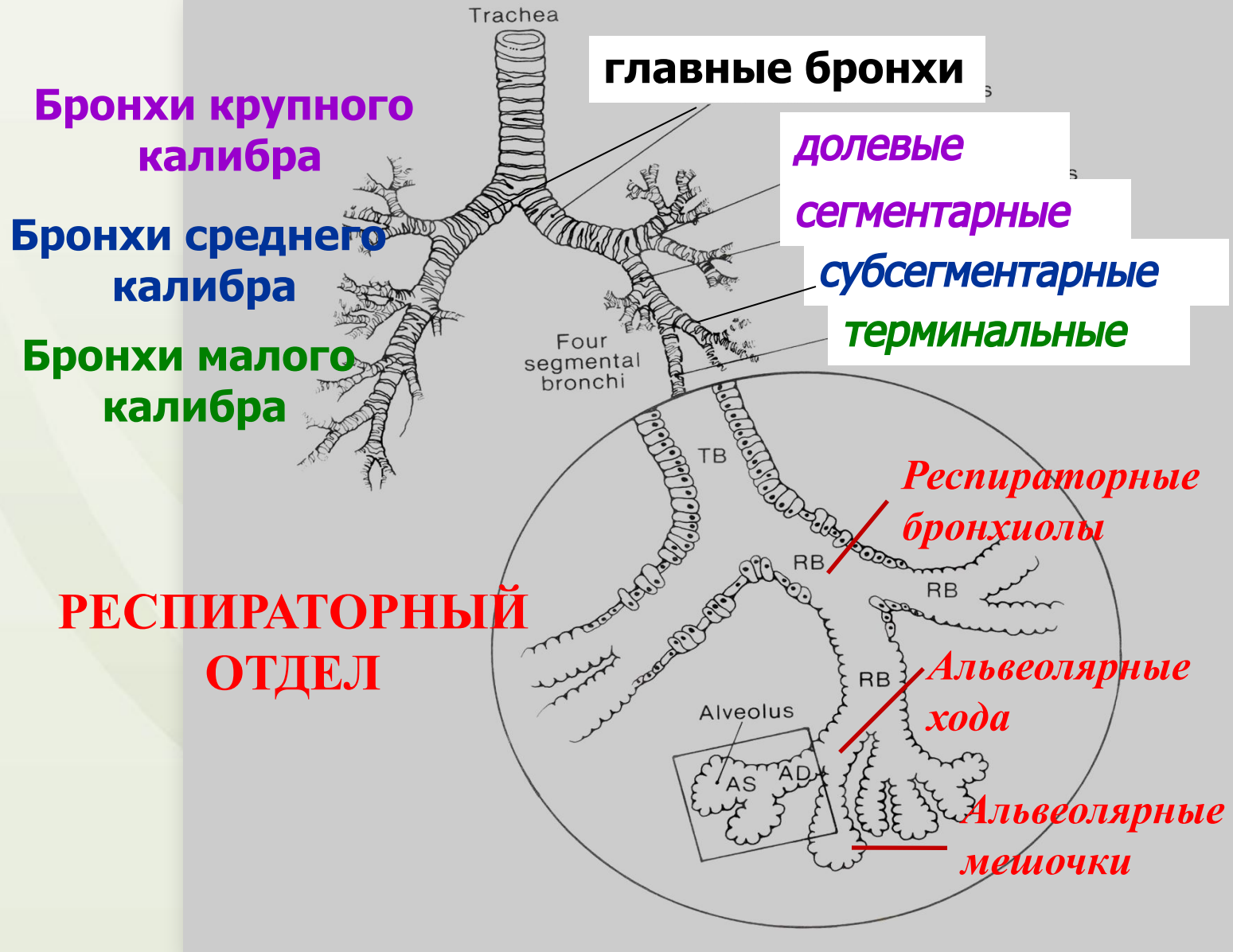
Клеточный состав эпителия

трахеи.



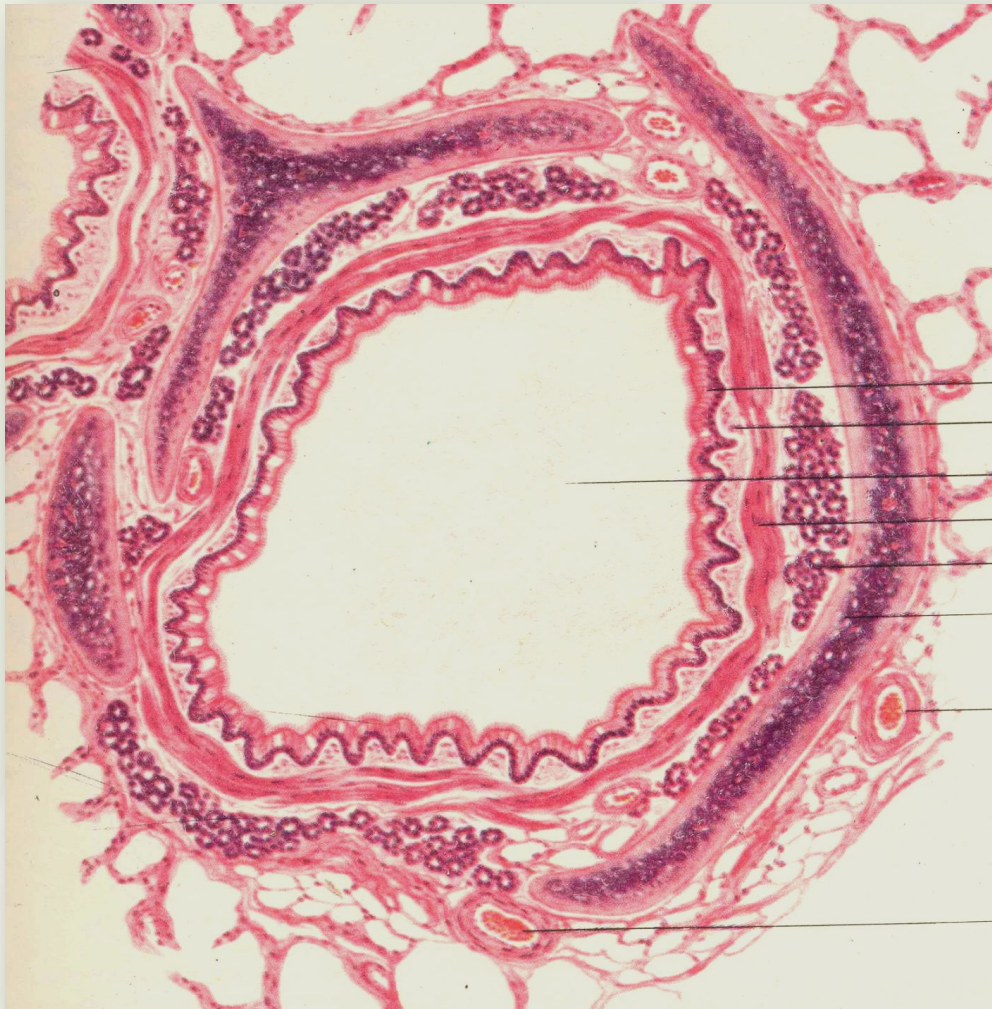
- Слизистая оболочка
- Подслизистая оболочка
- Мышечно-хрящевая оболочка
- Адвентициальная оболочка

Бронхиальное дерево



Бронхи крупного калибра.

Диаметр - от 5 до 10 мм



I. Слизистая оболочка:

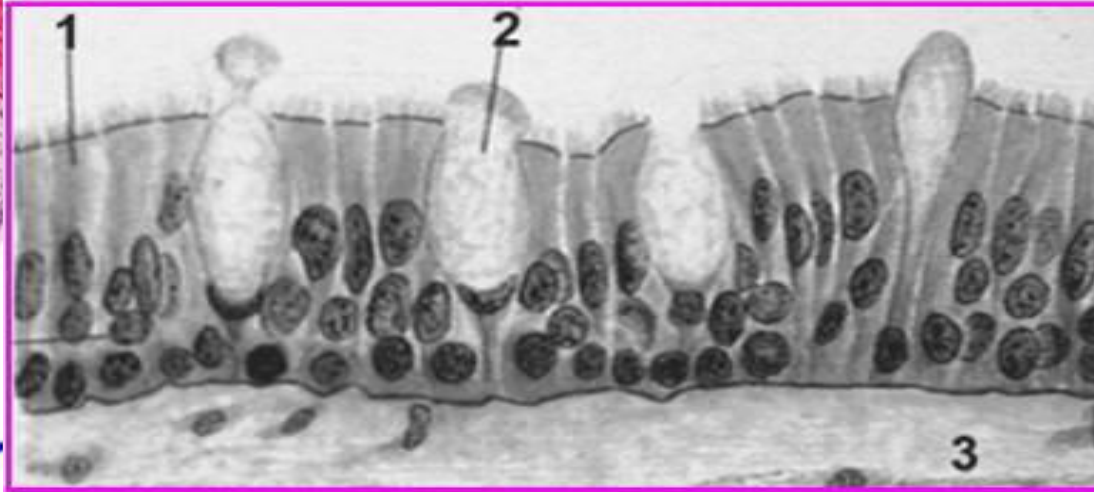
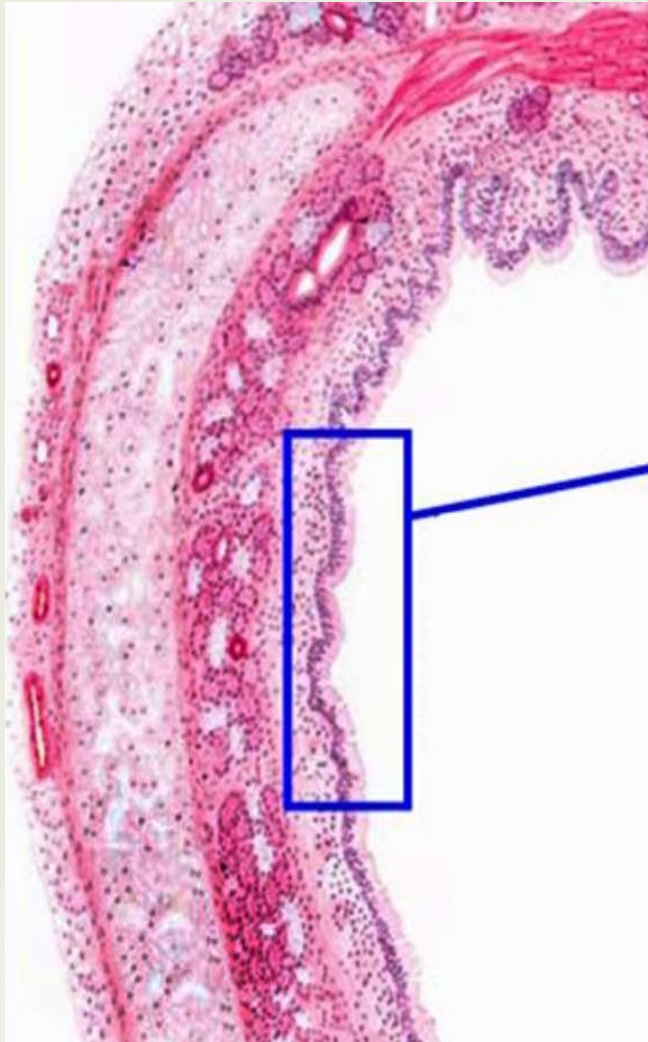
1. Многорядный призматический мерцательный эпителий
2. СПСО
3. МПСО

II. Подслизистая оболочка – РВСТ, концевые отделы белково-слизистых желез

III. Фиброзно-хрящевая оболочка - хрящевые пластины, связанные между собой соединительной тканью

IV. Адвентициальная оболочка: РВСТ

Клеточный состав эпителия бронхов крупного калибра.

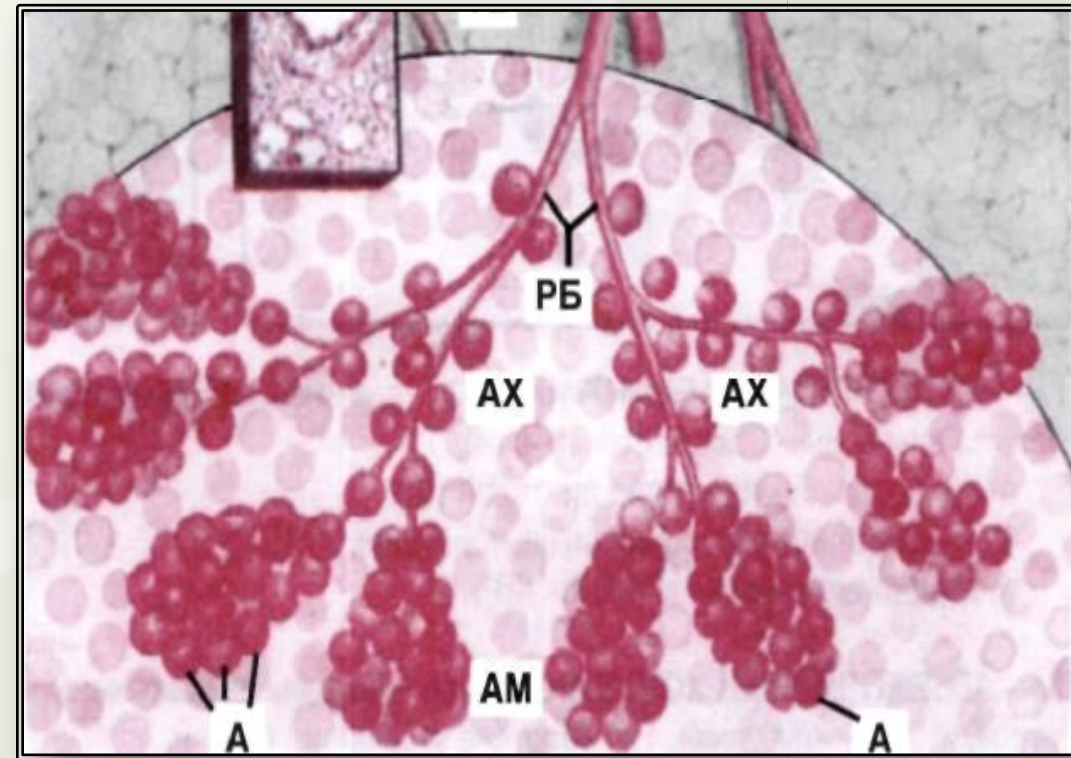


- **Реснитчатые эпителиоциты**
- **Бокаловидные клетки**
- **Эндокринные клетки**
(биогенные амины и пептидные гормоны)
- **Низкие вставочные (базальные)**
- **Высокие вставочные клетки**

Структурно-функциональная единица - АЦИНУС.

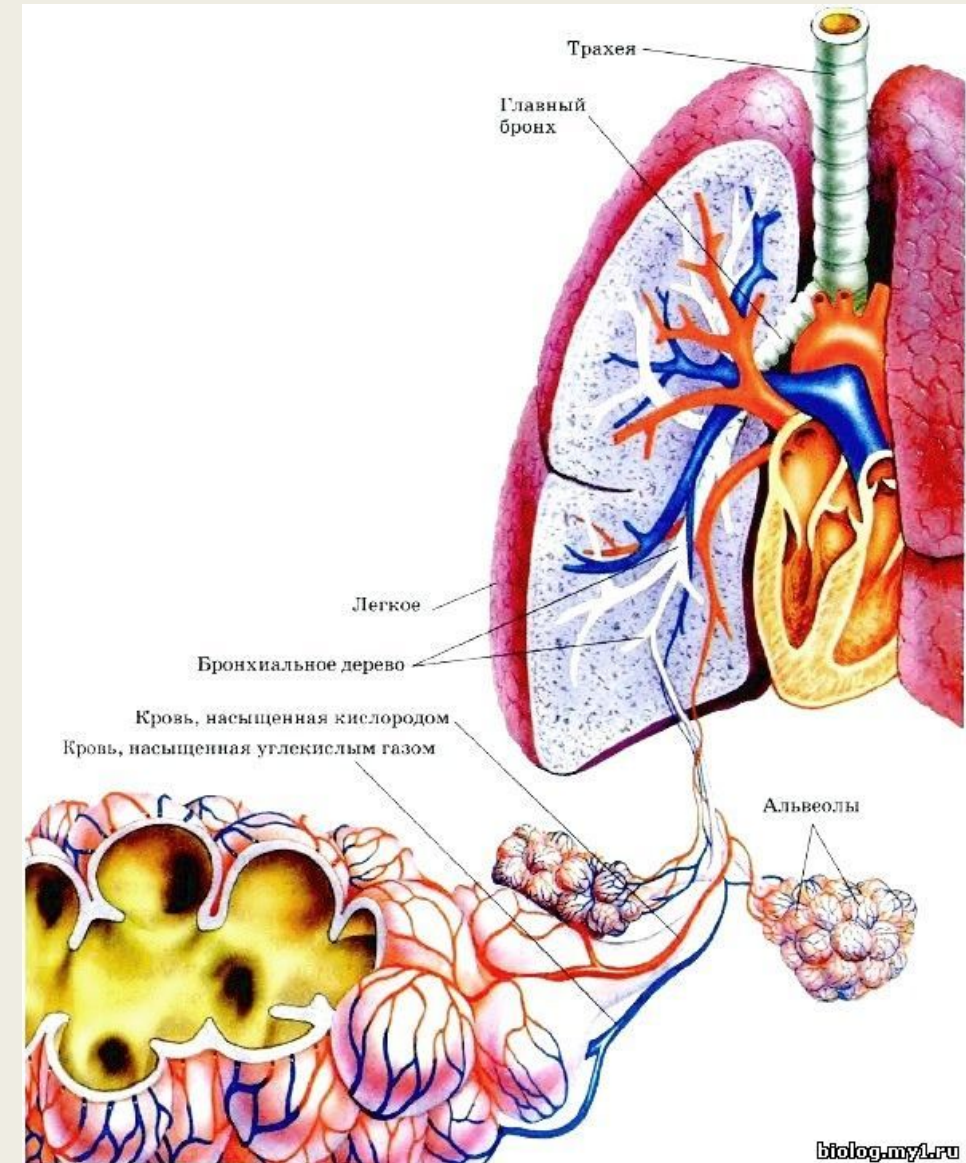
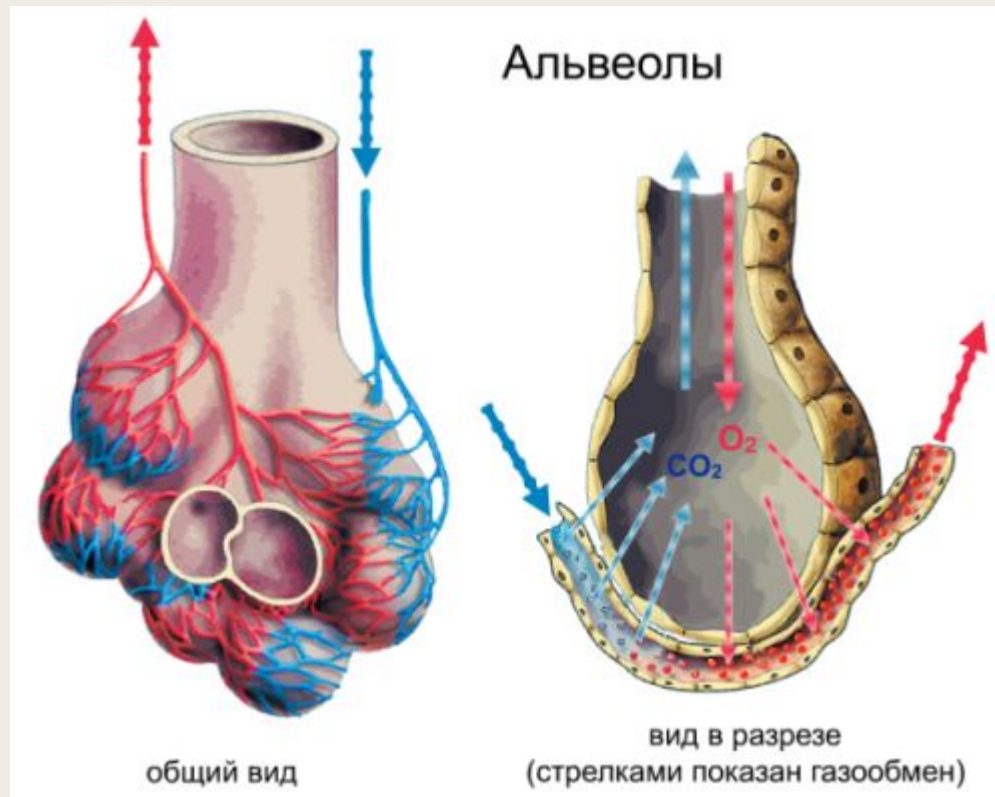


1. Респираторная бронхиола I, II, III-го порядка
2. Альвеолярные хода
3. Альвеолярные мешочки
4. АЛЬВЕОЛЫ



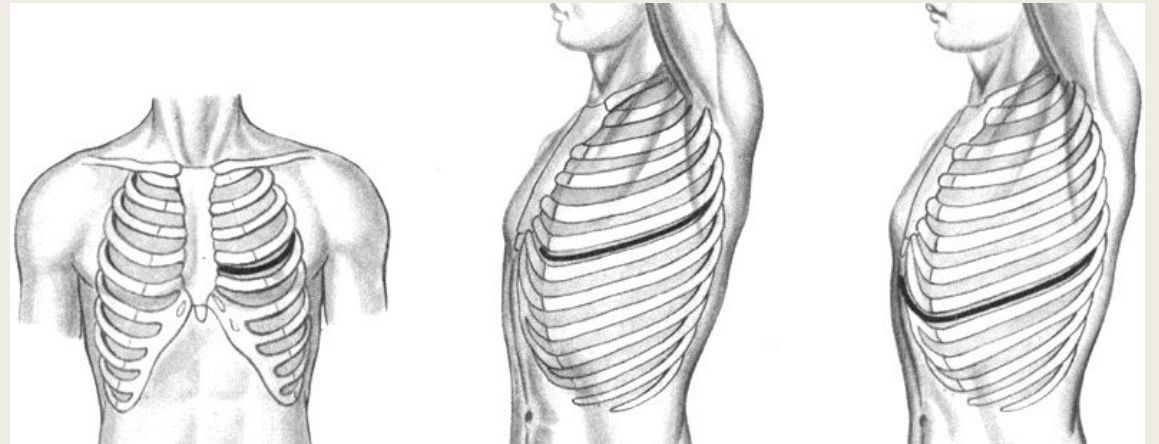
Газообмен в легких

- По левой и правой легочным артериям в легкие поступает венозная кровь, которая в результате газообмена обогащается кислородом, отдает углекислоту и становится артериальной. Артериальная кровь из легких по легочным венам оттекает в левое предсердие.

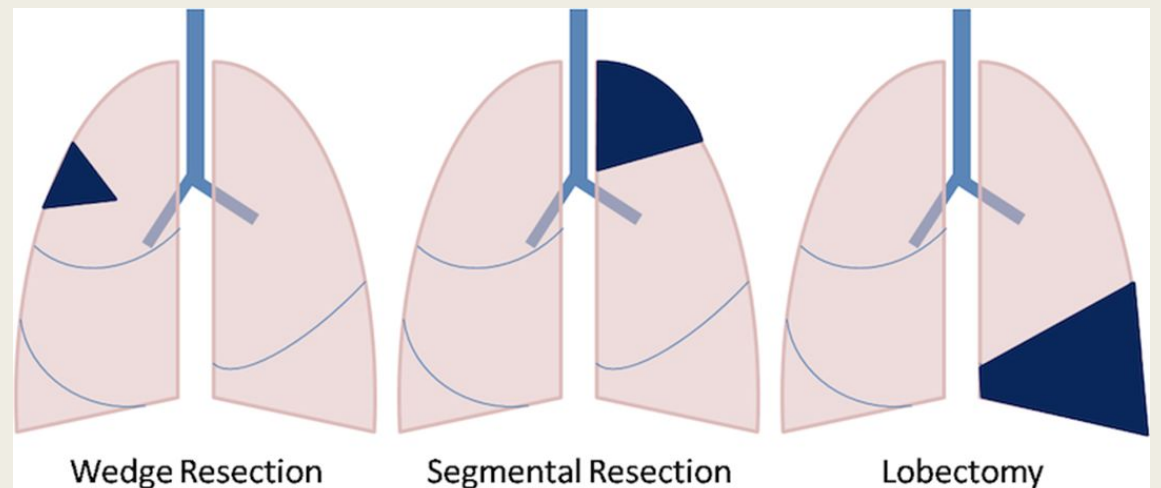


Оперативная хирургия легких

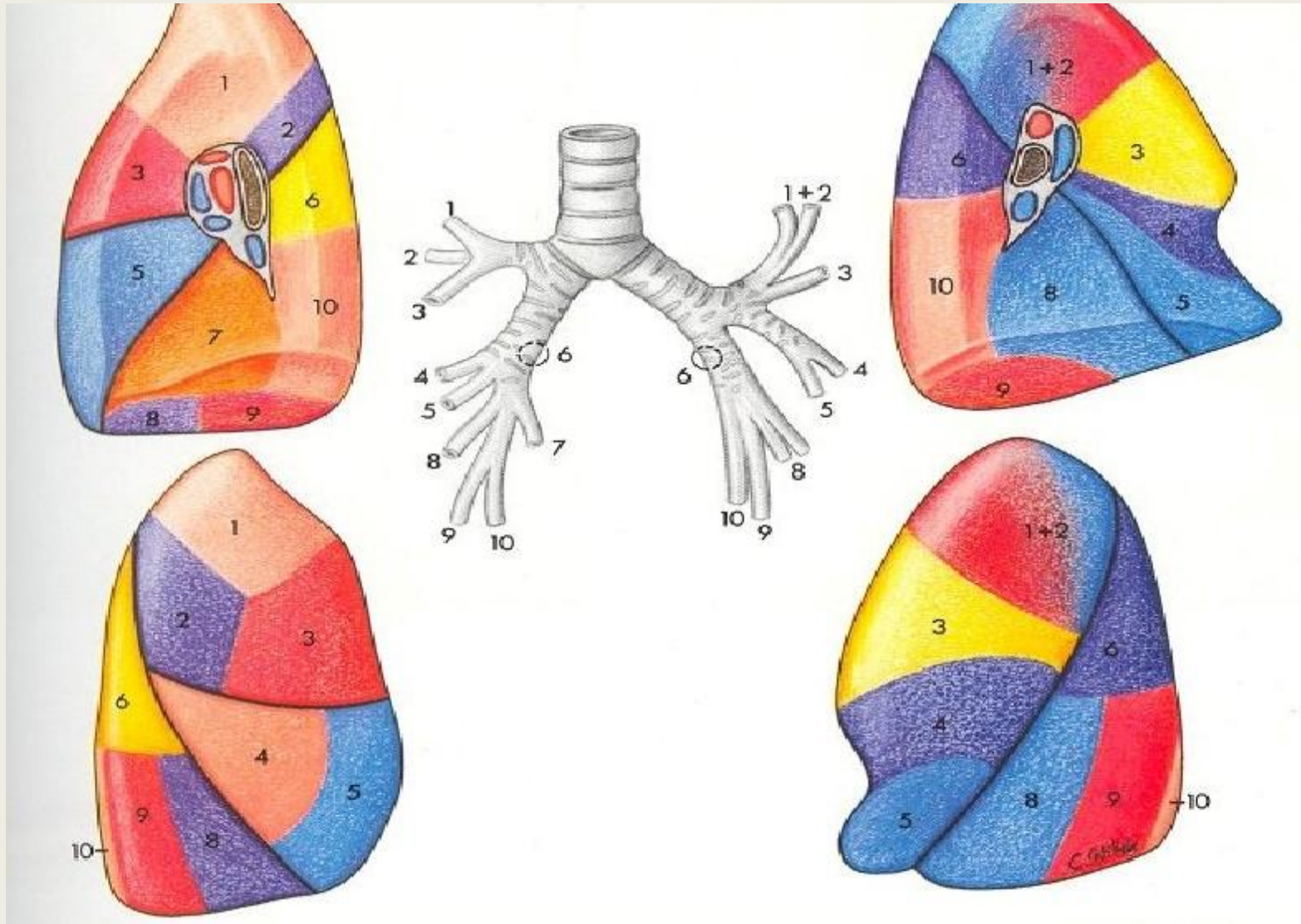
- Радикальные операции на легких выполняют при раке легкого, туберкулезе легких, бронхоэктатической болезни, хронической пневмонии, нагноительных и паразитарных поражениях легкого.
- Оперативным доступом при операциях на легких является
 - передне-боковая,
 - боковая,
 - задне-боковая торакотомия (вскрытие грудной стенки).



- К радикальным операциям относятся
 - Пневмонэктомия,
 - Лобэктомия
 - Сегментэктомия
 - Резекция



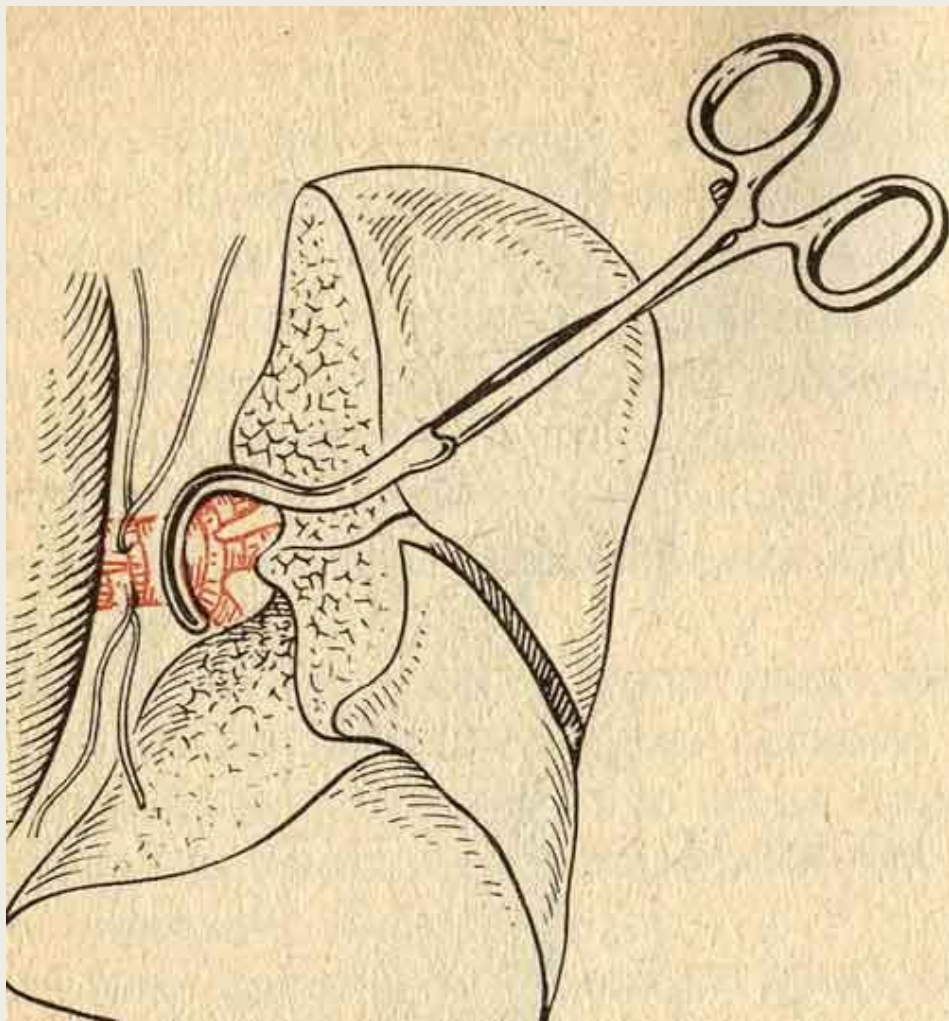
Сегментэктомия



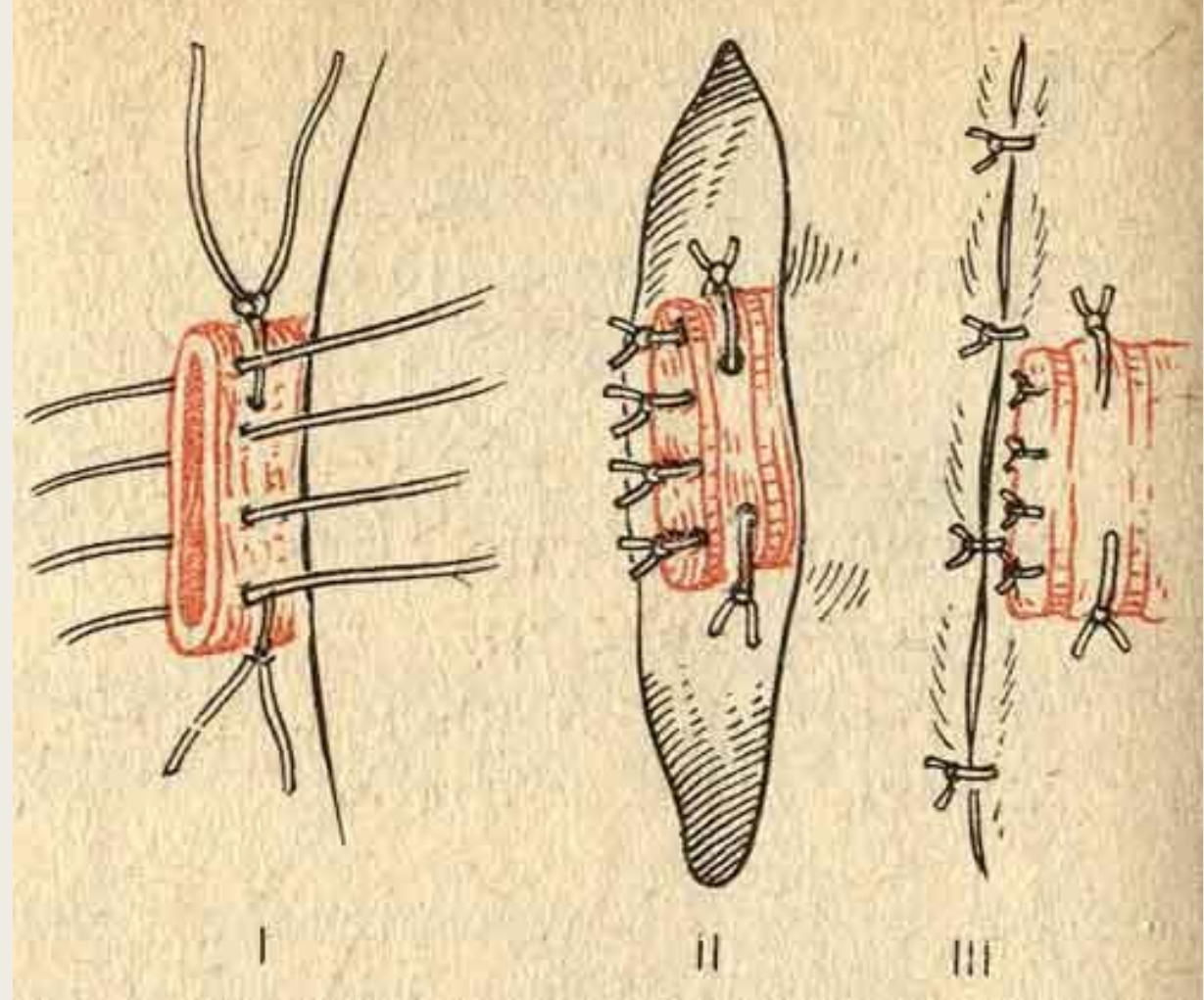
- **Показания:** бронхоэктазы, бронхогенные кисты, туберкулезные поражения, ограниченные пределами 1-2 сегментов, доброкачественные опухоли.
- **Обезболивание:** эндотрахеальный наркоз.
- Для зашивания повреждений трахеи и бронхов используют **викриловые, монокриловые или супраимидные нити**

Техника операции.

- Операцию начинают с разделения плевральных сращений для подхода к корню сегмента.
- Вначале выделяют сегментарную артерию,
- Затем сегментарный бронх.
- При пережати бронха выявляется граница сегмента в результате его ателектаза.
- Выделение сегмента проводят тупым путем от корня к периферии, где по границе ателектазированного сегмента пересекают плевру.
- Потягивая за периферический конец пересеченного бронха и одновременно отслаивая соседние сегменты, проникают в глубь ткани легкого по направлению к надсеченной плевре.
- Бронх пересекают так, чтобы длина его оставшейся культи не превышала 5–7мм.
- Культю ушивают через все слои.
- Проверяют герметичность культи
- Введением дренажа в плевральную полость
- Ушивание раны



- Выделение бронха



- Поперечно оси бронха накладывают 2 шва
- Бронх пересекают на 0,75 см от наложенных поперечных швов
- Далее на весь просвет культи бронха накладывают отдельные шелковые швы

Культю до тимостатики подвергают резекции местной тимостатики

Требования к шву

Швы трахеи и бронхов должны:

- обеспечивать надежную герметичность линии шва;
- обеспечивать хорошую коаптацию краев раны для предотвращения формирования грубого рубца и стенозирования;
- минимизировать расстройства кровообращения по линии шва;
- сохранять достаточную механическую прочность в течение длительного времени;
- сохранять эластичность тканей по линии шва;
- не вызывать сужение просвета воздухоносных путей

Спасибо за внимание!

