

**ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЛЁГКИХ НА ПРИМЕРЕ НАЛИЧИЯ В НИХ
ДОБАВОЧНЫХ ДОЛЕЙ**

Казаровец Е. А.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность: По данным Всемирной организации здравоохранения заболевания лёгких являются одной из наиболее частых причин смертности в мире. Для того, чтобы оперативно поставить правильный диагноз и назначить соответствующее лечение, современному врачу-пульмонологу необходимы знания вариантной анатомии лёгких, чтобы при постановке диагноза снизить риск врачебной ошибки и избежать осложнения при несвоевременном лечении. Именно поэтому данная работа будет актуальна и полезна для практикующих врачей.

Цель и задачи: изучить возможные варианты внешнего строения лёгкого человека на анатомических препаратах, выяснить особенности морфологии добавочных долей и локализации в них патологических процессов.

Материалы исследования: анатомические препараты лёгких кафедры нормальной анатомии Белорусского государственного медицинского университета.

Методы исследования: макроскопический и аналитический методы.

Результаты исследования и их обсуждение

Как известно, лёгкие, **pulmones**, расположены в грудной полости, **cavithoracis**, по сторонам от сердца и больших сосудов, в плевральных мешках, отделённых друг от друга средостением, **mediastinum**, простирающимся от позвоночного столба сзади до передней грудной стенки спереди.

Правое лёгкое больше по объёму, чем левое, в то же время оно несколько короче и шире левого, во-первых, вследствие того, что правый купол диафрагмы стоит выше левого (из-за объёмистой правой доли печени), и, во-вторых, сердце располагается больше влево, чем вправо, уменьшая тем самым ширину левого лёгкого и удлиняя его.

Лёгкое имеет неправильно-конусовидную форму, с основанием (**basispulmonis**), направленным вниз, и закруглённой верхушкой (**apexpulmonis**).

Различают следующие поверхности:

- Нижняя или **facies diaphragmatica**
- Рёберная или **faciescostalis**, в которой выделяют позвоночную часть – **parsvertebralis**
- Медиальная, или **faciesmedialis**, которая делится на переднюю часть (прилегает к средостению) и заднюю (прилегает к позвоночному столбу)
- Междолевые поверхности, **facies interlobales**

Каждое лёгкое посредством борозд, переходящих в щели, **fissuraeinterlobares**, делится на доли, **lobi**. Косая борозда, **fissuraobliqua**, имеющаяся на обоих лёгких, начинается в норме от заднего тупого края лёгкого, затем направляется по рёберной поверхности вперёд и вниз, достигает нижнего края лёгкого. Отсюда щель продолжается на диафрагмальную, а за тем на средостенную поверхность, поднимаясь вверх и назад к воротам лёгкого, отделяет верхнюю долю от нижней. Правое лёгкое имеет также ещё одну борозду – горизонтальную, **fissurahorizontalis**, которая в норме начинается на рёберной поверхности от косой борозды, направляется вперёд почти горизонтально, достигает переднего края лёгкого и переходит на его средостенную поверхность, где заканчивается к перед и отворот лёгких. Таким образом, в правом лёгком имеются три доли: верхняя, средняя и нижняя, **lobussuperior, lobusmediusetlobusinferior**. В левом лёгком различают только две доли: верхнюю и нижнюю, **lobussuperioretlobusinferior**.

Добавочные доли лёгкого:

Добавочное легкое представляет собой крайне редкий порок развития, при котором наряду с нормально сформированными легкими в эмбриональном периоде «отпочковалось» небольших размеров добавочное (третье) лёгкое. В миниатюре повторяет строение нормального, аэрируется бронхом, имеет междольевые щели и самостоятельный плевральный покров. Бронх этого легкого отходит от трахеи, а сосуды имеют связь с малым кругом кровообращения. Этот порок не следует смешивать с добавочной долей правого легкого, отделенной непарной веной.

Добавочное легкое повторяет строение нормального (имеет междольевые щели, аэрируется бронхом и в какой-то мере осуществляет газообмен). Если aberrantный участок легочной ткани не разделен на доли и воздух в него попадает через бронхи, отходящие от главных или долевых бронхов, его называют добавочной долей легкого. Этот вариант встречается более часто.

Околосердечная доля (Lobus paracardiacus)

Эта доля образуется за счет медиального отдела нижней доли, чаще справа. Размеры этой доли могут быть различными. В ней часто обнаруживаются врожденные или приобретенные бронхоэктазы. При уплотнении околосердечной доли создается впечатление о расширении сердца вправо. Это стоит учитывать при чтении рентгенограмм, исключив тем самым сердечную патологию.

Язычковая доля (Lobus lingualis)

С топографической и функциональной точки зрения – это аналог средней доли справа. В язычковой доле часто возникает воспалительный процесс, который часто принимает хроническое течение и приводит к циррозу пораженной доли. Воспалительные процессы в язычковой доле часто сочетаются с воспалением передне-базальных и латерально- базальных сегментов нижней доли, что обусловлено общим кровоснабжением.

Задняя доля (Lobus posterior)

Встречается с обеих сторон при наличии добавочной междольевой щели, отделяющей верхушку нижней доли от ее основания. Задняя доля вентилируется заднезональным бронхом, отходящим от промежуточного. В задней доле часто развивается туберкулез, неспецифическая пневмония, рак заднезонального бронха.

Добавочные плевральные щели могут быть неполными, в них могут обнаруживаться осумкованные выпоты, вызывающие затруднения при дифференциальной диагностике.

Добавочные доли вентилируются обычными сегментарными или зональными бронхами.

Доля непарной вены или доля Врисберга (*Lobus venae azygos*)

Эта доля образуется за счет верхнемедиального отдела правой верхней доли. Ее возникновение связано с аномальным расположением непарной вены, когда она расположена правее, чем обычно, на передней поверхности задних отрезков правых ребер и вдавливают верхушечную плевру в толщу правого легкого. В результате этого образуется добавочная щель, на дне которой располагается сама вена. Если плевра в добавочной щели уплотнена, то доля непарной вены хорошо видна на прямых рентгенограммах и томограммах. Тень находящейся в ней вены имеет форму капли.

В доле непарной вены встречается пневмония, цирроз с наличием бронхоэктазов, кистоз, вздутие этой доли, так как эта доля может иметь собственный бронх. Аномальный бронх доли непарной вены может отходить непосредственно от трахеи, правого главного бронха, от сегментарного или субсегментарного бронха.

Выводы: Добавочная доля лёгкого (по МКБ-10, Q33.1) является частным случаем дисплазий человеческого организма, то бишь результат неправильного развития тканей (на микроуровне), органов (на макроуровне), в следствии различных нарушений этапов течения процесса эмбриогенеза на микро и макроуровнях и в последующем постнатальном развитии органов и систем тела человека; по сути это врождённый порок развития лёгкого, который может существовать в двух вариантах: с обычным и аномальным кровоснабжением добавочной доли.

По статистическим данным, из разных источников, частота всех выявляемых врождённых пороков лёгких колеблется в пределах 5-18% от всех врождённых пороков организма человека.

Зачастую, при условии сохранения полноценной морфологии важных структур добавочной доли лёгкого (питающие и отводящие кровеносные сосуды, вентилирующие бронхи и бронхиолы и т.д.), а значит при сохранении функциональности "порочного" (добавочного) органа, человек, носитель данной врождённой патологии, может всю свою жизнь прожить, не испытывая какого-либо дискомфорта и проблем со здоровьем, связанных с данным пороком развития. В случае же нарушения функциональности добавочной доли лёгкого, по каким-либо причинам (врождённым или приобретённым), это проявится в различных патологических процессах лёгких, с локальной привязкой к области порока. Степень выраженности вторичной патологии будет напрямую связана со степенью нарушения возможности нормального функционирования добавочной доли. Однажды возникшая вторичная патология резко усиливает вероятность перехода процесса в затяжное (хроническое) и/или рецидивирующее течение. В этом случае рекомендовано оперативное лечение с последующим удалением дополнительных легочных долей с вторичными воспалительными изменениями в них.

Список литературы:

1. Привес М. Г., Лысенков Н. К., Бушкович В. И. Анатомия человека. – 12 изд., перераб. и доп. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2010. – 720 с., ил.
2. Костюченко Е. А., Ювжик Д. Ю., Конопелько Г. Е. Вариантная анатомия лёгких человека и животных, Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 102-106.
3. Шульга О. С. Методы лучевой диагностики, основы рентгеноанатомии лёгких. – Томск, 003 – 48с.