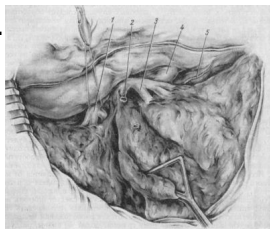


Выполнить удаление язычка легче всего из переднебокового доступа, но возможно и из бокового. Торакотомия производится в четвертом или пятом межреберье.

Первый и наиболее ответственный этап — перевязка вен. При наиболее распространенной форме анатомического строения вен (56%) V4,5 прикрывает собой бронх и располагается под медиастинальной плеврой. Препаруется нижняя часть верхней легочной вены, которая образуется нижним венозным коллектором, т. е. веной язычка, выделяемой и перевязываемой. Наибольшую опасность при перевязке вен представляет ошибочная перевязка общего венозного ствола V4,5,3 или V4,5,3b, а также перевязка V3, если V4,5 впадает в нижнюю легочную вену. Как уже упоминалось, это может привести к вынужденному [удалению](#) всей верхней доли, особенно при заднем типе венозного оттока. Чтобы избежать этого, нужно определить границы язычка. Граница с нижней долей находится без труда по междолевой щели. Сложнее определить границу между язычком и III сегментом. Она проходит от устья верхней легочной вены до сердечной вырезки на передневнутренней поверхности доли.

Отпрепарировав нижний венозный коллектор у корня, нужно проследить направление впадающих в него сосудов. При наличии объединенного ствола V4,5,3 последний располагается между S3 и S4. Только после деления его на V4,5 и V3 первая меняет направление книзу в сторону язычка, а вторая располагается горизонтально. Как известно, V3 вскоре делится на V3a и V3b, причем V3b меняет направление кпереди вверх, а V3a располагается на границе сегментов и обычно обнаруживается под плеврой в виде белесоватого тяжа.



Эта вена является прекрасным ориентиром, позволяющим считать все вены, располагающиеся ниже ее, относящимися к язычку и подлежащими перевязке. Следует учесть, что ошибочная перевязка V3 или V3b может произойти не только при объединении вен, но и при рассыпном типе впадения сегментарных вен в верхнюю

легочную вену.

Практические и анатомические наблюдения убеждают нас в том, что при рассыпном типе впадения вен в верхнюю легочную вену при [удалении](#) язычка никогда не следует перевязывать более двух нижних венозных стволиков. Только в процессе отделения препарата могут быть перевязаны, и другие венозные веточки, когда с очевидностью становится ясно, что они относятся к язычку. Не менее опасна ошибочная перевязка V3 при впадении V4,5 в нижнюю легочную вену. Для того чтобы избежать этой ошибки, следует учесть, что V4,5 у таких больных не прикрывает бронха B4,5 с медиастинальной поверхности, а располагается значительно ниже. В подобных случаях, не перевязывая вены, можно сразу перейти к выделению бронха язычка.

После окончательной идентификации и перевязки V4,5 выделяют бронх, располагающийся за веной. При этом следует помнить, что за нижненааружной стенкой бронха располагается артерия язычка. Чтобы избежать повреждения последней, нижненааружный отдел бронха желателно выделять у самого устья, так как здесь артерия не прилежит вплотную к бронху. После того как бронх выделен, не следует спешить его пересечь. Надо убедиться, нет ли в данном случае объединения B4,5 с B3 или с B3b (объединение с B3a, как уже говорилось на других страницах нашего сайта, можно во внимание не принимать). Для этого бронх осторожно прижимается пальцами или мягким зажимом, после чего создается положительное давление и легкое расправляется. Если ателектазированная легочная ткань обнаруживается выше пограничного ориентира V3b, то следует продолжить препаровку бронха далее к периферии, где вскоре удастся обнаружить отходящую к III сегменту ветвь бронха B3. Бронх пересекается к периферии от места отхождения этой ветви. Для того чтобы правильно ориентироваться, не следует забывать и того, что объединившиеся сосуды и бронхи обычно имеют значительно больший диаметр.

Обработка артерии язычка обычно не вызывает трудностей. Периферическая культя бронха оттягивается несколько кнаружи и в клетчатке под бронхом обнаруживается артерия. Однако при выделении и перевязке артерии необходимо соблюдать ряд правил. Прежде всего, препаровка должна производиться крайне осторожно, ввиду близости междолевого ствола легочной артерии. Артерия должна быть выделена до самого устья, чтобы убедиться, что в данном случае нет объединения А4,5 с А1с. Препаровка артерии к периферии не менее 1,5—2 см необходима для того, чтобы выяснить, нет ли объединения А4,5 с А3. Последняя направляется кпереди и кверху, пересекая межсегментарную плоскость. Артерия пересекается периферичнее места отхождения А3. Иногда наблюдается раздельное начало А4 и А5 от междолевого ствола, чтобы избежать последующего повреждения последнего при отделении препарата, необходимо обследовать его кверху и книзу не менее как на 3—4 мм и только после этого перевязать А4,5.

Приступая к отделению препарата, хирург всегда должен помнить, что у удаляемых сегментов еще могут сохраниться связи с крупными артериальными и венозными стволами. К ним следует отнести такие сосуды, как А4, ответвляющуюся от А3, и V5 или V4,5, впадающую в нижнюю легочную вену. Все это требует крайне осторожного отделения препарата. Вначале следует тщательно разделить междолевую щель между S5 и S8 у самого корня, что дает возможность обнаружить V5, относящуюся к системе нижней легочной вены. Затем следует надсечь плевру по границе язычка с S3 с запасом в 1,5—2 см для плевризации, чтобы не захватить в шов межсегментарную V3b. Приступив к отделению препарата от S3, при потягивании за периферическую культю бронха необходимо проследить, не спускается ли к S4 артерия (А4) от S3. Мелкие и крупные ветви тщательно лигируются.

**Полезные и интересные материалы:**

1) [Обнажение пищевода на шее](#)

2) [Характеристика первичного шва](#)