

Карагандинский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии

СРС

На тему: «Определение формы грудной клетки»

Подготовила: студентка 183 ОМ группы

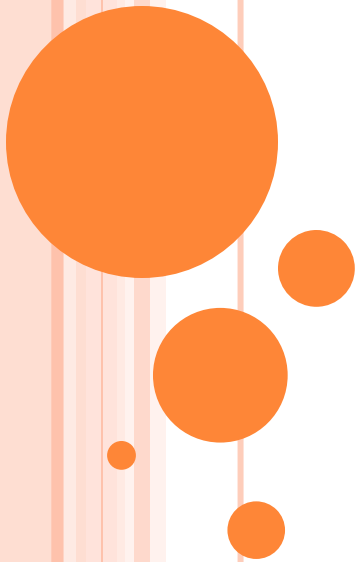
Турсын А.К.

Проверила: Батяева Е.Х.

Караганда 2014

Содержание

- I. Введение
- II. Форма и тип грудной клетки
- III. Заключение
- IV. Использованная литература



Введение

Грудная клетка является естественным щитом, закрывающим расположенные под ним жизненно важные структуры - сердце, лёгкие и крупные сосудистые стволы, которые необходимо оберегать от различного рода травм и повреждений. В этом плане как единое целое работают рёбра, позвоночник, грудина, суставы, синхондрозы, связочный аппарат, мышечный каркас и диафрагма.

Грудная клетка по форме конус. Имеет два отверстия (апертуры) — верхнее и нижнее. Верхнее отверстие ограничено сзади телом I грудного позвонка, с боков — первыми ребрами, спереди рукояткой грудины. Через него в область шеи выступает верхушка легкого, а также проходят пищевод, трахея, сосуды и нервы. Нижнее отверстие больше верхнего, оно ограничено телом XII грудного позвонка, XI и XII ребрами и реберными дугами, мечевидным отростком и закрывается диафрагмой.



Нормостеническая (коническая) грудная клетка напоминает усеченный конус с основанием, обращенным вверх (область плечевого пояса). Передне-задний диаметр ее меньше бокового, над- и подключичные ямки выражены слабо, ребра по боковым поверхностям направлены умеренно косо, межреберные промежутки выражены нерезко, плечи располагаются под прямым углом к шее. Мышцы плечевого пояса хорошо развиты. Надчревный угол (между реберными дугами) составляет 90° , лопатки контурируются нерезко. Для определения величины надчревного угла ладонные поверхности больших пальцев плотно прижимают к реберным дугам, а концы их упирают в мечевидный отросток



Астеническая грудная клетка плоская, узкая, удлиненная (передне-задний и боковой размеры уменьшены). На ней отчетливо видны над- и подключичные ямки, хорошо выделяются ключицы, межреберные промежутки широкие, ребра по боковым поверхностям имеют более вертикальное направление. Надчревный угол меньше 90° . Плечи опущены, мышцы плечевого пояса слабо развиты, лопатки отстают от спины.



Гиперстеническая грудная клетка широкая, напоминает цилиндр. Ее передне-задний размер приблизительно равен боковому, а абсолютные величины диаметров больше диаметров нормостенической грудной клетки. Над- и подключичные ямки слабо выражены или не видны, плечи прямые, широкие. Межреберные промежутки узкие, слабо выражены. Ребра располагаются почти горизонтально. Надчревный угол тупой, лопатки плотно прилегают к грудной клетке, мускулатура ее развита хорошо.

При патологических изменениях легких и плевры либо при первичных изменениях самой грудной клетки нормальная форма ее может искажаться различным образом.



Эмфизематозная грудная клетка (рис. а) имеет те же черты, что и гиперстеническая, но более резко выраженные. У нее еще более увеличен передне-задний диаметр, выступают надключичные ямки, ребра идут горизонтально. Такая форма грудной клетки развивается у лиц, страдающих хронической эмфиземой легких. При этом легкие незначительно спадаются во время выдоха и размеры дыхательной экскурсии грудной клетки уменьшаются. Если хронический процесс в легких сопровождается частым сильным кашлем, при котором воздух вытесняется в верхние их отделы, особенно расширяется верхняя половина грудной клетки, и она приобретает бочкообразную форму.



Паралитическая грудная клетка (рис. б)

характеризуется теми же чертами, что и астеническая, только более резко выраженными. Она обычно формируется у лиц, длительно страдающих заболеваниями легких и плевры с развитием в них фиброзной ткани, что приводит к их сморщиванию и уменьшению общей массы легких. В отличие от астенической грудной клетки паралитическая часто бывает асимметричной, так как у нее западение межреберных промежутков, над- или подключичных ямок обычно неодинаково с обеих сторон. Во время дыхания лопатки смещаются асинхронно.



Рахитическая грудная клетка («куриная грудь»; рис. в) встречается у лиц, перенесших в детстве рахит. Ее передне-задний отдел удлинен, и грудина килевидно выступает вперед. Передне-боковые поверхности как бы вдавлены кнутри и соединяются с грудиной под острым углом. Кроме того, отмечается втяжение нижней части грудной клетки соответственно месту прикрепления диафрагмы. Поперечный разрез такой клетки напоминает треугольник с вершиной в области грудины.

Кифосколиотическая грудная клетка (рис. е) бывает при искривлении позвоночника в результате патологического процесса в нем (при туберкулезе позвоночника, ревматоидном артрите и др.).



Воронкообразная грудная клетка (рис. г) характеризуется воронковидным вдавлением в области мечевидного отростка и нижней части грудины. Поскольку такую деформацию грудной клетки раньше наблюдали у сапожников, ее еще называют «грудь сапожника». В большинстве случаев установить причину этой деформации невозможно.

Ладьевидная грудная клетка (рис. д) отличается тем, что в верхней и средней частях грудины имеется углубление, напоминающее по форме углубление лодки. В ряде случаев такая грудная клетка встречается при заболевании спинного мозга — сирингомиелии.



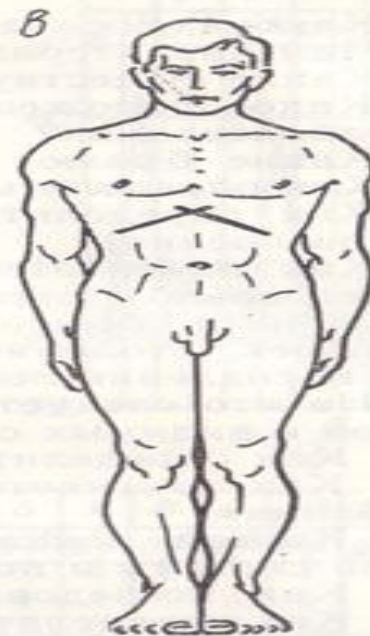


Рис. 20. Нормальные формы грудной клетки:
 а — нормостеническая; б — астеническая; в — гиперстеническая.



Рис. 21. Определение величины над-
 чревного угла.



Заключение

В заключении хотелось сказать что, грудная клетка человека несколько сжата, её переднезадний размер значительно меньше поперечного. Форма грудной клетки зависит от пола, телосложения, физического развития и возраста.



Использованная литература

- Материалы с интернета
- Атлас анатомии человека, Том I, Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников, издание второе стереотипное, Москва, "Медицина" 1996 г.

