

**Попель К.Г.**

## **АНАТОМИЯ КЛАПАНА АОРТЫ ЧЕЛОВЕКА**

**Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Пасюк А.А.**

*Кафедра нормальной анатомии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

По данным исследования «Euro Heart Survey on VHD» 2005 года среди всех приобретённых клапанных пороков наиболее часто (44,3%) регистрировалось поражение клапана аорты (КА). Основные нарушения КА это стеноз и недостаточность. Стеноз КА определяется как сужение клапана аорты, вследствие чего сердечной мышце требуется прилагать большие усилия, чтобы протолкнуть всё тот же объём крови. Недостаточность КА характеризуется обратным током крови из аорты в левый желудочек. При прогрессировании процесса развивается гипертрофия миокарда левого желудочка, дилатация предсердия и, как следствие, развивается сердечная недостаточность. Таким пациентам часто требуется хирургическое лечение. Современные тенденции в хирургии требуют новых знаний относительно закономерностей и индивидуальных, возрастных и половых особенностей строения клапана аорты.

«Корень аорты» определяется как участок простирающаяся от «базального кольца клапана аорты» до синотубулярного соединения. «Базальное кольца клапана аорты» - определяется как виртуальное кольцо проекции проксимальных участков прикрепления полулунных заслонок (ПЗ). «Корень аорты» включает в себя следующие компоненты: фиброзное кольцо клапана аорты (КА), вентрикулоаортальное соединение, синусы Вальсальвы, полулунные заслонки КА, треугольники Генле и синотубулярное соединение. Наиболее часто КА представлен тремя заслонками: правой полулунной (правой коронарной, смежной), левой полулунной (левой коронарной, смежной) и задней полулунной (некоронарной, несмежной). По данным литературы двустворчатый КА встречается в 0,9-2% случаев. Значительно реже могут выявляться одностворчатые (1 к 1000 случаям) и четырёхстворчатые (1 к 4000) клапаны. Полулунные заслонки клапана аорты прикрепляются внизу к фиброзному кольцу КА, которое имеет вид трёхлучевой короны. Проксимальные участки прикрепления смежных ПЗ называются комиссуры ПЗ. Свободный край ПЗ обращен кверху, на нём располагаются узелки ПЗ. Проксимальные, более тонкие, участки свободного края ПЗ по сторонам от узелков называется луночками ПЗ. В диастолу давление крови смещает ПЗ книзу, закрывая клапан аорты. Участки прилегания луночек ПЗ при закрытом клапане называются зоной коаптации.

По данным литературы размеры отдельных структур КА имеют индивидуальные, возрастные и половые различия. У большинства людей выявляются асимметричные ПЗ. Считается, что для нормального функционирования КА не требуется соблюдение равных размеров. Обычно длина свободного края ПЗ превышает длину синусов аорты, а высота их, наоборот, меньше высоты синусов аорты. Данные литературы о длине свободного края ПЗ у взрослых людей варьируют в пределах: правая заслонка — от 25 до 28 мм, левая — от 22,5 до 26 мм, задняя — от 26 до 28 мм. Высота ПЗ у взрослых людей колеблется от 13 до 15 мм.

По результатам исследования особенностей строения КА в зависимости от пола, чаще выявлялись различия относительно размеров «корня аорты», а именно: более высокие и тяжелые люди имели больший диаметр кольца КА и длины синусов Вальсальвы. У мужчин больше выражена длина свободного края и высота задней ПЗ. Также отмечается, что возрастные изменения ПЗ КА у мужчин более выражены.

Таки образом изучение особенностей строения КА важно для понимания различий в его строении и у разных групп людей и оценке его возрастных изменений. Также изучение половых и возрастных особенностей клапана аорты может помочь в разработке индивидуализированных методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.