

формировании современной научной базы. В этот период анатомия окончательно утвердилась как фундаментальная дисциплина, тесно связанная с клинической практикой. Таким образом, развитие анатомической науки демонстрирует преемственность научных традиций и их адаптацию к современным условиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сперанский, В. С. Очерки истории анатомии / В. С. Сперанский, Н. И. Гончаров. – Волгоград : Издатель, 2012. – 216 с.
2. Жук, И. Г. Медицинское образование на белорусских землях в средние века: к 250-летию Гродненской медицинской академии / И. Г. Жук, М. Ю. Сурмач // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2025. – Т. 23, № 5. – С. 411-418.
3. Сорокина, Т. С. У истоков гистологии: Мари-Франсуа Ксавье Биша / Т. С. Сорокина, В. М. Ботчей, А.Е. Ершов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко. – 2025. – № 2. – С. 136-143.
4. Михель, Д. Власть, знание и мертвое тело. Историко-антропологический анализ анатомических практик на западе в эпоху ранней современности / Д. Михель // Логос. – 2003. – Т. 4–5. – № 39. – С. 219-233.
5. Крючок, Г. Р. Очерки истории медицины Белоруссии / Г. Р. Крючок. – Минск : Беларусь, 1976. – 264 с.
6. Третьякевич, В. К. Развитие медицинского образования на Гродненщине: от средневековья до наших дней / В. К. Третьякевич // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2018. – Т. 16, № 2. – С. 237-244.

ТИПЫ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ СЕРДЦА И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Жучкова О.А., Воронов В.А., Петров И.Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Беларусь

Введение. Изучение анатомии коронарного русла остаётся одной из актуальных задач современной кардиологии. Коронарное кровообращение характеризуется значительной вариабельностью строения, что проявляется в различных типах доминирования коронарных артерий и особенностях их ветвления. Эти анатомические особенности определяют характер перфузии миокарда и его устойчивость к ишемическим воздействиям. Особый интерес представляет влияние типа коронарного кровоснабжения на течение и исходы тромбоэмболии лёгочной артерии. При данном патологическом состоянии происходит резкое повышение давления в малом круге кровообращения, что приводит к перегрузке правых отделов сердца. В этих условиях анатомические

особенности коронарного русла могут оказывать влияние на компенсаторные возможности миокарда и прогноз заболевания.

Цель. Изучить типы коронарного кровоснабжения сердца и оценить их клиническую значимость при тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА).

Методы исследования. Ретроспективный литературный анализ вариантов коронарного кровоснабжения.

Результаты и их обсуждение. Коронарное кровоснабжение сердца осуществляется коронарными сосудами. Коронарные артерии отходят от аорты. Артериальная кровь поступает в аорту из левого желудочка сердца во время систолы, однако коронарное кровоснабжение преимущественно осуществляется в диастолу. Аортальный клапан состоит из трёх полулунных створок. Синусы аорты представляют собой выпячивания стенки аорты между её стенкой и полулунными створками клапана. Названия синусов соответствуют названиям отходящих от них коронарных артерий: от правого аортального синуса отходит правая коронарная артерия, от левого аортального синуса – левая коронарная артерия, а задний синус называют некоронарным, поскольку коронарные артерии от него не отходят [1, с. 45]. Тип коронарного кровоснабжения определяется доминирующей артерией, то есть сосудом, от которого отходит задняя межжелудочковая ветвь. Выделяют три типа коронарного кровоснабжения сердца: правосторонний, левосторонний и смешанный [2, с. 50]. При правостороннем типе доминантной является правая коронарная артерия – задняя межжелудочковая ветвь отходит от правой коронарной артерии. Он является наиболее распространённым типом и встречается в 70% случаев. При левостороннем типе доминирует левая коронарная артерия. Это наиболее редкий тип кровоснабжения сердца, встречающийся у 10% людей. При смешанном же типе обе коронарные артерии играют равноценную роль в кровоснабжении сердца. Данный тип характерен для 20% населения. Клиническая значимость типов коронарного кровоснабжения обусловлена тем, что они определяют особенности васкуляризации задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, а также влияют на уязвимость различных отделов сердца к ишемическим повреждениям. Дальнейшее ветвление коронарных артерий определяется типом коронарного доминирования. Правая коронарная артерия кровоснабжает преимущественно правые отделы сердца, заднюю 1/3 межжелудочковой перегородки, часть стенки левого желудочка, а также проводящую систему. Левая коронарная артерия, разделяясь на переднюю межжелудочковую и огибающую ветви, обеспечивает кровоснабжение большей части стенки левого желудочка, стенку левого предсердия, передней 2/3 межжелудочковой перегородки.

Генетические механизмы формирования типа коронарного кровоснабжения изучены недостаточно, но во многом этот процесс закладывается генетически. Исследования показывают, что у пациентов с правым типом кровоснабжения сердца состояние правой коронарной артерии важно для прогноза не только ишемической болезни сердца и области инфаркта, но и тромбоэмболии лёгочной артерии. Тромбоэмболия легочной

артерии представляет собой острую окклюзию ствола легочной артерии тромбами любого происхождения, чаще всего из крупных вен ног или малого таза. Ежегодно в мире регистрируется до 10 миллионов случаев данного заболевания. Может возникать и без видимых предвестников у практически здоровых молодых людей. При доминировании правой коронарной артерии создаются более благоприятные условия для адаптации правого желудочка и снижения риска неблагоприятного исхода. Пациенты с левосторонним и смешанным типами кровоснабжения характеризуются менее благоприятным прогнозом, независимо от наличия или отсутствия коронарного атеросклероза. Наибольший риск у такой группы отмечается при выраженном атеросклеротическом поражении правой коронарной артерии. Несмотря на относительно более благоприятный прогноз у пациентов с правосторонним типом коронарного кровоснабжения, развитие массивной тромбоэмболии лёгочной артерии сопровождается высокой летальностью независимо от типа коронарного доминирования, что отражает тяжесть данного патологического состояния. В то же время установлено, что среди пациентов с летальным исходом ТЭЛА наиболее часто встречается левосторонний тип коронарного кровоснабжения (до 49% случаев), тогда как при правостороннем типе показатели летальности ниже. При этом случаи летального исхода у пациентов с правосторонним типом, как правило, ассоциированы с массивным тромбоэмболическим поражением лёгочного русла [3, с. 112]. По данным ряда исследований, лица с правым типом кровоснабжения сердца имеют определённое преимущество по сравнению с пациентами с другими типами коронарного кровоснабжения в отношении выживаемости при развитии данной патологии [4, с. 12]. Предполагается, что это связано с более эффективным кровоснабжением правых отделов сердца при доминировании правой коронарной артерии, что обеспечивает наличие дополнительного гемодинамического резерва. В условиях острой перегрузки правого желудочка данный фактор может играть важную роль в поддержании сердечной функции.

Заключение. Проведённое исследование позволяет сделать следующие выводы: тип коронарного доминирования является определяющим фактором распределения артериальной крови в миокарде. Наиболее распространённым является правосторонний тип. Редкий левосторонний тип характеризуется высокой значимостью левой коронарной артерии. В частности, пациенты с правосторонним типом коронарного кровоснабжения имеют меньший процент летального исхода при развитии тромбоэмболии лёгочной артерии. У пациентов с коронарным атеросклерозом тип коронарного доминирования рассматривается как значимый фактор, способный влиять на клиническое течение тромбоэмболии лёгочной артерии. Таким образом, знание индивидуальных особенностей коронарной анатомии является важным условием для повышения эффективности диагностики и выбора оптимальной тактики лечения пациентов в кардиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия, Л. А. Хирургическая анатомия венечных артерий / Л. А. Бокерия, И. И. Беришвили. – Москва : Науч. центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, 2003. – 297 с.
2. Rahalkar, A. M. Pictorial essay: Coronary artery variants and anomalies / A. M. Rahalkar, M. D. Rahalkar // The Indian Journal of Radiology & Imaging. – 2009. – Vol. 19, № 1. – P. 49–53.
3. Surgical anatomy of the heart according to Wilkoskon / R. G. Anderson, D. E. Spajser, E. M. Hlavachek [et al.]. – Moscow : Logosfera, 2015. – P. 106–124.
4. Left main coronary artery stenosis: cardiologist view / O. Barbarash, O. Polikutina, E. Tavlyeva [et al.] // Creative Cardiology. – 2015. – Vol. 9, № 2. – P. 5–20.

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СФИНКТЕРОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Жучкова О.А., Остапук А.В.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь*

Введение. Функциональное состояние сфинктерного аппарата ободочной кишки является одним из ключевых факторов, определяющих нормальную моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта. Эти образования играют важную роль в сегментарной регуляции кишечного содержимого, обеспечении дозированного транзита химуса, создании антирефлюксного барьера и координации моторики кишечника. Знания о строении и локализации сфинктеров имеет решающее значение для понимания развития патологических процессов и дифференциальной диагностики заболеваний толстой кишки.

Цель. Провести литературный анализ анатомо-функциональных характеристик строения сфинктеров ободочной кишки.

Методы исследования. Было проведено ретроспективное изучение научной литературы, посвященной анатомии сфинктеров ободочной кишки.

Результаты и их обсуждение. Илеоцекальный клапан представляет собой анатомическое образование, формирующееся за счёт воронкообразного втягивания терминального отдела подвздошной кишки в просвет слепой кишки. Служит морфологической основой для илеоцекального сфинктера. Сфинктер находится в правой подвздошной ямке [1, с. 45]. Недостаточность клапана приводит к хроническому колоно-илеальному рефлюксу. Стеноз ИЦК вызывает замедление илеоцекального транзита, дилатацию подвздошной кишки, боли по типу колик и развитие кишечной непроходимости [2, с. 423].

Сфинктер Бузи расположен в нижней трети восходящей ободочной кишки, непосредственно прилегая к слепой кишке. Данное образование не является обособленной кольцевой мышцей. Формируется за счёт постоянного циркулярного утолщения гладкомышечного слоя и функционально проявляется