

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**

**Дзюба Дарья Сергеевна**

студент, УО Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

**Карebo Елизавета Михайловна**

студент, УО Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

**Тарелко Ксения Валерьевна**

студент, УО Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

**Жданович Виталий Николаевич**

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент, УО Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

**Введение.** Несмотря на многовековую историю изучения сердца как центрального органа сердечно-сосудистой системы, проблема нарушения венозного кровообращения остаётся до настоящего дня в центре внимания многих исследователей[1]. По данным ВОЗ 2/3 смертельных исходов от сердечно-сосудистых болезней среди лиц в возрасте от 45 до 65 лет приходится на долю ишемической болезни сердца и главным образом инфаркта миокарда.

М.С. Лисицин и В.И. Колесов выделяют 3 типа кровоснабжения сердца: равномерный — с одинаковым развитием обеих венечных артерий и, примерно, одинаковыми территориями их разветвления; левовенечный — при котором преобладает зона кровоснабжения левой венечной артерии, и правовенечный - при котором большее развитие имеет правая венечная артерия[1]. По данным А.В. Кузьминой-Приградской равномерный тип кровоснабжения сердца встречается в 24-50% наблюдений, левовенечный - в 9-30%, правовенечный в 17-68%. Согласно данным Комягина Д.В. правовенечный тип кровоснабжения наблюдался у 52% пациентов, левовенечный у 32%, у 16% - равномерный тип кровоснабжения миокарда[2].

Согласно степени стеноза, по данным Комягина Д.В., наиболее часто 1 степень стеноза наблюдалась при поражении огибающей ветви и 1 сегмента ПМЖВ; 2 - при стенозировании все тех же артерий; 3 - при поражении 2 сегмента ПМЖВ; 4 - поражении 2 сегмента правой венечной артерии. При изучении отдельных артерий и их ветвей, можно утверждать, что ЛВА чаще всего наблюдался стеноз 1 степени, у ПМЖВ - 3 степени (учитывались все 3 сегмента вместе), у диагональных ветвей - 2-3 степени, у огибающей ветви с одинаковой частотой 1, 2, и 3 степени, у ПВА - с одинаковой частотой как 1, так и 3 степени, у ЗМЖВ - 2 и 4 степени[2].

**Цель:** изучить возрастные и регионарные особенности поражений отдельных ветвей коронарных артерий при ИМ.

**Материалы и методы исследования.** Был проведён анализ 10 клинических случаев пациентов РНПЦ «Кардиология» в отделении эндоваскулярной хирургии. В исследования были использованы заключения коронарографий у людей с подтвержденным инфарктом миокарда после проведения стентирования. Среди пациентов было 10 мужчин в возрасте от

40 до 77лет.

## Результаты исследований и их обсуждение

В ходе анализа результатов пациентов наиболее частый тип кровоснабжения в 70% случаев был правый, левый встречался в 20% и 10%- равномерный.

Стеноз левой коронарной артерии(ЛКА) наблюдается в 70%, а правой коронарной артерии (ПКА) в 50% случаев от общего числа исследуемых. Тромбоз присутствовал в ЛКА- 60% и ПКА- 30% случаях, а в 10% не наблюдался. Атеросклеротические изменения чаще всего были выявлены в ПКА-50%, в ЛКА- 30% случаев от общего числа исследуемых.

*Таблица.*

### Результаты

Заболевания	ЛКА,%	ПКА,%
Стеноз	70	50
Тромбоз	60	30
Атеросклероз	30	50

На основе результатов подробного анализа поражения ЛКА были составлены диаграммы № 1 и № 2, на которых показано процентное соотношение поражённых участков.



*Рисунок 1. Диаграмма №1*

По данным диаграммы №1 стеноз чаще всего поражает переднюю межжелудочковую ветвь (ПМЖВ)- 46,15%, стенозирование в основном случается во 2 и 3 сегментах либо же на их границе, при этом в каждом сегменте наблюдается поражение более 50%.



**Рисунок 2. Диаграмма №2**

На диаграмме №2 представлен тромбоз, который наблюдается 60% клинических случаев. На диаграмме видно, что окклюзия сосудов чаще происходит в ПМЖВ-33% и огибающей ветви (ОВ)-33%, реже в диагональных ветвях (ДВ)-17% и ветви тупого края соответственно. В ОВ тромбоз чаще встречается во 2-3 сегментах, а ПМЖВ в 1-2 сег.

Атеросклероз в ЛКА затрагивает практически все сосуды на своём протяжении: ОВ и ПМЖВ. Поражение ПКА намного меньше, чем ЛКА. Стенозируются в 50% случаев 1-2 сегменты, реже 3 сегмент. Тромбоз чаще наблюдается незначительным, в 20% выявлена субокклюзия на 1, 2 и 3 сегментах. Атеросклеротические поражения встречаются в 50% случаев. Чаще наблюдается атеросклеротические изменения артерий, реже атеросклеротические бляшки и диффузные атеросклеротические поражения.

#### **Список литературы:**

1. Горячева И.А. Вариантная анатомия венечных артерий и их основных ветвей у взрослого человека: Автореф. дис. канд. мед. наук/ И.А. Горячева. Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 2012.- С. 3-8
2. Комягин Д.В. Характеристика коронарных артерий, в зависимости от степени стеноза и его сегментарной локализации, типа кровоснабжения сердца и морфометрических показателей/ Д.В. Комягин// Научно-практическая конференция, посвящённая 60-летию ГрГГМУ-2018.- С. 405-407
3. Лешкевич К.Ф., Ковш Е.В., Белинская Ю.А., Драрниченко А.В. Стентирование коронарных артерий при использовании стентов с медикаментозным покрытием и без покрытия/ К.Ф. Лешкевич, Е.В. Ковш, Ю.А. Белинская// Вестник ВГМУ-2012. - Том XI, № 1. - С. 89-94
4. Гайворонский, И.В. Морфометрические характеристики венечных артерий и их ветвей при различных формах сердца / И.В. Гайворонский, И.А. Горячева // Учёные записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. - 2011. - Том XVIII, № 2. - С. 49-50