

Кутенков Н.В.

ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МОСТИКОВ В СЕРДЦЕ ЧЕЛОВЕКА И ИХ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Научный руководитель: ст. преп. Шестакович Е.Н.

Кафедра нормальной анатомии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Венечные артерии, питающие сердце человека, могут погружаться в миокард на различную глубину, а затем вновь выходить на поверхность сердца. Мышечный слой, покрывающий внутримиокардиальный сегмент эпикардиальной венечной артерии, называется миокардиальным мостиком (ММ), а проходящая внутри миокарда артерия – туннельной артерией. Хотя миокардиальные мостики могут встречаться в любой эпикардиальной венечной артерии, большинство случаев, по данным литературы, (70–98%) затрагивают переднюю межжелудочковую артерию (ПМЖА). Эти врожденные аномалии коронарных артерий давно известны с анатомической точки зрения и традиционно считались доброкачественным феноменом. Однако связь между миокардиальной ишемией и миокардиальными мостиками привлекла к ним пристальное внимание и делает исследование миокардиальных мостиков актуальными и высоко востребованными в клинической медицине.

Цель: установить особенности топографии и морфометрические характеристики миокардиальных мостиков в сердце человека.

Материалы и методы. Материалом для ретроспективного исследования послужили данные мультиспиральной компьютерной томографии венечных артерий с контрастированием 100 человек, полученных на базе РНПЦ «Кардиология» за 2018-2025 гг. В ходе исследования проводились измерения длины и толщины миокардиального мостика. Учитывалась локализация и протяженность ММ, а также глубина залегания туннельной артерии. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения «Microsoft Excel 2019» и «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования в 99% ММ локализовался в ПМЖА (в 1^м сегменте артерии - в 5% случаев, во 2^м – в 61% случаев, в 3^м – 32% случаев). У 1 пациента миокардиальный мостик располагался на протяжении 2^{го} и 3^{го} сегмента ПМЖА. В 1% случаев ММ обнаружен над задней межжелудочковой артерией (ЗМЖА). В 3^х случаях над ПМЖВ выявлено 2 ММ, при этом в 2^х случаях они локализовались во 2^м и 3^м сегментах артерии, а в 1^м – в 1^м и 2^м сегменте. Протяженность ММ варьировала от 3 мм до 57 мм и в среднем составляла 17,0 (13,0 – 25,0) мм. Глубина залегания туннельной артерии колебалась от 1,5 мм до 6,0 мм и в среднем была 3,0 (2,0 – 5,0) мм. В 11 случаях протяженность ММ была более 19 мм и глубина залегания туннельной артерии более 2,5 мм, что считается гемодинамически значимым. Систолическое сужение ветвей венечных артерий в области ММ регистрировали в 2^х случаях, при этом стеноз составлял 45% и 50% просвета.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что: 1) миокардиальные мостики преимущественно локализуются в передней межжелудочковой артерии (99%); 2) в большинстве случаев (61%) миокардиальные мостики локализуются во 2 сегменте артерии, наиболее редко – у ее устья (5%); 3) в 11% случаев они могут представлять гемодинамически значимую аномалию развития левой коронарной артерии, учитывая их протяженность и глубину залегания; 4) средняя длина миокардиальных мостиков составляет 17,0 (13,0 – 25,0) мм, а глубина туннельного сегмента артерии варьируется в пределах 1,5 мм до 6,0 мм и в среднем равна 3,0 (2,0 – 5,0) мм.