

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЗАДНЕЙ СОСОЧКОВОЙ МЫШЦЫ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Ремизонова А. В., Дорохович Г. П.

Белорусский государственный медицинский университет

Изучение вариантной анатомии клапанов сердца важно для точной диагностики и коррекции пороков сердца. Благодаря современным методам исследования, изменения в строении клапанов сердца выявляют у детей 39-68,9% случаев[1]. Однако данный вопрос недостаточно освещен в отечественной литературе, поэтому изучение вариантной анатомии структур клапанов сердца, в частности задней сосочковой мышцы митрального клапана, является актуальным.

Материалом исследования послужили 22 препарата сердца, которые хранятся на кафедре нормальной анатомии БГМУ. В ходе исследования установлено, что сосочковые мышцы (СМ) являются продолжением миокарда желудочков и представляют собой постоянные анатомические структуры створчатых клапанов сердца. В связи с большим давлением крови, выбрасываемой левым желудочком, находящиеся в нем СМ толще, чем в правом. Они имеют конусовидную форму, широкое основание и несколько вершук, от которых отходят сухожильные нити к передней и задней створкам митрального клапана. В ходе препарирования сердец при обычной форме передней СМ и сухожильных нитей нами была обнаружена необычная задняя СМ митрального клапана. Она раздвоена, незначительная ее часть конусовидной формы толщиной 0,3 см, длиной 3,85 см, а большая – форму продольной пластинки, толщиной 1 мм, на ней отмечались многочисленные отверстия с $d = 0,1-0,65$ см. Как правило, в здоровом сердце толщина СМ совпадает с толщиной свободной стенки левого желудочка или межжелудочковой перегородкой. В данном сердце задняя СМ истончена, ее размеры меньше стенки желудочка на 0,6 см. Свободный край СМ представлен в виде 3 вершук, от которых отходят короткие сухожильные нити длиной 0,9-1,3 см и толщиной $< 0,1$ см. Они переплетались между собой, образуя сетевидное переплетение, и прикреплялись к задней и передней створкам митрального клапана. По сравнению с фенестрированной СМ толщина передней составила 0,4 см, длина 3,7 см. Передняя СМ превалировала в размерах над задней. Кроме того, в ходе препарирования обнаружили задние СМ с аномальным основанием, трабекулярной формы. Оно представлено тонкими трабекулами, свободный край которых распадается на несколько коротких конусовидных вершук. Толщина стенки левого желудочка в данных препаратах составила 1,3-1,95 см. Длина мышц в среднем 1,8-3,75 см, толщина – 0,3-0,7 см. Наряду с фенестрированной и трабекулярными СМ нами обнаружены задние СМ пластинчатого типа.

Толщина левого желудочка на данных препаратах составила 1,2-2,3 см. СМ состояли из 2-3 частей, одна из которых имела форму широкой 1,85-1,9 см пластинки с толщиной 0,2-0,3 см и длиной 2,8-3,6 см. Передние СМ данных сердец имели нормальное строение, длина их составила 2,4-2,7 см, толщина – 0,4-0,7 см.

Таким образом, фенестрированные, пластинчатые, а также трабекулярные задние СМ являются вариантной анатомией митрального клапана. Вариантная анатомия ЗСМ чаще встречается в виде пластинчатой (31,8%), трабекулярной (27,3%), реже – фенестрированной (4,5%).

Установлено, что вариантная анатомия возникает чаще в задней СМ, чем в передней. Это обусловлено тем, что кровоснабжение передней СМ осуществляется интенсивнее, чем задней. Кровоснабжение передней СМ обеспечивает передняя межжелудочковая и огибающая ветви левой коронарной артерией. Кровоснабжение же задней СМ зависит от типа кровоснабжения сердца. У 90% людей преобладает правая коронарная артерия (ПКА) и она является основным поставщиком крови ЗСМ, кровоснабжение при правом типе – хуже. Если преобладает левая коронарная артерия, кровоснабжение задней СМ осуществляется огибающей ветвью левой коронарной артерии. Она приносит небольшое количество крови. В кровоснабжении СМ участвуют интрамуральные артерии. Когда они имеют пальцевидную конфигурацию, то от одного или нескольких крупных интрамуральных сосудов отходят ветви, проникающие в эпикард, проходя через свободную стенку левого желудочка к основанию СМ, затем поворачивают вверх, так сказать «бегут к вершинам мышц», и на пути к вершинам от них отходят мелкие ветви. Центральная часть СМ левого желудочка получает питание от интрамуральных коронарных артерий, а периферическая от внутрисполостной крови [2]. Таким образом, кровоснабжение задней сосочковой мышцы при правом типе кровоснабжения хуже. Вариантная анатомия задней сосочковой мышцы не вызывает нарушений, определяющих работу сердца. В ходе анализа литературных данных установлено, что такие явления, как вариантное строение и расположение сосочковых мышц с возрастом может быть, причиной пролапса митрального клапана (ПМК). ПМК – это порок сердца, при котором створки митрального клапана прогибаются в левое предсердие во время систолы левого желудочка. Данное заболевание встречается у 2,5-5% людей. Зачастую люди даже не догадываются об его существовании, так как если нарушения клапана незначительное, то симптомы заболевания не возникают.

Следовательно, вариантная анатомия задней сосочковой мышцы митрального клапана может быть одной из причин пороков сердца. Вероятность возникновения пороков сердца прямо пропорциональна величине отклонений от нормы структур митрального клапана. Изучение

данного вопроса поможет найти методы предотвращения развития пороков митрального клапана.

Список литературы:

1. Трисветова, Е. Л. Анатомия редких малых аномалий сердца / Е. Л. Трисветова, Е. Д. Черствый, О. А. Юдина // Арх. патологии. – 2008. – № 1. – С. 37–42.
2. Soto A., Henríquez J. Características Morfológicas y Biométricas del Músculo Papilar Septal en Corazones de Individuos Chilenos // Int. J. Morphol. 2011. Vol. 29, № 3. P. 711–715.

РАЗЛИЧИЯ АНАТОМИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА В УЧЕБНОМ ФОНДЕ КАФЕДРЫ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА УО ВГМУ

Романович А.В., Абирало О.С., Голубев Д.В.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Анатомические вариации часто ответственны за различные клинические состояния, и чревный ствол не является исключением. Учитывая важность его в кровоснабжении важнейших органов брюшной полости, анализ редких и зачастую малоизвестных вариантов его ветвления могут пролить свет на ряд патологических состояний [2,3] и избежать различных осложнений, которые могут приводить к летальным исходам [4]

Ветви чревного ствола участвуют в кровоснабжении желудка, печени, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, селезенки, нижнего отдела пищевода и ряда других органов. В первую очередь это касается гепатодуоденальной зоны, в которой выполняется наибольший объем малоинвазивных операций.[5] На протяжении многих лет вариант ветвления чревного ствола на три ветви (трифуркация) в виде треножника Халлера (Галлера) описывался как его основная форма. К настоящему времени ветвление чревного ствола представлено в литературе разнообразными его вариантами. В литературе имеется много исследований и анализов различных форм чревного ствола, предпринимались многочисленные попытки классификации его типов разветвления.[1]

Проанализировав данные литературы по ключевым словам: celiac trunk, variations celiac trunk, используя поисковые системы MEDLINE, SCOPUS и PUBMED мы выяснили, что:

Классический вариант чревного ствола находился в 84,86%±1,7% случаев

Бифуркация чревного ствола – 9,78%±1,4%

Отсутствие ЧС – 0,57±0,16%