

Таким образом, в ходе исследования была изучена вариантная анатомия сосудов сердца и обнаружен новый, ранее не описанный вариант ветвления левой венечной артерии. Полученные данные, на наш взгляд, могут быть приняты во внимание практикующими врачами (кардиологами и кардиохирургами), а также использованы в качестве дополнения теоритической базы данных о строении артериального русла сердца.

#### *Литература*

1. Вайханская, Т. Г. Неинвазивные критерии патофизиологии трансплантированного сердца / Т.Г. Вайханская Т. Г., Ю.П. Островский, О.А. Юдина // Кардиология. – 2011. - № 2. – С. 15-21.
2. Бокерия, Л.А. К вопросу клинической анатомии сосудов сердца / Л.А. Бокерия, И.И. Скопин, М.А. Сазоненков // Клиническая физиология кровообращения. - 2010. - № 2. - С. 21-26.
3. Коробкеев, А.А. Анализ морфоматематических моделей венечных артерий при различных вариантах их ветвления во втором периоде зрелого возраста / А.А. Коробкеев, М.А. Долгашова // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2006. - Т. 3., № 3. - С. 62-65.
4. Челнокова, Н.О. Клинико-морфологические основы моделирования гемодинамики в системе венечных артерий с учетом их взаимодействия с миокардом (обзор) // Н.О. Челнокова, А.А. Голядкина, О.А. Щучкина // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7., № 4. - С. 762-768.
5. Митьковская, Н.П. Неинвазивная диагностика коронарного атеросклероза / Н.П. Митьковская, Л.Л. Авдей, Е.А. Григоренко // Военная медицина. – 2008. – № 4. – С. 113–116.

### **РЕДКИЙ ВАРИАНТ ВЕТВЛЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА**

***Горустович О.А.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Актуальность. Высокая частота заболеваний кровеносной системы человека привела к необходимости применения частых хирургических вмешательств [1]. Современный этап ангиохирургии характеризуется широкими диагностическими возможностями, связанными с разработкой селективной вазографии, а также использованием различных видов протезирования и шунтирования сосудов [2]. В связи с этим встает вопрос о более углубленном изучении сосудистого русла тела человека, включающим в себя в том числе и вариантную анатомию артерий, их топографию и ветвление. В настоящее время существует множество пособий для врачей, содержащих сведения по анатомии артериальных сосудов. Однако, при описании вариантов отхождения артерий от материнского сосуда, упор делается на наиболее частый (классический) вариант начала [3]. Исходя из вышесказанного, целью нашего исследования является изучение редких или новых вариантов анатомии и ветвления венечных артерий сердца.

Материал исследования: 80 препаратов сердца людей обоего пола, умерших в возрасте от 18 до 45 лет от причин, не связанных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Методы исследования: макропрепарирование, микропрепарирование, морфометрия, статистический метод. В ходе исследования также использовалась собственная методика визуализации сосудов сердца – криопрепарирование.

Результаты. При изучении материала исследования на одном препарате нами был обнаружен довольно редкий вариант отхождения огибающей ветви левой венечной артерии от правого синуса аорты.

Сердце женщины 29 лет, умершей от переохлаждения, массой 360 гр, размерами 15\*9\*8 см. Макроскопически видимых изменений не обнаружено. Левая венечная артерия начинается в левом синусе аорты, по выходе из него ложится в переднюю межжелудочковую борозду и достигает верхушки сердца. Диаметр сосуда в начальном отделе составил 3,7 мм. Вправо от артерии отходят мелкие ветви к стенке правого желудочка, влево – более крупные ветви к передней стенке левого желудочка. Огибающая ветвь отсутствует.

В правом синусе аорты на расстоянии 3,5 мм кзади от устья правой венечной артерии располагается второе устье, которым начинается сосуд, направляющийся назад и влево от основания аорты между ней и предсердиями. Диаметр – 3,3 мм. Не дойдя 4 мм до левой венечной артерии, этот сосуд ложится в венечную борозду и далее идет как огибающая ветвь по левому краю сердца. На 2 мм ниже начала от огибающей ветви отходит артерия синусно-предсердного узла (d – 2 мм), направляющаяся к передней стенке левого предсердия. Кроме того огибающая ветвь отдает ветви к левому предсердию, верхней части передней стенки левого желудочка и к одной трети задней стенки правого желудочка.

Правая венечная артерия диаметром 4 мм отходит от правого синуса аорты и ложится в венечную борозду, направляясь по ней через правый край на диафрагмальную поверхность сердца, где и отдает заднюю межжелудочковую ветвь (3,2 мм), опускающуюся по одноименной борозде к верхушке сердца. Правая венечная артерия отдает мелкие ветви к передней и задней стенкам правого желудочка, правую краевую ветвь, ветви к правому и задней стенке левого предсердия и к двум третям задней стенки левого желудочка.

Таким образом, на описанном препарате левая венечная артерия снабжает кровью только небольшую часть передней стенки правого желудочка, большую часть передней стенки левого желудочка и передние 2/3 межжелудочковой перегородки. Правая венечная артерия питает почти весь правый желудочек, правое предсердие, 2/3 задней стенки левого желудочка, заднюю стенку левого предсердия и заднюю 1/3 межжелудочковой перегородки.

Аномальная огибающая ветвь васкуляризирует небольшую часть передней стенки левого желудочка, левый край сердца, 1/3 задней стенки левого желудочка и большую часть левого предсердия.

Выводы: в ходе исследования была изучена вариантная анатомия венечных артерий сердца человека и описан редкий вариант отхождения огибающей ветви левой венечной артерии от правого синуса

аорты, что дополнит имеющиеся данные об анатомии данных сосудов, а также будет небезинтересно практикующим кардиохирургам.

#### *Литература*

1. Челнокова, Н.О. Клинико-морфологические основы моделирования гемодинамики в системе венечных артерий с учетом их взаимодействия с миокардом (обзор) // Н.О. Челнокова, А.А. Голядкина, О.А. Щучкина // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7., № 4. - С. 762-768.
2. Gitsioudis, G. Assessment of coronary artery disease using coronary computed tomography angiography and biochemical markers / G. Gitsioudis, H. Katus, G. Korosoglou // World J Cardiol. – 2014. - № 6 (7). – P.70-75
3. Вайханская, Т. Г. Неинвазивные критерии патофизиологии трансплантированного сердца / Т.Г. Вайханская Т. Г., Ю.П. Островский, О.А. Юдина // Кардиология. – 2011. - № 2. – С. 15-21.

### **«МАСКИ» ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ**

*Грекова А.И., Соколовская В.В.*

*ГБОУ ВПО МЗ РФ «Смоленская государственная медицинская академия»*

Актуальность. В настоящее время отмечается рост числа детей, страдающих острыми респираторными заболеваниями, сопровождающихся наличием бронхообструктивного синдрома. Разноречивость сведений о частоте и структуре БОС обусловлена отсутствием единого подхода к дифференциальной диагностике, трактовке его этиологии и патогенеза. За последние годы, благодаря развитию молекулярно-биологических лабораторных методов исследования, произошли значительные изменения в структуре респираторных инфекций, а именно, рост частоты микоплазменной и хламидийной инфекции составляя до 10% во внеэпидемический период и достигая 25-50% во время эпидемии. Все большее значение приобретают герпес-вирусы (вирусы простого герпеса 1-го, 2-го типа Эпштейна-Барр – 4-го типа, цитомегаловирус– 5-го типа, герпес 6-го типа. Герпетические инфекции относятся к наиболее распространенным и плохо контролируемым инфекциям человека. Так, у детей первых 5 лет маркеры цитомегаловирусной инфекции выявляются у 40-60%, причем у 30-60% инфицирование происходит на 1-ом году жизни. Антитела к вирусу простого герпеса фиксируются у 70-90% новорожденных, являясь преимущественно материнскими, в возрасте 6-12 мес. - у 22% детей. 40% случаев острой вирус Эпштейна-Барр инфекции приходится на возраст до 5 лет. Антитела к ВЭБ фиксируются у 10% детей до года, у 28,5% детей 1-3 лет, у 40% детей 4-7 лет и 46,3-65,4% у детей старшего возраста. Первичное инфицирование вирусом герпеса человека 6 типа происходит в возрасте 6-21 мес. В индустриально развитых странах около 50-60% детей инфицируются на 1-ом году жизни, почти все ко 2-3 году жизни. У детей первых трех лет жизни инфицирование ВЭБ может не сопровождаться клиническими проявлениями, проходить бессимптомно, либо проявляться как респираторная вирусная инфекция. Следует отметить, что