

МИОКАРДИАЛЬНЫЙ МОСТИК КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА

Самойло Л.Л.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь*

Введение. Аномалии развития коронарных артерий относятся к факторам, повышающим риск развития инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти у пациентов молодой и средней возрастных групп. Одним из представителей вышеназванной патологии является миокардиальный мостик (myocardial bridging) – сегмент коронарной артерии, который проходит интрамурально через миокард под мышечными волокнами (рисунок 1). В норме коронарные артерии располагаются на поверхности эпикарда, но при наличии миокардиального мостика участок артерии погружается в толщу миокарда, что во время систолы может приводить к его компрессии [1, с. 1075].

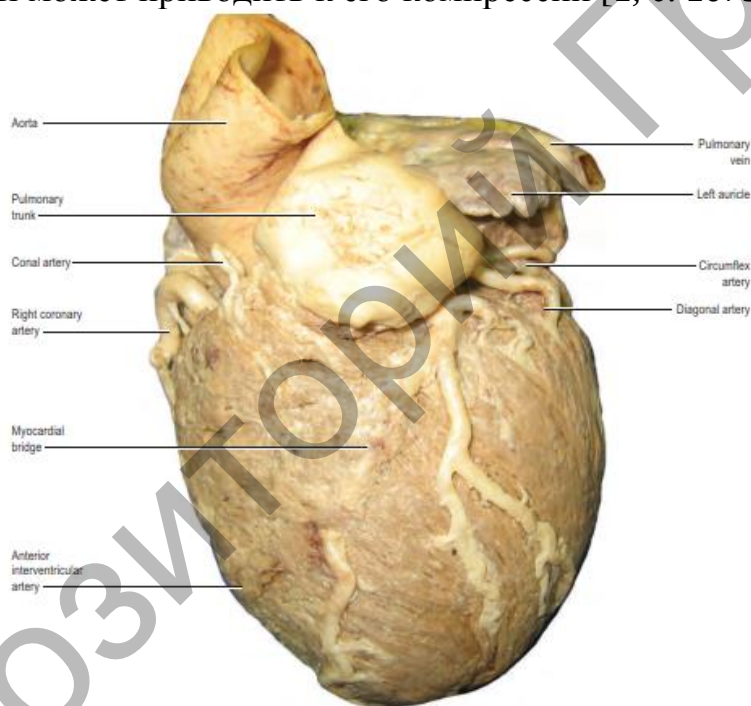


Рисунок 1 – Миокардиальный мостик передней межжелудочковой артерии

Миокардиальные мостики чаще всего обнаруживаются в левой коронарной артерии, а именно в среднем сегменте передней межжелудочковой артерии (ПМЖА). Реже они встречаются в огибающей артерии и правой коронарной артерии. В большинстве случаев миокардиальные мостики являются одиночными, но описаны и множественные формы [2, с. 78].

Цель. Изучить распространенность, анатомические особенности и клиническое значение миокардиальных мостиков коронарных артерий, а также оценить современные методы их диагностики.

Результаты и их обсуждение.

Клиническое значение миокардиальных мостиков до конца не изучено. Традиционно их относят к доброкачественным аномалиям развития,

и у большинства пациентов клиническая симптоматика отсутствует. Однако в литературе приводятся следующие возможные осложнения: ишемия миокарда и острые коронарные синдромы (в том числе стенокардия и инфаркт миокарда), коронарный спазм, разрыв межжелудочковой перегородки, аритмии, вызванный физической нагрузкой блок атриовентрикулярной проводимости, внезапная сердечная смерть.

По данным зарубежных авторов, частота встречаемости миокардиальных мостиков варьируется от 0,5 до 40% при клиническом выявлении и от 15 до 85% при обнаружении на аутопсии. Широкий разброс частоты указывает на то, что многие мостики могут протекать бессимптомно при жизни [1, с. 1076; 3, с. 173].

Основными клиническими состояниями, ассоциированными с миокардиальным мостиком, являются ишемия миокарда, атеросклероз и внезапная смерть. Частота атеросклеротического поражения увеличивается при наличии мостика в правой коронарной артерии. Хотя прямая связь между миокардиальными мостиками и внезапной сердечной смертью не установлена, в сериях аутопсий были обнаружены гистологические признаки необъяснимой ишемии у лиц с миокардиальными мостиками. Многие из них умерли во время физических нагрузок и не имели других факторов риска ишемической болезни сердца.

Основным методом диагностики миокардиальных мостиков является коронароангиография, которая позволяет выявить характерный феномен «сжатия» артерии во время систолы («milking effect»). Дополнительными методами служат внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ), оптическая когерентная томография (ОКТ) и компьютерная томографическая ангиография. ВСУЗИ позволяет не только подтвердить наличие мостика, но и оценить его глубину, протяженность и наличие атеросклеротических изменений в сегменте артерии, расположенном проксимальнее мостика.

У бессимптомных пациентов специфическое лечение не требуется. При наличии клинических проявлений (стенокардия, ишемия) назначается медикаментозная терапия (бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов). В резистентных случаях возможно хирургическое лечение – миотомия (рассечение мышечного мостика) или коронарное шунтирование.

Выводы.

1. Миокардиальные мостики являются распространенной аномалией коронарных артерий, частота которой варьирует от 0,5 до 85% в зависимости от метода выявления.

2. В большинстве случаев миокардиальные мостики протекают бессимптомно, однако у части пациентов они могут вызывать ишемию миокарда, аритмии и даже внезапную сердечную смерть, особенно при физической нагрузке.

3. Основным методом диагностики остается коронароангиография, однако для уточнения анатомии и функциональной значимости мостика целесообразно применение внутрисосудистых методов визуализации.

4. Выбор тактики лечения зависит от наличия симптомов и степени компрессии артерии: от динамического наблюдения при бессимптомном течении до хирургической коррекции при тяжелых формах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Standring, S. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice / S. Standring. – 42nd ed. – London : Elsevier, 2020. – 1584 p.

2. Миокардиальные мостики коронарных артерий / С. В. Дечко, О. И. Климко, А. В. Пилимон [и др.] // 10-я школа практического кардиолога : сборник научных трудов Республиканской научно-практической конференции с международным участием, Минск, 5–6 ноября 2015 г. / под ред. Н. П. Митьковской. – Минск, 2015. – С. 77–82.

3. Sternheim, D. Myocardial bridging: diagnosis, management, and prognosis / D. Sternheim, R. R. Power, H. Samady // Interventional Cardiology Clinics. – 2020. – Vol. 9, № 2. – P. 171–182.

НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МАТКИ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ

Самойло Л.Л.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь*

Введение. Матка является, возможно, наиболее динамичной структурой в анатомии человека. На протяжении жизни женщины этот орган претерпевает значительные изменения размеров, формы и топографии, которые зависят от возраста, гормонального статуса и репродуктивной функции [1, с. 393]. Понимание нормальной возрастной анатомии матки необходимо для интерпретации данных лучевых методов диагностики (ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии) и своевременного выявления патологических состояний.

Цель. Изучить возрастные и репродуктивные изменения анатомии матки на протяжении жизни женщины, а также оценить их клиническое значение.

Результаты и их обсуждение.

При рождении матка относительно велика и имеет взрослые пропорции (соотношение тела к шейке матки=2:1) под влиянием материнских гормонов (рисунок 1А) [2, с. 1080]. Через несколько недель после рождения под действием эстрогенов матери достигаются детские размеры и пропорции: приблизительно одинаковая длина тела и шейки матки (соотношение 1:1), при этом шейка матки имеет больший диаметр (толщину) (рисунок 1В). Из-за небольшого размера тазовой полости в детском возрасте матка является преимущественно брюшным органом. Шейка матки остается относительно большой (приблизительно 50% от длины общей матки) на протяжении всего детства [1, с. 394; 3, с. 245].