

ВАРИАНТЫ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (АНАТОМО-КЛИНИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ)

С.А. Иорданиди

Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучению инфаркта миокарда, вопрос о роли крайних вариантов венечного кровообращения и аномалий венечных артерий в развитии, течении и исходах инфаркта миокарда изучен еще недостаточно. В частности, не уделено должного внимания вопросам локализации тромбообразования и инфарктов миокарда в зависимости от типа коронарного кровообращения.

Изучение этого вопроса, проводимое нами на кафедре факультетской терапии СГМИ и в патолого-анатомическом отделении ГКБ № 1, позволяет высказать ряд соображений о значении указанных факторов в развитии инфаркта миокарда.

В исследовании применялись следующие методы:

1. Патолого-анатомическое исследование сердец с детальной препаровкой коронарных артерий и их ветвей с определением степени атеросклероза, гипертрофии отделов сердца, локализации стенозирования сосудов, тромбообразования и инфарктов миокарда.

2. Посмертная коронарорентгенография, которая осуществлялась посредством введения в венечные артерии контрастных веществ — свинцовых белил, тонкодисперсного бария. Наливка проводилась под давлением 180–200 мм рт. ст. в течение 10–12 час.

3. Ретроспективный анализ клинических историй болезни и ЭКГ-данных погибших больных.

Известно, что питающие сердечную мышцу правая и левая венечные артерии в своем развитии широко варьируют, удельный вес каждой из них в кровоснабжении сердечной мышцы в отдельных случаях различен.

В зависимости от степени их развития и превалирования в питании сердечной мышцы той или иной коронарной артерии различают

типы кровоснабжения сердечной мышцы. Помимо чаще встречающегося среднего типа, выделяют два крайних варианта — правый и левый.

Частота отдельных типов коронарного кровоснабжения по данным разных авторов колеблется: по среднему типу — от 34 до 50%; по правому типу — от 16,5 до 46%; по левому типу — от 20 до 33,65%.

А.В. Смоляников и Т.А. Наддачина различают еще два промежуточных типа: средне-левый и средне-правый. В своей работе мы различали три основных варианта коронарного кровоснабжения: средний, правый и левый.

По данным многих авторов, удельный вес крайних вариантов кровоснабжения сердца у больных инфарктом миокарда выше, чем у больных с другой патологией. Это объясняется тем, что при крайних вариантах кровоснабжения, в связи с резким преобладанием одной из артерий, условия компенсации нарушенного кровообращения оказываются худшими по сравнению с промежуточными типами. Те же условия в большей степени выражены при аномалиях развития коронарных артерий, хотя они встречаются редко.

Систематизация всех описанных случаев аномалий развития коронарных артерий позволяет выделить следующие виды: 1) одна венечная артерия, 2) отхождение одной из двух коронарных артерий от легочной артерии, 3) высокое расположение устья одной из артерий, 4) врожденные аневризмы, 5) агенезия периферического участка одной артерии.

Нами разработан материал, касающийся 72 больных, погибших от инфаркта миокарда, и 52 лиц, погибших от другой патологии (контрольная группа).

В контрольной группе в 44,3% случаев кровоснабжение осуществлялось по среднему типу, в инфарктной — средний тип составил 30,5%, частота крайних вариантов соответственно 55,7 и 69,5% случаев.

Мы наблюдали отсутствие левой циркулярной артерии (2 случая), агенезию периферического участка левой циркулярной артерии (2 случая) и в одном случае последняя отходила от аорты как добавочная артерия.

При развитии инфарктов миокарда у больных с правым типом коронарного кровообращения преобладала локализация свежих инфарктов и рубцов по задней стенке как 2:1 по отношению к передней. Повторные же инфаркты миокарда развивались преимущественно по передней стенке. Реканализированные и свежие тромбы чаще встре-

чались в бассейне правой венечной артерии, чем в левой (в соотношении 1,7:1).

При инфарктах с левым типом коронарного кровообращения инфаркты и рубцы передней стенки сердца встречались в 2 раза чаще, чем по задней стенке. Во всех случаях с левым типом тромбозы встретились только в бассейне левой коронарной артерии, чаще в передней нисходящей, реже в левой огибающей.

В случаях, где кровоснабжение осуществлялось по среднему типу, не отмечалось тех закономерностей, как в предыдущих группах.

Из клинических особенностей заслуживает внимание то, что ангинозно-астматический тип начала приступа чаще встречался при крайних вариантах; несколько чаще имело место развитие аневризм сердца и внезапная смерть. Несмотря на неблагоприятный исход при среднем типе, временно отмечалась некоторая положительная динамика ЭКГ, при крайних вариантах таковой совершенно не было; летальные исходы в относительно более молодом возрасте встречались чаще при крайних вариантах. Следует отметить, что около двух третей больных, погибших в первую неделю заболевания, были с крайними вариантами кровоснабжения. У лиц с крайними вариантами коронарного кровоснабжения утяжелению клинического течения соответствовало также развитие и более значительных инфарктов по территории поражения.

Выводы

1. Наличие «крайних» вариантов венечного кровоснабжения миокарда является одним из предрасполагающих факторов в развитии инфаркта сердца. Об этом свидетельствует большая частота этих вариантов у погибших от инфаркта, нежели от других причин: 69,4% у инфарктных больных и 55,7% в контрольной группе.

2. При трех основных типах кровоснабжения имеются заметные различия в локализации тромбообразования и инфарктов миокарда. При левом типе венечного кровоснабжения чаще встречаются тромбозы левой венечной артерии и ее ветвей, а инфаркты локализуются преимущественно в передней стенке левого желудочка. При правом типе реканализированные и свежие тромбы чаще встречаются в бассейне правой венечной артерии, а инфаркты — в задней стенке левого желудочка. Средний тип характеризуется небольшим преобладанием поражения левой венечной артерии и передней стенки левого желудочка.

3. У больных с «крайними» вариантами коронарного кровообращения отмечено развитие более обширных инфарктов миокарда по территории поражения, утяжеление их клинического течения и более частое наступление внезапной смерти и разрывов сердца.

1971 г.