

также нарастают на протяжении постнатального онтогенеза. Минимальная индивидуальная ширина железы, однако, остается неизменной (0,5 см) от периода новорожденности до второго детского возраста включительно. Начиная от подросткового и старческого возраста включительно, минимальное индивидуальное значение ширины предстательной железы увеличивается последовательно в каждой возрастной группе. Максимальное индивидуальное значение ширины предстательной железы, согласно полученным данным, нарастает на протяжении постнатального онтогенеза от 1,2 см в период новорожденности до 5,4 см у людей старческого возраста.

Толщина предстательной железы у людей различных возрастных групп незначительно (в 1,33 раза) увеличивается в раннем детском возрасте по сравнению с новорожденными. Во втором детском возрасте толщина предстательной железы уже в 2,16 раз превышает этот размер у новорожденных, в подростковом возрасте – в 3,33 раза. Дальнейшее нарастание этого показателя наблюдается до пожилого возраста включительно. В старческом возрасте ширина предстательной железы незначительно (1,04 раза) снижается по сравнению с мужчинами пожилого возраста.

Индивидуальные значения ширины предстательной железы в постнатальном онтогенезе в целом изменяются согласованно со среднеарифметической величиной этого показателя. Минимальной и максимальное индивидуальные значения ширины этого органа последовательно нарастают на протяжении увеличения возраста.

Морфометрическими методами мы далее провели оценку массы предстательной железы. Масса этого органа незначительно нарастает в первые годы жизни мальчика. В раннем детском возрасте масса предстательной железы в 2,7 раза выше, чем у новорожденных. Наиболее активно масса органа увеличивается в подростковом и юношеском возрастах. У подростков значение этого показателя уже в 13,64 раза, у юношей в 23,5 раз превышает его величину в период новорожденности. В дальнейшие, более старшие возрастные периоды, сохраняется тенденция к нарастанию массы предстательной железы. Значение этого показателя в пожилом возрасте составляет 24,1 г, в старческом возрасте – 24,3 г.

Минимальные и максимальные индивидуальные показатели массы предстательной железы нарастают от периода новорожденности до пожилого и старческого возрастных периодов.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗРАСТНОЙ ИНВОЛЮЦИИ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА ПРОСТАТЫ ЧЕЛОВЕКА

А. К. Усович

Витебский медицинский университет

Изучение сосудисто-тканевых отношений и структуры сосудов 106 предстательных желез мужчин 22-83 лет на аутопсийном материале гистологическими, гистохимическими, морфометрическими методами позволяет сформулировать следующие закономерности возрастной инволюции кровеносного русла органа.

1. Внутриорганный кровеносный русло простаты видоизменяется в соответствии с потребностями основных структурных компонентов органа, изменяясь в периоды преобразования структур.

2. Архитектоника микрососудистых комплексов имеет различия, в зависимости от строения кровоснабжаемых структур.

3. Геометрия микрососудисто-железистых комплексов отражает морфофункциональное состояние кровоснабжаемых желез и имеет возрастные отличия. В период пика функциональной активности органа вокруг секретирующих концевых отделов желез выявляются двух-трехслойные «корзинчатые» капиллярно-посткапиллярные сети. В концевых отделах желез имеются расширенные капилляры, расположенные в виде радиальных по отношению к просвету железы выростов и, отделенные от последних только одним слоем секреторных клеток. С возрастом вокруг концевых отделов желез с явлениями атрофии располагаются преимущественно однослойные кольцевые капиллярно-посткапиллярные сети.

4. Инволютивные изменения кровеносных сосудов в простате мужчин начинают выявляться с 34-40 лет, но «скорость» и характер их развития зависят от различных индивидуальных особенностей мужчины.

5. Инволюция начинается с признаков повышения гидродинамической нагрузки на венозное русло органа по типу хронического

венозного застоя. Это проявляется вначале увеличением емкости венозного звена, очаговой дезорганизацией волокнисто-мышечного «каркаса» стенки и паравазальных зон, затем компенсаторной гипертрофией стенки приносящих сосудов, завершающейся склерозированием стенки артерий.

6. Структурная перестройка артерий и вен сопровождается стойким снижением удельного объема ГМЦР, преимущественно звеньев притока и обмена, за счет уменьшения количества микрососудов на фоне увеличения их средних диаметров. Это приводит к снижению скорости кровотока через простату, переходу обмена на более низкий уровень, замещению высокодифференцированных структур на менее дифференцированные, которые могут развиваться при сложившемся уровне кровоснабжения, что способствует развитию возрастной патологии простаты.

7. Возраст начала инволюции простаты зависит от образа жизни мужчины и связан с различными предрасполагающими факторами.

АРТЕРІАЛЬНЕ РУСЛО НИЖНІХ КІНЦІВОК ХВОРИХ НА АТЕРОСКЛЕРОЗ

В. Б. Фік, М. А. Нетлюх, У. М. Галюк, О. М. Мота, І. В. Вільхова
Львівський державний медичний університет ім. Д. Галицького

Метою даної роботи було вивчення ангиографічної картини артерій нижніх кінцівок, виявлення типових ділянок локалізації атеросклеротичних бляшок та підтвердження отриманих даних за допомогою проведеного патогістологічного дослідження.

Матеріал дослідження – 30 нижніх кінцівок хворих на атеросклероз, ампутовані з приводу прогресуючої хронічної ішемії. Забір ділянок артерій для гістологічного дослідження проводили в стандартних відділах, встановлених попередньо при ангиографії, за розробленою методикою (Фік В. Б., 1997). Після забору судин для па-

тогістологічного дослідження зрізи фарбували гематоксиліном і еозином.

Звичайно, що для порівняння з даними ангиографії нас при мікроскопічному дослідженні цікавив в першу чергу стан просвіту судин ділянки, які були виявлені за допомогою ангиографічного дослідження, як правило підтверджувались і патогістологічно. Рентгенологічна картина облітерації чи різкого стенозу була зумовлена наявністю фіброзно-ліпідної бляшки, яка звужувала просвіт судини більше як на половину. Помірний стеноз на ангиограмах був спричинений бляшкою яка звужувала просвіт на 25-50%, а при прохідності судин