

Выводы: Представленные демонстрируют явные морфологические отличия строения сравниваемых зон. Позволительно утверждать, что ПЗ ПЖ «закладывается» в индифферентной стадии развития эмбриона и, очевидно, связана с эмбриогенезом мочеиспускательного канала, вне зависимости от пола. Ход мышечных волокон в ней прямо указывает на отношение ее к мочепузырному треугольнику (Льетто) и, видимо, аллантоису. ЦЗ ПЖ – общепризнанно производное Вольфа протока (Портной А.С., 1970, 1984; Leung C.S., Srigley J.R., 1995) – развивается уже под контролем андрогенов только у мужчин.

Соматотипические различия зонального строения предстательной железы европеоидов

Андрейчиков А.В., Горбунов Н.С., Фирсов М.А.
Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск

Актуальность: Предстательная железа (ПЖ) имеет чрезвычайно сложное строение, связанное, прежде всего, с гетерогенностью ее структур - зоны простаты развиваются из различных эмбриональных зачатков. На протяжении всего онтогенеза ПЖ претерпевает значительные морфо-функциональные изменения (Allen K.S. et al., 1989; Masumori N. et al., 1997 и др.). Постнатально это обусловлено сложнейшими нейро-гуморальными взаимодействиями, специфическими для различных возрастных периодов (McNeal J.E., Bostwick D.G., 1984; Villers A. et al., 1990). Морфологическое выражение конституции (нормы реакции организма) – соматотип (важнейшая интегральная характеристика человеческого индивидуума), не может не отразиться в особенностях зонального строения столь сложно устроенного органа.

Материал и методы исследования: ПЖ от 30 трупов мужчин-европеоидов, соматотипированных постмортально по В.В. Бунаку (1931) в модификации В.П. Чтецова (1979), погибших в результате случайных причин, возрастом 22-35 лет ($32,69 \pm 2,09$ года в среднем). Послойные срезы изготавливались в пяти перпендикулярных оси уретры плоскостях с шагом в 5 мм. Окраска срезов классическим гематоксилин-эозином, фосфорно-вольфрамовым гематоксилином по Маллори, резорцином и фуксином по Вейгерту, азотнокислым серебром по Карупу, пикрофуксином и гематоксилином по Ван-Гизон. Сравнение величин по критериям Стьюдента и Ван дер Вардена. **Результат исследования** (приведены данные, имеющие достоверные различия при $P < 0,05$). *Переходная зона:* содержит достоверно больший объем желез у лиц неопределенного ($22,01 \pm 8,01\%$) и грудного ($20,29 \pm 2,79\%$) соматотипов, по сравнению с мускульным ($9,01 \pm 4,51\%$). Размер желез переходной зоны наибольший при неопределенном соматотипе. Железистый аппарат переходной зоны у лиц брюшного соматотипа распределен во фронтальной плоскости, тогда как при грудном и неопределенном вытянут преимущественно вдоль вертикальной оси в сагиттальной плоскости. Мышечная ткань более выражена у представителей мускульного и брюшного соматотипов. *Центральная зона:* наибольший объем желез этой

зоны отмечен у лиц брюшного соматотипа ($43,5 \pm 1,5\%$), наименьший – у грудного ($35,95 \pm 0,05\%$). Объем мышечной ткани наибольший (за счет большей толщины гладкомышечных образований) при мускульном соматотипе ($36,01 \pm 2,65\%$), наименьший – при грудном ($27,14 \pm 2,55\%$). *Периферическая зона:* объем желез наибольший у лиц мускульного соматотипа ($65,95 \pm 2,35\%$), наименьший – у грудного ($45,7 \pm 4,41\%$). Объем мышечной ткани наибольший при грудном соматотипе ($31,60 \pm 1,47\%$), наименьший – при брюшном ($20,95 \pm 0,05$). **Выводы.** Особенности зонального строения ПЖ четко отражают андрогенную составляющую соматотипа: андроген-зависимые образования ПЖ (железистый эпителий зон, центральная и периферическая зоны) более развиты у мужчин с наиболее «маскулинными» – мускульным и брюшным – соматотипами. Прослеживается взаимосвязь с неопролиферативными заболеваниями простаты, развивающимися в период инволюции мужского организма. Так, преимущественно парауретральный рост аденоматозных узлов у лиц пожилого возраста с брюшным и мускульным соматотипами (Абрамов Е.В. и соавт., 2001), вероятно связан с большим, по сравнению с грудным соматотипом, объемом желез и гладкомышечных образований переходной зоны ПЖ. Преимущественно внутрипузырный рост аденоматозной ткани («средняя доля аденомы»), достоверно чаще регистрируемый у лиц грудного и неопределенного соматотипов, вероятно обусловлен более проксимальной локализацией периуретральных желез у лиц данных морфотипов, по сравнению с мускульным.

Клинико-морфологические особенности разрывов аневризм брюшной аорты

Барсуков А.Е., Воронин А.И., Тихановская Е.О.
Санкт-Петербургская государственная медицинская Академия им.И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

Летальность после оперативных вмешательств, выполненных в связи с разрывом составляет 80-90% (Bergqvist D., 1999).

Целью настоящего исследования был анализ не только клинических, но и морфологических особенностей разрывов аневризм брюшной аорты, а так же взаимосвязи клинических и морфологических данных.

Нами рассмотрены 39 больных, которые находились на лечении в клинической больнице им. П.Великого. Большинство больных (26) составили мужчины старше 60 лет. АБА была обнаружена клинически у большинства больных (30). Наиболее характерной жалобой больных была слабость и боли в животе, иногда с иррадиацией в поясницу. Длительность анамнеза составила от 0,5 года до нескольких лет, при этом «острый» анамнез – от 1 часа до месяца. Большинство больных (25) при поступлении в стационар находились в агональном или тяжелом состоянии. Показатели гемоглобина крови колебались от 56 до 156 г/л, гематокрит – от 24 до 43. Показатели гемодинамики также были снижены.