

3. Гайворонский, И. В. Нормальная анатомия человека : в 2 т. / И. В. Гайворонский. - СПб. : Спецлит 2005. - Т. 1. - 560 с. ; Т. 2. - 424 с.

4. Герасимов, М. М. Восстановление лица по черепу / М. М. Герасимов // Труды Ин-та этнографии. - М., 1955. - Т. 28. - С. 27-28.

5. Григорьева, О. М. Морфология лицевого отдела черепа (эволюция и таксоном, дифференциация) : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / О. М. Григорьева. - М. : МГУ, 1988. - 21 с.

К ВОПРОСУ СТРОЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самойло Л. Л.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Простата (примерно 3 см в длину, 4 см в ширину, 2 см в передне-заднем направлении) – самая крупная железа репродуктивной системы. Плотная, напоминающая по форме орех, простата окружает начальную часть мочеиспускательного канала. Железистая ткань образует 2/3 железы, 1/3 – мышечно-фиброзная ткань. В плотную фиброзную капсулу инкорпорированы сосудистое и нервное сплетения. В свою очередь снаружи они окружены висцеральным листком тазовой фасции, образующей фиброзное влагалище, менее плотное спереди, продолжающееся в передне-латеральном направлении в *lig. puboprostaticum* и плотное позади, переплетающееся с *septum rectovesicale*.

Основание простаты плотно прилежит к шейке мочевого пузыря. Ее верхушка соприкасается с фасцией, покрывающей сфинктер мочеиспускательного канала и глубокие мышцы промежности. Мышечная передняя поверхность представлена преимущественно поперечно расположенными волокнами, которые образуют расположенный в вертикальной плоскости полусфинктер, являющийся частью сфинктера уретры. Передняя поверхность железы отделена от лонного сращения жировой клетчаткой *spatium retropubicum*. Задняя поверхность обращена к ампуле прямой кишки. Нижне-латеральные поверхности – к *m. levator ani*.

Обычно различают следующие доли железы, не имеющие четких анатомических границ:

- перешеек (комиссура, исторически – передняя доля) расположен спереди от уретры, представлен мышечно-фиброзными волокнами, являющимися продолжением сфинктера уретры вверх по направлению к шейке мочевого пузыря; железистая ткань практически отсутствует;

- правая и левая доли, спереди разделенные перешейком, сзади – полой продольной бороздой; с описательной целью подразделены на 4 доли по расположению по отношению к уретре и семявыбрасывающим протокам (нижние латеральные, по бокам от уретры, образующие большую часть правой и левой доли; нижние задние, позади уретры и ниже семявыносящих протоков, образуют поверхности простаты, пальпируемые *per rectum*; верхне-медиальная, расположенная глубже нижних задних долек между обращенными друг к другу сторонами семявыносящих протоков; передне-медиальные, расположенные

глубже нижних латеральных долек латеральнее проксимальной части уретры (рис. 1)

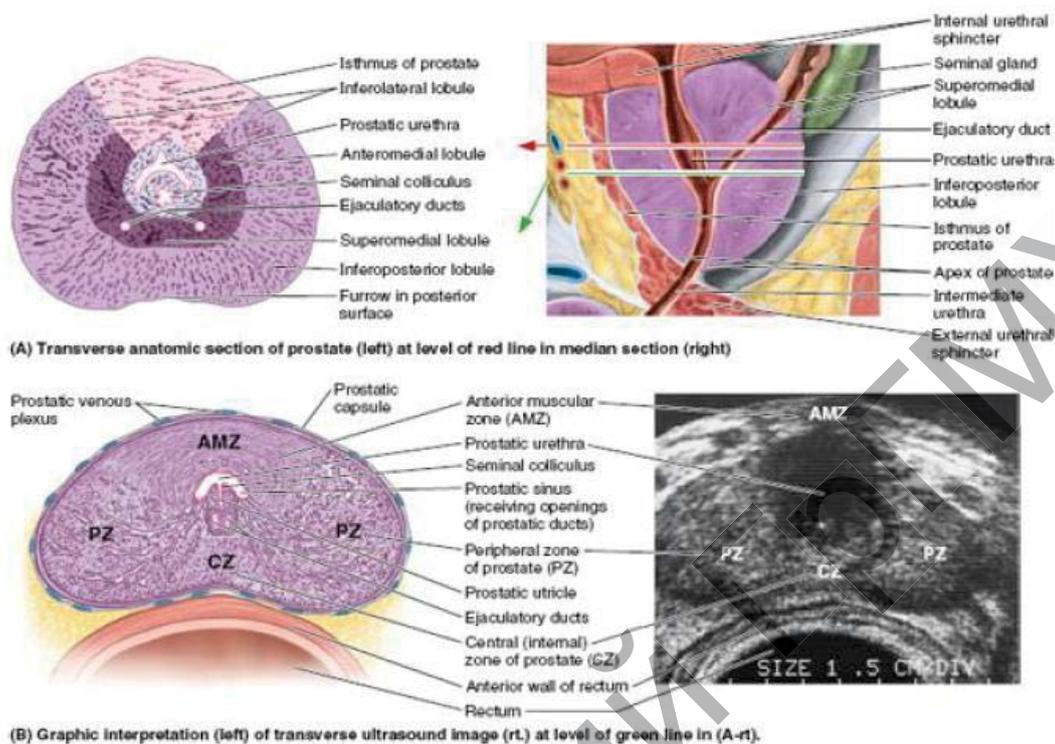


Рисунок 1. – А – поперечный разрез простаты (слева) на уровне стрелки на сагиттальном разрезе (справа); В – графическая интерпретация (слева) изображения, полученного при ультразвуковом исследовании (справа)

Верхнемедиальная и переднемедиальные доли часто подвержены гормон-индуцированной гипертрофии в пожилом возрасте, формируя среднюю долю, которая лежит между уретрой и семявыбрасывающими протоками в непосредственной близости к шейке мочевого пузыря. Увеличение средней доли ведет к образованию *uvula* мочевого пузыря и затруднению оттока мочи.

Клиницисты делят предстательную железу на центральную и периферическую зоны. Центральная зона соответствует средней доле.

С анатомической точки зрения железистую ткань простаты делят на три зоны:

- периферическая (70% объема);
- центральная (25% объема);
- переходная (5% объема).

Фиброзно-мышечная ткань заполняет пространство между периферической зоной спереди от предстательной части мочеиспускательного канала.

Центральная зона окружает семяизвергающие протоки позади мочеиспускательного канала. Переходная зона расположена вокруг дистальной части предстательного отдела мочеиспускательного канала и представлена гладкой мускулатурой стенки канала (рис. 2).

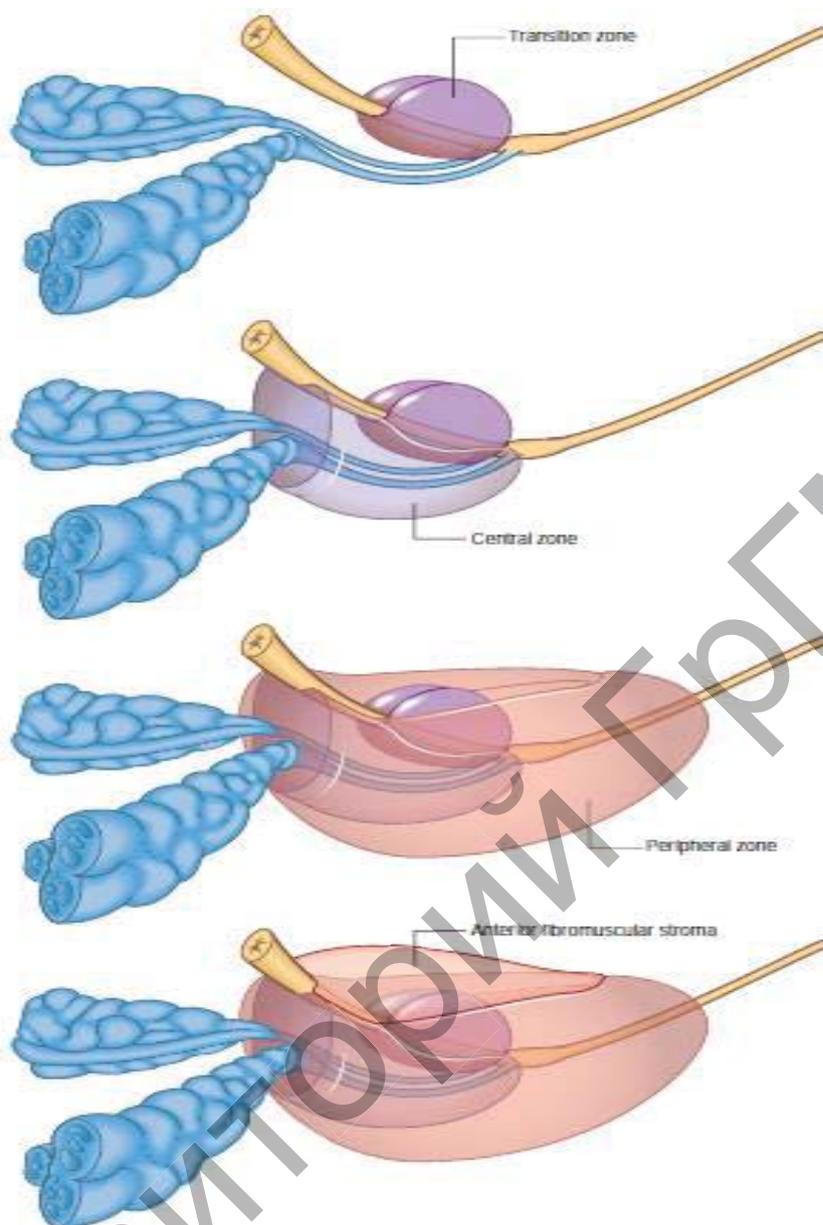


Рисунок 2. – Зональная анатомия простаты

Протоки предстательной железы (20-30) открываются главным образом в синусы по бокам семенного бугорка на задней стенке предстательной части уретры. Секрет предстательной железы составляет около 20% семенной жидкости, играет роль в активации сперматозоидов. Содержит фосфатазу, амилазу, простат-специфический антиген, фибринолизин и цинк. В железистом эпителии расположены многочисленные нейроэндокринные клетки, содержащие серотонин и другие нейромедиаторы. Количество их с возрастом значительно уменьшается. Функциональное значение точно не определено.

Предстательная железа кровоснабжается ветвями внутренней подвздошной артерии – нижними пузырными, средними прямокишечными и частично – внутренней половой. Кровь из венозного сплетения предстательной железы поступает во внутренние подвздошные вены. Вверху продолжается в

венозное сплетение мочевого пузыря, позади сообщается со сплетениями в позвоночном канале.

Лимфоотток от предстательной железы осуществляется преимущественно во внутренние подвздошные, крестцовые и запирающие узлы. Вегетативная иннервация осуществляется из тазового сплетения. Сосудисто-нервный пучок, содержащий нервные волокна, иннервирующие простату, семенные пузырьки, уретру, семяизвергающие протоки, пещеристые тела полового члена, бульбоуретральные железы, плотно прилежит, но отделен от заднебоковой поверхности простаты фасцией. Эти нервы могут быть повреждены при радикальной простатэктомии, что в свою очередь нередко становится причиной импотенции.

Возрастные изменения простаты. При рождении простата представляет собой многочисленные протоки, расположенные в строме, формирующие ткань предстательной железы. Фолликулы представлены небольшими расширениями протоков. В период 14-18 лет железа удваивает свои размеры. Рост железы происходит благодаря развитию железистой ткани. Эпителий фолликулов первоначально многослойный плоский, превращается в многорядный, содержащий разные виды клеток – секреторные (включая слизистые, исчезающие по мере созревания простаты) и нейроэндокринные. Происходит уплотнение стромы и ее относительное уменьшение. Эти изменения, очевидно, индуцированы увеличением продукции тестостерона. После 45-50 лет развивается гипертрофия предстательной железы. Если мужчина живет достаточно долго, этот процесс практически неизбежен, но не всегда сопровождается какими-либо симптомами.

Литература

1. Moore, K. Clinically oriented anatomy/ K. Moore, A. Dalley, A. Agur. – 7th ed. – New York, 2012. – 486-487 p.
2. Standring, S. Gray's Anatomy/S. Standring.- 41th ed. – London, 2016. – 1267-1270 p.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КРАНИАЛЬНОГО ПРОДОЛЖЕНИЯ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Семеняго С. А., Жданович В. Н., Введенский Д. В.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

Актуальность. Высокая анатомическая вариабельность поверхностного венозного русла нижней конечности приводит к разнообразию классификаций и неизбежной путанице в терминологии. Так, непостоянный венозный ствол, отходящий от сафенопопитеального соустья (СПС) в проксимальном направлении и продолжающийся на заднюю поверхность бедра, в разных источниках именуется как «бедренное продолжение малой подкожной вены (МПВ)», «вена Джакомини» [1], «бедренная ветвь МПВ» [2], «межсафенная вена», «задняя подкожная вена», «бедренно-подколенный тракт» [3] и т. п. Между тем, согласно обновленной номенклатуре вен нижних конечностей