

взрослого человека варьируется в пределах 150-160 г, а вместе обе почки составляют около 0,5% общей массы тела человека.

В ходе исследования была определена средняя длина почек у детей с возрастом: 0-2 месяца – 4,9 см, 3 месяца-1 год – 6,2 см, 1-5 лет – 7,3 см, 5-10 лет – 8,5 см, 10-15 лет – 9,8 см, 15-19 лет – 10,6 см. Как известно: «Если сравнить размеры почек у новорожденных детей и взрослых людей, то по отношению к массе тела почки младенцев в 3 раза больше, чем почки взрослых».

Старение почки включает изменения как морфологического, так и физиологического порядка.

В результате исследования установлено, что вес почек начинает уменьшаться уже после второго 10-летия жизни. Таким образом, к 90 годам вес почки уменьшается более чем вдвое. За это же время длина органа сокращается от 12,4 до 11,4 см. У женщин редукция веса с возрастом происходит более отчетливо, чем у мужчин. Уменьшение веса почки сопряжено с частичной атрофией ее паренхимы: между 30 и 80 годами убыль нефронов составляет от 1/3 до 1/2 их исходного числа. Исчезновение нефронов ведет к истончению коркового вещества почки и лучистости мозгового вещества, появлению неровностей на наружной поверхности органа.

Установить возрастные ультрамикроскопические отличия в толщине основной мембраны клубочка при старении не удается. Оставшиеся в пожилом возрасте нефроны, по-видимому, сохраняют функциональную полноценность. О перестройке нефрона в процессе старения свидетельствует уменьшение длины проксимальных извитых канальцев и их объема, а также площади поверхности клубочка. При этом отношение площади клубочка к объему канальца изменяется вне видимой связи с возрастом.

Вывод: размер почек зависит от возрастных и конституциональных особенностей обследуемого, а также от пола человека.

## АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ШВОВ ЧЕРЕПА

Иванова А. А.

Научный руководитель: асс. Рыженкова И.В.

Ежегодно в мире возрастает количество рожденных детей с черепно-челюстными деформациями. Преждевременное закрытие одного из швов черепа в среднем фиксируют у 1 из 1000 новорожденных. Одной из групп заболеваний, связанных с аномалиями развития швов черепа являются краниосиностозы. Это состояние, при котором происходит преждевременное заращение швов черепа с повышением внутричерепного давления и наличием на рентгенограмме черепа пальцевых вдавлений. Данная патология на сегодняшний день изучена недостаточно. Но существует большое количество теорий ее возникновения, например: нарушение развития черепа у ребенка на ранних сроках беременности матери, генетические нарушения у ребенка,

внутриутробные болезни (инфекционные заболевания у матери). Преждевременное синостозирование приводит к характерным деформациям черепа и лицевого скелета, а заподозрить заболевание легко даже у новорожденного ребенка. Еще одной патологией является краниостеноз. Для него характерно неспецифическое повреждение головного мозга, которое возникает в результате недостаточного расширения полости черепа в период самого активного развития мозга, то есть до двух лет. Практически всегда происходит преждевременное закрытие одного из швов черепа – моносиностоз. Когда в процесс включается два и более швов - полисиностоз, в самых тяжелых случаях происходит смыкание всех черепных швов именуемое пансиностозом. Изолированный краниосиностоз наблюдается в тех случаях, когда преждевременное синостозирование не сопровождается другими пороками развития. Существует и другая группа заболеваний, для которой характерно наличие совокупности пороков развития. Считается, что даже незначительное повышение внутричерепного давления оказывает негативное влияние на головной мозг, и может привести к субатрофии зрительных нервов и отрицательно отразится на формировании личностных особенностей ребенка. Предотвратить краниостеноз можно ранним оперативным лечением. Поэтому чем меньше возраст пациента, тем меньше риск осложнений и лучше результат после оперативного вмешательства. Существуют такие виды краниостенозов: метопический, коронарный, саггитальный и лямбдовидный. При саггитальном краниосиностозе (скафоцефалия) происходит раннее сращение саггитального шва, характеризующееся увеличением черепа в передне-заднем диаметре, и уменьшение его ширины. Среди изолированных краниосиностозов, односторонний коронарный краниосиностоз (плагиоцефалия) встречается реже всего. При этом формируется треугольная деформация лобной части головы, образуется костный киль, который идет от надпереносья до большого родничка. Двусторонний коронарный краниосиностоз (брахицефалия) возникает в результате преждевременного закрытия обоих коронарных швов и характеризуется широким и плоским лбом. Частота преждевременное смыкание лямбдовидного почти во всех случаях имеет односторонний характер его развития. Эта аномалия преждевременного смыкания шва характеризуется уплощением затылочной области с формированием затылочной плагиоцефалии. Так как деформация черепа практически незаметна под волосным покровом, а явные неврологические проявления отсутствуют, то лямбдовидный синостоз является самым недиагностируемым в данной группе заболеваний. При множественном синостозе (оксицефалия) наблюдается преждевременное закрытие сразу нескольких швов, что приводит к повышенному внутричерепному давлению. Характеризуется недоразвитыми синусами и глазницами.

Таким образом, преждевременное смыкание швов черепа может привести к существенным отклонениям в развитии ребенка. Поэтому необходима ранняя диагностика преждевременного синостозирования швов, так как

краниосиностоз может привести к краниостенозу. Лечение детей с такими аномалиями развития в настоящее время достаточно отработано и может проводиться с 4-6-ти месячного возраста. Своевременное хирургическое лечение при краниостенозе может обеспечить в дальнейшем нормальное развитие мозга.

## НОРМИ БУДОВИ СКРОНЕВОЇ КІСТКИ, ЩО МОЖУТЬ ІМІТУВАТИ ХВОРОБИ НА ЗНІМКАХ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ.

Жбанов І.М.

Науковий керівник: ас. Граніна О.В.

Актуальність теми: Комп'ютерна томографія (КТ) є високоінформативним методом дослідження, який дозволяє за надзвичайно короткий час оцінити стан більшості органів людини. КТ відносять до методів діагностики, який допомагає лікарям поставити правильний діагноз і призначити необхідне та своєчасне лікування. КТ внутрішніх органів, кісток, м'яких тканин і кровоносних судин забезпечують більшу чіткість і детальність, ніж звичайні рентгенівські дослідження.

Під час вивчення знімків скроневої кістки, а саме внутрішнього вуха, ми помітили, що деякі анатомічні ділянки мають вигляд різних патологічних процесів та травм. Перший приклад такого імітування – кохлеарна ущелина – вузька вигнута лінія простягається від равлика в напрямку мису. Ми можемо розглядати це у немовлят, дітей, а інколи й у дорослих. Це може бути помилково прийнято за лінію перелому чи отосклеротичну патологію.

Кам'янисто-соскоподібний канал з'єднує соскоподібну печеру з черепно-мозковою порожниною в ньому проходять артерія і вена. Його діаметр 0.5 мм, зовнішній вигляд якого схожий на лінію перелому.

Кохлеарний водопровід равлики якого з'єднують перелімфу з субарахноїдальним простором. У равликового водопроводу є вузький канал, який проходить майже у тому ж напрямку, що й слуховий прохід, але більш каудально. Кохлеарний водопровід, що проходить до равлика, може бути прийнятий за лінію перелому.

Висновок: ми можемо дійти висновку, що будь-який метод діагностики, навіть найсучасніший, потребує точних знань з анатомії для того, щоб не допустити тяжку помилку у своїй роботі.