

Типичная телеангиоэктазия имеет размер менее 5 мм и при надавливании бледнеет. При поражении печени, вследствие сброса крови из печёночных артерий через артериовенозные шунты в бассейн портальной вены, формируется портальная гипертензия и возможно развитие цирроза печени. Артериовенозные шунты могут приводить к артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. Главным симптомом болезни являются частые, спонтанные, усиливающиеся с возрастом кровотечения из патологических сосудов.

Диагноз наследственной геморрагической телеангиоэктазии может быть установлен на основании любых трёх критериев: - множественные телеангиоэктазии на характерных участках (губы, ротовая полость, нос, ушные раковины); - повторяющиеся спонтанные кровотечения; - висцеральные поражения - телеангиоэктазии в желудочно - кишечном, респираторном трактах (с кровотечениями или без) артериовенозные шунты в лёгких, печени, головном мозге и позвонках; - семейный характер заболевания. При частых и обильных кровотечениях развивается постгеморрагическая анемия; при артериовенозных шунтах - эритроцитоз, повышенное содержание гемоглобина в крови.

Лечение: В последние десятилетия отмечен значительный прогресс в медицинской генетике, что позволило расширить представление о характере наследования всевозможных заболеваний, в исходе которых может развиваться цирроз печени. Благодаря уточнению влияния факторов внешней среды на проявляемость мутантных генов, стали намного яснее пути лечения, а самое главное - профилактика наследственных заболеваний. В перспективе большие надежды в отношении курабельности пациентов с наследственно-детерминированными заболеваниями возлагаются на генную инженерию, под которой подразумевается направленное вмешательство в структуру и функционирование генетического аппарата - удаление или исправление мутантных генов, замена их нормальными.

Но самой важной задачей продолжает оставаться профилактика наследственных заболеваний, в т. ч. в исходе которых может сформироваться цирроз печени. Своевременное предупреждение появления на свет больных детей возможно посредством мониторинга, который должен осуществляться через медико-генетические консультации и диагностические центры с участием врача - гепатолога.

Саенко М.О.

РАЗВИТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА РЕБЕНКА

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра нормальной анатомии человека

Научный руководитель: Рыженкова И. В.

Для нормального функционирования детского организма свойственно опережающее развитие нервной системы и головного мозга. Головной мозг новорожденного имеет массу в пределах от 380 до 400 г., к 3-5 годам она увеличивается в размерах примерно в три раза до 1100-1200 г., и к 7 годам достигает 1250-1300 г, приближаясь к массе мозга среднестатистического взрослого человека. До подросткового возраста увеличение размеров головы находится в соответствии с увеличением размеров массы мозга. Далее размеры головы начинают опережать в развитии размеры мозга, так как, в это время происходит активное развитие костной ткани черепа и мозгу становятся присущи характерные для черепа взрослого человека очертания.

Активное развитие головного мозга у ребенка сопровождается быстрым развитием многих его функций. Это осуществляется благодаря пирамидным клеткам мозга, которые к возрасту 2,5 года соответствуют размерам, формам и функциям взрослого человека. К 6-7 годам мозг развит настолько, что ребенок мог бы успешно обучаться в школе.

В данный период у ребенка в достаточной степени развита речь, внимание, память. Память достаточно хорошо функционирует к 3 годам жизни, но сформированная механическая память приобретает только к 13-15 годам, память на образное мышление - к 17-18 годам, словесно-логическая память осуществляется уже к зрелому возрасту. Память можно улучшать с помощью тренировок, в которые будут входить различные упражнения, только тогда можно значительно повысить ее уровень.

Особенным в развитии головного мозга ребенка является то, что после образования всех отделов мозга дальнейшее совершенствование функций будет происходить без каких-либо анатомических изменений. Это происходит за счет накопления в нервных клетках информации, а также получения прочных связей между отделами мозга. Так, например, активное занятие спортом и умеренными нагрузками приводят к увеличению массы мышц, а также к улучшению прочности костно-связочного аппарата. Хорошая умственная активность и упражнения для функционирования памяти, не связаны с размерами головного мозга. Именно поэтому швы, разделяющие кости черепа, закрываются полностью примерно к 25 годам.

Сазонова О.М.

АНТРОПОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ МАСИ ТІЛА ДІВЧАТОК 7-11 РОКІВ З ВЕГЕТАТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

**Харківський національний медичний університет
кафедра анатомії людини**

Вегетативна дистонія серцево-судинної системи (ВСД) - одне з найбільш розповсюджених нозологічних станів, який реєструється серед людей різних вікових та статевих груп і яке розглядається в сучасному суспільстві не лише, як значна медична, але й як соціально значима проблема, що визначає частоту серцево-судинних захворювань у старших вікових групах. У переважній кількості випадків ВД ССС формується в дитячому віці та, незважаючи на значні досягнення у розумінні патогенезу, морфофункціональні аспекти ВСД залишаються незгодженими та невирішеними, що вимагає розробки нових діагностичних способів

Для порівняльного дослідження задіяно 375 дівчаток 7-11 років, включаючи 210 здорових (120 міських та 90 сільських жителів) та 165 з вегето-судинною дистонією (85 міських та 80 сільських жителів). Антропометрію виконано в умовах планових комплексних медичних оглядів школярів, згідно методики В.В. Бунака, містило в собі визначення тотальних (маси) тіла.

Проведений аналіз показників ряду ознак, зокрема, антропометричних, соматотипологічних та компонентного складу маси тіла у міських і сільських дівчаток, встановив ряд особливостей та закономірностей. Зокрема, антропометричне обстеження здорових дівчаток та дівчаток з ВСД виявило достовірне зменшення маси тіла у хворих на ВСД. Встановлено статистично значуще зменшення маси тіла як у хворих на ВСД міських дівчаток ($p < 0,001$), так і у дівчаток підліткового віку ($p < 0,05$), в порівнянні із здоровими дівчатками. У хворих на ВСД сільських дівчаток підліткового віку, встановлено лише тенденцію ($p = 0,059$) до збільшення маси тіла в порівнянні із здоровими однолітками.

Самойленко А.А.

КОРА ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра анатомии
Научный руководитель: асс. Рыженкова И.В.**

Многочисленные исследования показали, что кора головного мозга покрывает всю поверхность больших полушарий, осуществляющих высшую нервную