

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



Вивчаючи характер взаєвідношення м'язових волокон щічного м'яза з термінальним відділом привушної протоки, нами з'ясовано, що у більшості випадків (55 %) вони розміщуються одночасно на передній та задній поверхнях протоки. У 15 % спостережень м'язові волокна щічного м'яза сполучаються із стінкою привушної протоки тільки з однієї сторони – або з передньою її поверхнею, або з задньою. На 30% препаратів простежується додаткові м'язові волокна щічного м'яза на верхній та нижній поверхнях кінцевого відділу привушної протоки.

На гістологічних препаратах та графічних реконструкціях трьох препаратів плодів 7 та 8 місяців внутрішньоутробного розвитку виявлені структури, які нагадують клапани у просвіті кінцевого відділу привушної протоки.

Термінальний відділ привушної протоки пронизує щічний м'яз під гострим кутом, тому на поздовжніх гістотопографічних зрізах простежується непрямолінійний хід протоки. Це засвідчує про можливість виконання цим м'язом функції клапана, який регулює надходження слини в присінок рота, унеможлиблює її регургітацію. Маленькі м'язові волокна, які виникають від щічного м'яза, прямують вздовж протоки, фіксуючи її, та ймовірно відіграючи іншу важливу роль у регулюванні пасажу слини.

Навколо термінального відділу привушної протоки плодів людини існує м'язово-апоневротичний каркас, утворений волокнами щічного м'яза. Сфінктерна функція привушної протоки зумовлена скороченнями та релаксацією волокон щічного м'яза, які знаходяться в тісній синтопічній кореляції з зовнішньою оболонкою термінального відділу протоки, а також сифоноподібною формою та клапаноподібною конфігурацією її слизової оболонки. Під час розслаблення щічного м'яза, його волокна, які йдуть до зовнішньої оболонки протоки, розтягують її термінальний відділ, розширюють її просвіт, формуючи ампулу. У цій ампулі збирається слина під час зімкнутого просвіту привушної протоки. Під час скорочення щічного м'яза його волокна навколо термінального відділу привушної протоки сприяють її звуженню.

Наварчук Н.М.

РОЗВИТОК І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ СТРУКТУР РОТОВОЇ ДІЛЯНКИ У ПЛОДІВ

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича
Буковинський державний медичний університет*

На початку плодового періоду розвитку під'язикова і підщелепні слинні залози представлені системою проток і кулястими за формою кінцевими утворами. У розвитку піднижньощелепних залоз можна виділити вже два протокових елементи: внутрішньочасточкові і вставні протоки. У плодів 100,0 мм ТКД спільна вивідна протока залоз майже каналізується. Головні вивідні протоки зливаються, утворюючи спільну вивідну протоку, яка відкривається в ділянці під'язикового м'яся, де приймає участь в утворенні сосочка язика. Кожна часточка привушної слинної залози представлена 8-15 ацинусами, має добре виражену капсулу. У 6 місячних плодів передньо-задній розмір твердого піднебіння зростає до 16,0 мм, поперечний дорівнює 11,0 мм, товщина – 1,5-1,7 мм. Під'язикові слинні залози представлені 4-12 самостійними часточками з вивідними протоками, які відкриваються на під'язиковій складці. Нижній край привушної залози розташований на рівні кута нижньої щелепи. Залоза буває різної форми: трикутної, овальної, неправильного багатокутника. В середині плодового періоду (7 місяців) будова стінок ротової порожнини поступово наближується до дефінітивної. В подальшому відбуваються зміни якісного характеру (збільшуються товщина стінок та їх розміри). На верхній губі, по середній лінії, розташований горбок, розміром 2,0-3,0 мм. Дозаду від нього знаходиться вуздечка верхньої губи. Жирове тіло шоки розташоване між шкірою і щічним м'язом. Воно має висоту 10,0 мм, ширину - 12,0 мм і товщину - 11,0 мм. Слизова оболонка, що вкриває коміркові дуги, товста і малорухома. Дно ротової порожнини сформовано декількома м'язами. Найбільш поверхнево розташовані щелепно-під'язикові м'язи, які по середній лінії утворюють шов. Місце початку задніх пучків щелепно-під'язикових м'язів розташовується в ділянці шостого зуба. У плодів 7-8 місяців (231,0-310,0 мм ТКД) передньо-задній розмір твердого піднебіння зростає з 17,0 до 21,0 мм, поперечний – з 12,5 мм до 16,0 мм, його товщина дорівнює 1,7-2,0 мм. У плодів 8-10 місяців майже всі структури ротової ділянки набувають дефінітивної форми. Зачатки верхніх різців розташовані в різцевій кістці. Комірковий відросток майже не виражений, його довжина складає 35,0-38,0 мм. Горб верхньої щелепи не виражений. Гілка нижньої щелепи квадратної форми, висота тіла – 9,0-11,0 мм. Нижньощелепний канал відсутній. Склепіння твердого піднебіння майже відсутнє. Між піднебінними дужками знаходяться піднебінні мигдалики, вкриті капсулою. Язик відносно великий, широкий і короткий, має велику кількість лімфатичних фолікулів і всі види сосочків. Вуздечка язика коротка. Наявні бічні вуздечки, розташовані між зачатками ікол і зачатками перших малих кутніх зубів. Глибше ясен по комірковій дузі проходить комірковий жолобок. Слизова оболонка передньої поверхні ясен поділяється вертикальними складками на п'ять частин, на кожній половині щелеп розташовано п'ять зубних горбків. У 9-10 місяців плодів верхня стінка порожнини рота утворена твердим піднебінням, передньо-задній розмір якого збільшується до 26,0 мм, поперечний - до 20,0 мм, товщина не перевищує 2,0-2,6 мм, морфогенез слинних залоз продовжується. Між залозами і м'язами розташовані: протока піднижньощелепної залози, язиковий нерв, глибокі артерія і вена язика, кінцеві гілки під'язикового нерва.

Упродовж плодового періоду розвитку людини продовжується формування структур ротової ділянки. Язик набуває дефінітивної форми, закінчується морфогенез його сосочків. Нижня щелепа стає



кістковою, але розвиток ще не закінчився. Слинні залози майже сформовані, відбувається повна каналізація всіх вивідних проток. Добре виражені кінцеві відділи залоз. Ротова порожнина має щілиноподібну форму. Слизова оболонка в різних відділах ротової порожнини має свої особливості.

Олійник І.Ю., Собко О.В. *

ФОРМУВАННЯ СТРУКТУР ОЧНОЯМКОВОЇ ДІЛЯНКИ В ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра патоморфології,

*Кафедра анатомії людини імені М.Г. Туркевича**

Буковинський державний медичний університет

Сьогодні надзвичайно важливою є розробка основ перинатальної анатомії, оскільки проблема зниження перинатальної захворюваності та смертності не може бути остаточно вирішена без поглибленого вивчення періодів ембріогенезу і раннього фетогенезу, які в більшості визначають подальший розвиток плода та новонародженого (Ю.Т.Ахтемійчук, 2012). Потреба в з'ясуванні морфологічних особливостей розвитку і становлення топографоанатомічних взємозв'язків структур очнояркової ділянки в пренатальному онтогенезі людини є актуальною як з метою вивчення фізіологічної норми, так і диференційної діагностики патологічних процесів (О.В.Собко, І.Ю.Олійник, 2013).

У Зр 4-го тижня ембріогенезу (3,5-5,5 мм ТКД) серед зачатків структур очнояркової ділянки визначаються зачатки очних яблук у вигляді бічних вип'ячувань нервової пластинки, яка вистилає порожнину тієї частини переднього мозкового міхура, з якої диференціюється проміжний мозок. Ці випинання називаються очними міхурцями. На їх рівні визначається локальне потовщення ектодерми у вигляді так званих плакод кришталіків. Плакода кришталіка в центрі згинається, перетворюючись на кришталікову ямку. Очний міхурець і зорова ніжка оточені мезенхімою (Мх), яка простягається від нервової пластинки стінки переднього мозкового міхура до ектодермального покриву головної частини Зр. Прошарок Мх ділянки очних міхурців найбільш товстий. Клітини мезенхіми розташовані рівномірно, визначаються порожнини первинної вени мозку з її притоками. У Зр 5 тижнів (6,0-8,0 мм ТКД) відбуваються синхронні зміни будови очного міхурця і кришталікової ямки. Дистальна стінка очного міхурця наближається до його проксимального відділу, в результаті очний міхурець перетворюється на двостінний келих. Товщина зовнішньої стінки досягає 20-24 мкм, внутрішньої стінки на краях – до 50-55 мкм, посередині – до 100 мкм. Між обома стінками зберігається порожнина півмісяцевої форми, яка завдяки просвіту в зоровій ніжці з'єднується з порожниною проміжного мозку. Випинання стінки очного міхурця в нижньому відділі захоплює і вентральну стінку зорової ніжки. У результаті на ніжці утворюється борозна, яка у кінці 5-го тижня перетворюється на щілину. Спостерігається послідовна інвагінація кришталікової ямки нижче рівня довоколишньої ектодерми з перетворенням її в кришталіковий міхурець. У середині 5-го тижня він зберігає зв'язок з покривною ектодермою завдяки стебелинці кришталіка, яка відкривається на поверхні порою. У кінці 5-го тижня кришталіковий міхурець остаточно відділяється від поверхні ектодерми, занурюється у ложе очного келиха. Краї ектодерми над кришталіковим міхурцем змикаються, над зачатком очного яблука утворюється тонкий однорідний ектодермальний покрив. Отже, у кінці 5-го тижня зачаток очного яблука визначається як окрема структура кулястої форми. Спостерігається значне збільшення Мх пласта каудальніше зачатка очного яблука у зв'язку з формуванням верхньощелепного виступу. Щільність розташування Мх клітин рівномірна. У Зр 7,5-8,0 мм ТКД формуються локальні ущільнення Мх трапецієвидної форми, оскільки задня частина їх вужча, ніж передня. Одне з них представлене 2-3 рядами клітин, які прилягають до бічних і задніх відділів очного яблука; друге – розміщується навколо зорової ніжки. Назване ущільнення Мх є загальною початковою структурою майбутніх ококорухових м'язів. У Мх оточені зачатка очного яблука визначаються судинні лакуни. Їх стінки утворені одним пластом сплюснутих і подовжених клітин, розташованих навколо просвіту з острівцями внутрішньоорганного кровотворення. У товщі недиференційованої Мх головної ділянки Зр на рівні зачатків очного яблука визначаються вузли трійчастого нерва.

На 6-у тижні передньозадній розмір очного яблука Зр досягає 392 мкм (13,0 мм ТКД), поперечний розмір – до 460 мкм. Зачатки очних яблук віддаляються від головного мозку, подовжується зорова ніжка. У середині зорової ніжки визначається звужена порожнина, яка лікоподібно розширюється в місці впадання в порожнину мозку. Мезенхімне ущільнення на рівні середини зорової ніжки стає більш контурованим, у кінці 6-го тижня набуває конусоподібною форми: товщина проксимального його відділу досягає 180 мкм, дистального – 240 мкм. У Зр 8,0-8,8 мм ТКД гілки вузла трійчастого нерва врастають в Мх, яка оточує зачаток очного яблука. Біля очних яблук розташовані дві гілки майбутніх нервів. Краніально розташована – є зачатком очного нерва, який у кінці 6-го тижня досягає ектодерми передньобочкової ділянки головного відділу Зр. Каудальній розташована гілка, яка є зачатком нижньощелепного нерва та наприкінці 6-го тижня простежується до рівня Мх верхньощелепного відростка. Медіокаудальніше від першої гілки трійчастого нерва визначається товстий пучок нервових волокон ококорухового нерва. У Зр 8,8-9,0 мм ТКД він досягає зачатка ококорухових м'язів. Орієнтиром визначення ококорухового нерва на цьому етапі є близьке розташування порожнини первинної головної вени. У Зр 11,0-11,5 мм ТКД в параорбітальній Мх з'являється пучок відвідного нерва, який також розташовується біля головної вени. Нерв спрямований до бічного відділу зачатка м'язів і занурюється в



нього наприкінці 6-го тижня. Блоковий нерв востає в медіальну частину загального зачатка окоорухових м'язів у Зр 12,5-13,0 мм ТКД.

Отримані результати дослідження є актуальними для практичної медицини і можуть бути застосовані в лабораторіях скринінгу морфологічного матеріалу для оцінки міри дозрівання і прогнозування життєздатності організму і діагностики відхилення від нормального розвитку з подальшою їх корекцією. Зачаток ока, як окрема анатомічна структура очноямкової ділянки, визначається наприкінці 5-го тижня внутрішньоутробного розвитку. Впродовж 5-го тижня утворюється загальний зачаток окоорухових м'язів, який є агрегацією (ушільненням) клітин Мх навколо зорової ніжки. Першими в параорбітальну Мх востають очний і окооруховий нерви (Зр 8,0-8,5 мм ТКД), пізніше визначаються пучки відповідного нерва (Зр 11,0-11,5 мм ТКД), наприкінці зародкового періоду – пучок блокового нерва (Зр 12,0-13,0 мм ТКД).

Попович А.І.

КАЛЬЦИНОЗ ПЛАЦЕНТИ (МОРФОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ)

Кафедра патоморфології

Буковинський державний медичний університет

Відкладення солей кальцію (фосфати) в плаценті - це нормальне, фізіологічне явище, і до кінця другого - початку третього триместрів у 50% жінок в плаценті можна помітити відкладення кальцію, на момент пологів у більш ніж 75% випадків, плацента має кальцієві включення.

Кальциноз – це відкладання нерозчинних солей кальцію у різних структурах. У плаценті кальцинати знаходять у базальній пластинці, хоріальних ворсинках, септах.

При пролонгованій чи перенесеній вагітності, або навіть при строківих пологах кальциноз плаценти зустрічається достатньо часто. Тимчасом, подекуди трапляються окремі спостереження кальцинозу при передчасних пологах. Причини такого явища поки що невідомі.

Аналіз даних літератури, присвяченим патоморфологічним дослідженням плаценти, дозволяє зробити висновок, що III стадія зрілості плаценти часто реєструється в пізні терміни вагітності, проте не є загальноприйнятною особливістю її розвитку.

За даними ряду авторів, надлишкове кальцинування плаценти в 60-80% випадків зустрічається при ускладненому перебігу вагітності. Багато дослідників зазначають, що в ряді випадків кальцинована плацента не супроводжується відхиленням у розвитку плоду, включаючи масово-ростові показники, дані кардіомоніторингу і стан при народженні. Найімовірніше поява кальцинатів в структурі плаценти є наслідком багатьох причин, до яких відносяться реакція судин хоріона на гестоз, природний некроз ворсинок при їх старінні, постінфекційні зміни, надлишок кальцію в дієті, переносування вагітності.

Проняєв Д.В.

ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Буковинський державний медичний університет

У джерелах літератури зустрічаються фрагментарні повідомлення про морфогенез і різні природжені вади жіночих статевих органів. Однак, дотепер бракує фундаментальних робіт щодо їх класифікацій та особливостей патоморфології.

Дослідження проведено на 48 плодах людини жіночої статі 81,0-375,0 мм ТКД без ознак патології органів сечової і статевої систем, отриманих внаслідок передчасних пологів від практично здорових жінок або внаслідок абортів за медичними показами з боку матері чи за соціальними показами. Застосовували методи звичайного та тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи, макромікроскопії, морфометрії та схематичного замальовування уроджених вад жіночих статевих органів.

Нами встановлені певні особливості будови і топографії внутрішніх жіночих статевих органів упродовж плодового періоду онтогенезу людини. Зокрема, анатомічними особливостями яєчників плодів людини є їх сегментарна будова та відносно великі розміри. Встановлено, що морфо-метричні параметри правого яєчника дещо переважають над такими лівого, що на нашу думку є нормальним явищем асиметрії розмірів парних органів. Проте, в деяких випадках спостерігається значне (більше 5,5 мм) переважання деяких (наприклад, білатерального розміру) морфо-метричних параметрів правого яєчника над відповідним розміром лівого яєчника, що кваліфікується нами як патологічна асиметрія. Зазначимо, що така асиметрія притаманна не лише яєчникам, але й матковим трубам. Слід зауважити, що інтенсивність процесів опускання правого та лівого яєчників упродовж пренатального періоду онтогенезу є також асинхронною і не закінчується після народження. Нами встановлено виражену асиметрію топографії парних внутрішніх жіночих статевих органів плодів. Проте, синтопічні взаємовідношення яєчників і маткових труб із суміжними органами і структурами справа та зліва у більшості (43) досліджених плодів майже однакові. Так, до передньої та верхньої поверхонь матки, маткових труб та яєчників прилягають петлі тонкої кишки. Своєю задньою поверхнею внутрішні жіночі статеві органи стикаються з сечоводами та клубовими судинами.

Внутрішні жіночі статеві органи в плодовому періоді характеризуються вираженим поліморфізмом та асиметрією, крайні форми яких на нашу думку і є факторами, що можуть призвести до виникнення їх природжених вад розвитку.



Процак Т.В.

СИНТОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТІНОК ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Буковинський державний медичний університет

Дослідження топографо-анатомічних особливостей верхньощелепних пазух (ВЩП) проведено на 40 препаратах верхніх щелеп, черепах і розтинах голови трупів людей зрілого віку методами препарування і комп'ютерної томографії.

Дослідження будови стінок ВЩП показало вона має форму неправильної чотирикутної піраміди, основу якої утворює бічна стінка носа. Верхівка ВЩП проектується на рівні виличного відростка. ВЩП обмежена передньою, верхньою, задньою, присередньою та нижньою стінками. Передня стінка ВЩП розташована між підочноюмковим краєм очної ямки і комірковим відростком верхньої щелепи. На зовнішній поверхні кісткової стінки під підочноюмковим отвором знаходиться іклова ямка, глибина якої дорівнює 5,6-9,0 мм. На одному препараті глибина іклової ямки досягла 12,0 мм, де вона значно впиналась у порожнину ВЩП. Висота передньої стінки пазухи дорівнювала 28,0-34,0 мм. Поперечний розмір її коливався від 18,0 мм до 24,0 мм. Верхня стінка ВЩП утворена очноюмковою поверхнею верхньої щелепи, яка одночасно є нижньою стінкою очної ямки. Пазуха межує з іншими приносними пазухами. Присередній край пазухи топічно визначається на межі між внутрішнім краєм нижньої та присередньої стінок очної ямки. Бічний її край на 20 препаратах відповідав нижній очноюмковій щілині. На 5 препаратах – на 2,0-3,5 мм досередини від нижньої очноюмкової щілини. Найбільш тонкою у порівнянні з іншими стінками була верхня. Її товщина не перевищувала 1,2-1,8 мм. Передня частина верхньої стінки примикала до слъзозової кістки біля верхньої частини носо-слъзозового каналу. У передньозадньому напрямі на верхній стінці ВЩП розташований підочноюмковий канал. На 8 препаратах у задніх двох третинах стінки на місці каналу була виявлена підочноюмкова борозна. На 14 препаратах з боку порожнини ВЩП на верхній стінці виявлялось у передньозадньому напрямі випинання підочноюмкового каналу. На 3 препаратах ВЩП впинається у присередню стінку очної ямки, примикаючи до комірок решітчастого лабіринту і слъзозового відростка піднебінної кістки. Задня стінка ВЩП топічно відповідала верхньощелепному горбу. За верхньою частиною зазначеної стінки розташована крило-піднебінна ямка, в якій знаходяться крило-піднебінний вузол, верхньощелепний нерв, верхньощелепна артерія, венозне сплетення. На 14 препаратах своїм задньовисхідним краєм ВЩП примикала до задніх комірок решітчастого лабіринту. На 2 препаратах вона знаходилась біля стінки клиноподібної пазухи. Нижня стінка ВЩП утворена задньою частиною коміркового відростка верхньої щелепи. Залежно від пневматизації її дно знаходилось на різних рівнях відносно нижньої стінки носової порожнини. Так при середній пневматизації на 9 препаратах дно ВЩП знаходиться на одному рівні з нижньою стінкою носа. На 11 препаратах її дно знаходилось нижче нижньої стінки носа, а на 5 препаратів – вище дна носової порожнини. На препаратах, коли дно ВЩП знаходилось нижче нижньої стінки носа, до неї примикали верхівки другого малого кутнього зуба та першого великого кутнього зуба. На 2 препаратах передня стінка досягала рівня першого малого кутнього зуба, а на одному препараті вона простягалась до третього великого кутнього зуба. Присередня (носова) поверхня ВЩП одночасно утворює частину бічної стінки носової порожнини. У товщі її передньої частини знаходиться носо-слъзозовий канал, який закінчується у нижньому носовому ході під нижньою носовою раковиною. З боку порожнини ВЩП канал утворює невеликий виступ. У ділянці нижнього носового ходу присередня стінка верхньощелепної пазухи представлена лише кістковою тканиною, покритою слизовою оболонкою. Стінка ВЩП у цьому місці була представлена дуплікатурою слизової оболонки. У верхньозадньому відділі півмісяцевого розтвору середнього носового ходу на присередній стінці виявлявся вихідний отвір, який сполучав ВЩП із середнім носовим ходом. Довжина отвору становила від 3,5 мм до 18,0 мм, висота – від 2,5 мм до 6,0 мм. Вверху ВЩП прилягає до решітчастого лабіринту. На 6 препаратах пазуха межує із середніми решітчастими комірками. На 3 препаратах у носову стінку пазухи впинаються задні решітчасті комірочки. Характерним була відсутність кісткової тканини у крайній частині середнього носового ходу. Слизова оболонка повністю вкривала твердий остов стінок ВЩП, де вона щільно була з'єднана з окістям і охрястям. Слизова оболонка розташовувалась на базальній мембрані, вкрита багаторядним циліндричним миготливим епітелієм. У субепітеліальному шарі залози слизової оболонки ВЩП розташовувались окремими рядами, між якими виявлялись ділянки слизової оболонки де залози відсутні. Вертикальний розмір ВЩП коливався від 26,0 мм до 38,0 мм, поперечний – від 20,0 мм до 26,0 мм, передньо-задній розмір – від 27,5 мм до 34,0 мм.

Таким чином, у людей зрілого віку можна відмітити появу випадків стоншення стінок ВЩП, опускання їх дна, зменшення розмірів і об'єму ВЩП.

Руснак В.Ф.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ГЛОТКИ НА ПОЧАТКУ ПЛОДОВОГО ПЕРІОДУ ОНТОГЕНЕЗУ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича

Буковинський державний медичний університет

При макроскопічному дослідженні плодів 82,0-93,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) поздовжній розмір глотки становить 5,05-5,30 мм, краніокаудальні розміри частин відповідно: носової –