

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



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

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

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.
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 Гринчук Ф.В.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Тащук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



З самого початку плодового періоду відмічається помірне, а з другої половини 4-го місяця – інтенсивніше збільшення площі бічної ділянки лицької щічної ділянки у плодів обох статей.

При з'ясуванні характеру взаємовідношення віку, статі, коефіцієнту конституційного типу та площі щічної ділянки нами встановлено, що плодам чоловічої статі притаманний більший діапазон анатомічної мінливості. Так, порівняно з плодами жіночої статі, у плодів чоловічої статі з більшим коефіцієнтом конституційного типу (доліхоморфний тип), інтенсивніше та рівномірне збільшення площі щічної ділянки, більші її абсолютні показники. У плодів чоловічої статі з меншим коефіцієнтом конституційного типу (брахіморфний тип) менш інтенсивне та нерівномірне збільшення площі щічної ділянки та менші абсолютні її показники. Отже, у плодів чоловічої статі брахіморфного типу вища анатомічна мінливість та більш високий ризик виникнення варіантів і вад будови анатомічних структур лицької щічної ділянки.

Таким чином задня межа щічної ділянки у плодів спочатку відповідає проєкційній лінії, яка прямує під прямим кутом від середини нижнього краю тіла нижньої щелепи до точки перетину з лінією, яка з'єднує кут нижньої щелепи і присередній кут ока, а далі йде вздовж цієї лінії до точки перетину її з нижньою горизонтальною лінією. Задня межа бічної ділянки лицької щічної ділянки проходить від зовнішнього слухового отвору до точки перетину під прямим кутом з нижньою горизонтальною лінією. Періодами нерівномірного зростання морфометричних показників бічної ділянки лицької щічної ділянки у плодів обох статей є 4-ий місяць, друга половина 5-го – початок 6-го місяців розвитку. У плодів чоловічої статі порівняно із плодами жіночої статі виявлена залежність динаміки зростання площі щічної ділянки від коефіцієнту конституційного типу. Так, у плодів чоловічої статі брахіморфного типу більш інтенсивне та рівномірне зростання площі щічної ділянки, а у плодів чоловічої статі доліхоморфного типу простежується нерівномірне зростання показників і менші їхні абсолютні значення.

Марчук Ф.Д., Банул Б.Ю., Лютик М.Д.

РОЗВИТОК МАТКОВИХ ТРУБ У 10-МІСЯЧНИХ ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ

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

Морфогенез маткових труб у 10-місячних плодів та новонароджених показав, що права маткова труба розміщена в порожнині великого таза вкрита очеревиною з усіх боків. Загальна довжина правої маткової труби складає $40,5 \pm 1,0$ мм. Загальна довжина лівої маткової труби досягає $39,5 \pm 1,0$ мм. Брижа труб утворена двома листками очеревини, які без чітких меж переходять в пристінкову очеревину стінок великого таза. Вздовж правої труби визначається дев'ять звужень, а вздовж лівої – сім. Торочки обох труб представлені пластинчастими відростками невеликих розмірів.

В цілому маткові труби мають чітко виражений звивистий характер, розташовані горизонтально. Над правою трубою розміщений правий яєчник, а над лівою – лівий. Спереду до труб прилягають петлі клубової кишки. Матка випуклої грушоподібної форми, дещо зміщена ліворуч. Дно і тіло матки розміщені в порожнині великого таза, а шийка – в порожнині малого таза. Довжина матки становить $34,9-48,5$ мм. Особливістю розвитку маткових труб є те, що як правий так і лівий перешийки труб сплюснуті у вигляді пластинок.

У 10-місячних новонароджених ліяка має великий, добре виражений просвіт, заповнений розгалуженими гребінцями. Епітелій слизової оболонки циліндричний, ядра овальної форми, розміщені в різних ділянках клітин. У поодиноких циліндричних клітинах візуалізуються війки. Епітелій відокремлений від власної пластинки базальною мембраною. Просвіт маткової частини труби добре виражений. Ядра клітин світлі, округлої або овальної форми. Під епітелієм розміщується власна пластинка слизової оболонки. Епітелій чітко відмежований від власної пластинки.

Сполучна тканина представлена великою кількістю дифузно розмішених клітин фібробластів та фіброцитів. Ядра світлі. Простір між клітинами заповнений волокнами сполучної тканини. Візуально клітинний компонент пухкої сполучної тканини переважає над волокнистим.

М'язова оболонка сформована міозитами веретеноподібної форми, в центрі яких розміщується видовжене базофільно забарвлене ядро. Міозити формують внутрішній циркулярний та зовнішній поздовжній шари. Між шарами чіткої межі немає. Між міозитами у вигляді тонких пучків розміщуються волокнисті структури сполучної тканини – колагенові волокна.

Наварчук Н. М.

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА НОВОНАРОДЖЕНИХ

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

Череп новонародженого має доліхоцефалічну форму і такі характерні риси: форма і розміри черепа, співвідношення його частин значно відрізняються від черепа дорослої людини; кількість кісток більше, ніж у дорослого; між кістками даху та основи черепа спостерігаються значні прошарки перетинчастої сполучної тканини і хряща.

Зазначається значний розвиток мозкової частини черепа порівняно з лицьовою, що становить 65% поздовжнього розміру голови. Лицьовий череп короткий і широкий, в ньому добре розвинені очні ямки. Це зумовлено тим, що очне яблуко і допоміжний апарат ока добре розвинені та підготовлені для сприйняття світлових подразнень. Верхня щелепа має зачаток гайморової пазухи, малих розмірів. Це в свою чергу впливає



на розміри порожнини носа і носоглотки, які представлені у вигляді вузької щілини. Верхня щелепа ще не повністю сформована – на її передній поверхні в ділянці коміркового краю помітні коміркові виступи, в середині яких знаходяться комірочки із зачатками молочних зубів. Між нижнім краєм очної ямки і зазначеними виступами розташована борозна, у яку відкривається підочноямковий отвір. В передньому відділі твердого піднебіння спостерігається різцевий шов, спрямований поперечно, який являє собою межу між рудиментарною різцевою кісткою і верхньою щелепою. Зачатки верхніх різців розташовані саме в різцевій кістці. Комірковий відросток майже не виражений, його довжина складає $35,0-38,0$ мм. Горб верхньої щелепи не виражений. Нижня щелепа розташована дещо дозадку відносно верхньої, складається із двох половин, з'єднаних тонким сполучно-тканинним прошарком. Комірковий край розвинутий слабо. Його довжина не перевищує $35,0$ мм. Величина нижньощелепного кута – 140° . Гілка нижньої щелепи квадратної форми, висота тіла – $9,0-11,0$ мм. На поперечному перерізі тіло нижньої щелепи має округлу форму. Нижньощелепний канал як такий відсутній. Його дно утворене тонкою пластинкою компактною речовини. Під ним розташований канал, який містить вени. Вхід у даний канал розташований донизу і дозадку від нижньощелепного отвору на відстані $4,0-5,0$ мм від кута нижньої щелепи. Кісткова тканина зовнішнього слухового ходу відсутня і барабанна порожнина зі слуховими кісточками, оточена сполучною тканиною, знаходиться під шкірою.

Очна ямка має форму трикутної піраміди, вхід округлий, діаметр його $25-27$ мм. Верхня і нижня очноямкові щілини широко відкриті. Між кістками, що утворюють очну ямку, розташовуються помітні прошарки сполучної тканини. Зважаючи на поганий розвиток очноямкової пластинки решітчастої кістки, медіальна стінка виражена слабо.

Порожнина носа представлена щілиною висотою 18 мм і шириною 7 мм на рівні нижнього носового ходу; на рівні верхнього – ширина 3 мм. Із середнім носовим ходом сполучається зачаток гайморової пазухи верхньої щелепи. Інші пазухи і комірочки решітчастої кістки відсутні.

Крилопіднебінна ямка виражена добре, має сполучення з п'ятьма широкими каналами.

Глибина скроневої ямки на рівні вилічного відростка 12 мм, що свідчить про те, що в скроневої ямки розташовуються великі й добре розвинені жувальні м'язи.

Багато кісток черепа новонародженого, представлені в дорослому вигляді однією кісткою, складаються з окремих частин.

Між окремими кістками та їх частинами спостерігаються великі прошарки перетинчастої сполучної тканини і хряща – тім'ячка. Прошарки між кістками на основі черепа заповнені хрящем: між пірамідою скроневої кістки і латеральними частинами потиличної кістки; між верхівкою піраміди і тілом клиноподібної кістки; між тілом клиноподібної і потиличної кісток (майбутній схил); між окремими частинами потиличної кістки.

Порожнина рота не велика за розміром і низька, внаслідок малих розмірів щелеп, коротких гілок нижньої щелепи, незначного розвитку коміркових відростків. Склепіння твердого піднебіння майже відсутнє. Передньо-задній розмір твердого піднебіння дорівнює $25,0-28,0$ мм, поперечний – $20,0-25,0$ мм. Поверхня твердого піднебіння має горбистий характер. По середній лінії на слизовій оболонці спостерігається світла полоска, поблизу її задньої частини помітні маленькі білуваті (бонівські) вузлики. Товщина слизової оболонки передніх і бічних відділів більша, ніж у задніх і середніх. Поперечні піднебінні складки розвинуті добре, деякі з них розташовані ближче до середнього піднебінного шва, інші – розповсюджуються на зубні горбки. Кістковий остов піднебіння повністю сформований. Тверде піднебіння знаходиться на відстані $1,5-2,0$ см від очної ямки. М'яке піднебіння розташоване майже в горизонтальній площині, представлене слизовою і підслизовою оболонками та м'язовою основою. Ззаду закінчується язичком. Між піднебінними дужками знаходяться піднебінні мигдалики, вкриті капсулою.

У 9-10 місячних 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.

У новонароджених передньо-задній розмір піднебіння дорівнює $26,0-28,0$ мм, поперечний – $21,0-24,0$ мм. М'яке піднебіння представлено слизовою, підслизовою оболонками і м'язовою основою. Позаду воно закінчується язичком.

Майже всі структури ротової ділянки у новонароджених набувають дефінітивної форми. Морфологічні особливості ротової порожнини новонароджених пов'язані насамперед з актом смоктання. При зімкнутих губах порожнина рота невелика, тому що малі розміри щелеп, відсутні зуби, короткі гілки нижньої щелепи, незначно розвинуті коміркові відростки. Повністю відсутнє склепіння твердого піднебіння. Порожнина майже повністю заповнена язиком, який у даному віці відносно великих розмірів, широкий і короткий.

Назимок Є.В.

СКЕЛЕТОТОПІЯ ТА КРОВОПОСТАЧАННЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ПЛОДІВ ДРУГОГО ТРИМЕСТРУ

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
Буковинський державний медичний університет*

Кількість захворювань органів травлення, зокрема природжених вад, невпинно зростає. Відомо, що структурно-функціональні порушення становлення і розвитку кровеносної системи товстої кишки на різних стадіях онтогенезу призводять до порушення її нормального органогенезу (Бобрик І.І. та ін., 2001). Кровообіг товстої кишки містить декілька слабких точок, таких як точка Гріффіта (Griffith) – в ділянці



селезінкового згину та точка Зудека – в межах сигмоидального сегмента (Bower T.C., 1993). Тому перев'язка нижньої брижової артерії проксимальніше чи дистальніше точки Зудека при резекції сигмоподібної ободової кишки може стати вирішальним моментом у післяопераційному періоді (Shoji V.T. et al., 1994, Farman J., 1995, Van Tonder J.J. et al., 2007). Дослідження проведено на 30 трупах (18 – жіночої статі, 12 – чоловічої) 4–6 місяців (161,0–290,0 мм ТПД) такими методами морфологічного дослідження: соматоскопія, антропометрія, макромікропрепарування, морфометрія, ін'єкція артеріальних судин, рентгенографія. Встановлено, що скелетотопічна проекція сигмоидального переходу впродовж 4–6 місяців змінюється від середини тіла IV поперекового хребця до середини тіла II крижового хребця. У більшості плодів (63,3 %) проекція сигмоидального переходу визначалася на рівні тіла V поперекового хребця. Виявлено два типи кровопостачання сигмоидального сегмента: пристінковий (25 плодів) та позастінковий (5 плодів). Пристінковий тип характеризується наявністю судинних аркад I-го порядку, що з'єднуються вздовж брижового краю сигмоидального сегмента. Судини мають звивистий хід, проникають в кишкову стінку, але не досягають вільного краю сигмоидального сегмента. При позастінковому типі визначаються прямі стовбури артерій (останньої сигмоподібної та верхньої прямокишкової), характер галуження наближається до розсіпного, гілки прямують до передньої та задньої стінок сигмоидального сегмента.

Павлюкович О.В., Бачинський В.Т., Паливода О.Г.
ОСОБЛИВОСТІ ІНТРАДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ ПРИ ГОСТРОМУ МІЄЛОБЛАСТНОМУ ЛЕЙКОЗІ
(СПОСТЕРЕЖЕННЯ З ПРАКТИКИ)

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства
Буковинський державний медичний університет*

У всьому світі набувають більшого поширення злоякісні захворювання крові, зокрема, які в своєму патогенезі призводять до виникнення інтрадуральних гематом, які при неповній та несвочасній прижиттєвій діагностиці, за часто сприймаються як внутрішньочерепні травми із розвитком під оболонковим крововиливів, утруднення лікування даних пацієнтів та збільшенню кількості смертельних випадків.

Метою нашого дослідження слугувала необхідність звернути увагу лікарів судово-медичних експертів та лікарів патологоанатомів на практичний випадок смерті від гострого мієлобластного лейкозу з розвитком дифузних інтрадуральних гематом, як такий, що є поодиноким у практичній діяльності відділу судово-медичної експертизи трупів бюро судово-медичної експертизи, а в значній мірі зустрічаються у практичній діяльності обласних патолого-анатомічних бюро.

Випадок з практики, який досліджувався під час проведення судово-медичної експертизи трупа гр. Д., 1937р.н., у морзі відділу судово-медичної експертизи трупів Чернівецького обласного бюро судово-медичної експертизи із застосуванням гістологічного дослідження останній помер в нейрохірургічному відділенні Лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці 29.10.2013 року.

При візуальному дослідженні кісток скелета черепа на просвіт, виявлено чисельні, дифузно-розташовані, плямисті крововиливи з синюшним відтінком у товщу їх губчастої речовини. Тверда мозкова оболонка гладка, блискуча, з чергуванням ділянок темно-червоного та рожевого кольору, легко відділяється від кісток основи та скелета черепа. Крововиливи в товщу твердої мозкової оболонки, що розташовані між зовнішнім і внутрішнім її листками, плямистого характеру із нерівними краями, інтенсивно-забарвленим центром та нечіткою периферією, переривчастого характеру, множинної хаотичної локалізації з темно-червоним центром та рожево-червоною периферією, представлений рідкою кров'ю. М'яка мозкова оболонка значно набрякла. Борозни та звивини мозку згладжені. Речовина мозку на розрізах з цятковими, дифузними крововиливами в товщу з ознаками набухання. Селезінка розмірами 14,8×9,0×6,5 см, капсула її ціла, напружена, поверхня гладка, тканина на розрізах рожево-вишневого кольору, помірного кровонаповнення, дрябла, дає надмірний зішкріб пульпи.

Під час проведення судово-гістологічного дослідження: Головний мозок – артерії речовини головного мозку нерівномірно кровонаповнені чередуванням ділянок спазмування та розширення, в просвіті еритроцити з чіткими та напівчіткими контурами, забарвлені в помаранчевий колір. Вени спавші, малокровні, в просвіті поодинокі елементи червоної крові. Стінки судин набрякли, стінки дрібних судин місцями інфільтровані недиференційованими лейкозними клітинами. Нейрони різних розмірів, різної форми. Периваскулярні та перичелюлярні простори в речовині головного мозку розширені. Відмічаються вогнищеві та діapedезні крововиливи, в речовині головного мозку, представлені елементами червоної крові, з напівчіткими контурами, частково з домішкою поодиноких елементів білої крові. М'які мозкові оболонки не збережені на протязі препарату. Тверда мозкова оболонка - №1 з лобної ділянки – розшарована, набрякла, містить вогнищеві крововиливи, представлені елементами червоної крові, з напівчіткими контурами, місцями з домішкою поодиноких елементів білої крові. Тверда мозкова оболонка - №3 з лівої тім'яної ділянки – розшарована, набрякла, в клітинах волокон каріолізіс, містить великовогнищевий крововилив, представлений елементами червоної крові, з нечіткими контурами, з домішками елементів білої крові. Враховуючи морфологічні особливості інтрадуральних крововиливів та гістологічну їх картину слід вважати про послідовне їх виникнення, у різні проміжки часу до моменту настання смерті.



Такий вигляд інтрадуральних гематом, обумовлений будовою твердої мозкової оболонки.

Отже смерть гр. Д., 1937р.н. настала у результаті набряку та набухання речовини головного мозку як ускладнення наявного при житті гострого мієлобластного лейкозу з розвитком дифузних інтрадуральних гематом. Вище описаний випадок із практики має великий практичний інтерес з точки зору морфологічних особливостей інтрадуральних гематом, при онкологічних захворюваннях крові, як нетипові, щодо тих які зустрічаються при внутрішньочерепних травмах. Слід пильніше проводити судово-медичні експертизи трупів осіб, що померли у результаті наявних при житті онкологічних захворювань крові, що супроводжуються виникненням оболонкових крововиливів із застосуванням усіх можливих додаткових методів дослідження, проводити їх диференціальну діагностику із внутрішньочерепною травмою.

Попелюк О.-М.В.
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОРГАНІВ ДІЛЯНКИ ШИЇ В ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ
ЛЮДИНИ

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

Дослідження вікових закономірностей розвитку органів і систем людини є важливим напрямком сучасної морфології. Об'єктом дослідження мають бути не окремі органи, а шонайменше органокомплекси і системи як одиниці інтеграції специфічних їх форм та функцій. Розширення анатомічних досліджень у перинатальному періоді розвитку людини є необхідністю, оскільки численні захворювання дітей і дорослих етіологічно пов'язані з внутрішньоутробним періодом розвитку.

Метою дослідження було вивчити динаміку морфогенезу та синтопічної кореляції органів та структур ділянки шиї в період внутрішньоутробного розвитку. Застосування комплексу адекватних морфологічних методів дослідження дало можливість уточнити, розширити та доповнити відомості, які є в доступній літературі з цих питань.

Зародковий період досліджений нами на основі вивчення послідовних гістологічних зрізів 20 препаратів 3,0 – 13,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД), виготовлення графічних та пластичних реконструкційних моделей.

На четвертому тижні внутрішньоутробного періоду розвитку виникає вентральний випин стінки первинної кишки на межі її глоткового (головного) відділу з тулубом. Випин відокремлюється від головної кишки, за винятком його краніальної частини, де зберігається зв'язок між травним і дихальним трактами, свідченням цього є епітеліальна вистилка нижніх дихальних шляхів. У зародків 3,0 – 4,0 мм ТКД передня кишка є верхнім відділом ембріональної кишки, яка зв'язана з головним кінцем тіла зародка, що розвивається. Вона представлена епітеліальною трубкою. В цьому ж періоді спостерігається початок закладки структурних компонентів хребців. Осьова мезенхіма розділена на первинні сегменти соміти, які досить чітко диференціюються на серіях зрізів. Основою скелета є хорда, яка являє собою циліндричний тяж, оточений тонкою безструктурною оболонкою. У зародків 8,0–10,0 мм ТКД формується конденсація склеротомних клітин навколо хорди і нервової трубки, з якої утворюються мезенхімні хребці. Тіла хребців утворюються із краніальної і каудальної частин двох сусідніх склеротомних мас. Міжсегментарні артерії залишаються на рівні тіл хребців, а спинномозкові нерви лежать між хребцями.

У зародків 12,0 – 13,0 мм ТКД вузли нервових сплетень блукаючих нервів розміщені більш краніально у порівнянні із зародками 9,0 мм ТКД. Безпосередньо близько до загальних сонних артерій знаходяться великі стовбури блукаючих нервів діаметром до 130 мкм. Вони віддають гілки верхнього та нижнього гортанних нервів діаметром 36–40 мкм. Бранхіогенна група залоз обмежена зверху верхніми щитоподібними артеріями та верхньогортанними нервами, з боків – судинно-нервовими пучками шиї. В каудальному відділі передньої стінки глотки на рівні відгалуження трахео-легеневого зачатка з'являється парне потовщення мезенхіми у вигляді черпакуватих валиків з дорсально спрямованою вирізкою (майбутній міжчерпакуватий простір) та поперечний валик, які відмежовують вхід у дихальну трубку. В передньому відділі вузької щілини входу в гортань утворюється поперечна складка слизової оболонки – зачаток надгортанника, а вхід у гортань набуває Т-подібної форми. Спостерігається компактна острівцева організація мезенхіми з появою окремих хондроцитів. Просвіт зачатка гортані вистелений одношаровим однорядним епітелієм, проте висота клітин збільшується, що є передумовою формування одношарового дворядного епітелію. Вентральні відростки шийних міотомів, з'єднуючись разом та одночасно поділяючись на пласти, дають початок драбничастим м'язам, з цих же міотомів формуються й інші глибокі м'язи шиї. Грудинно-ключично-соскоподібний м'яз та трапезіоподібний мають спільний зачаток, що з'являється на п'ятому тижні ембріонального розвитку. М'язи, що утворюються з мезодерми зябрових дуг, диференціюються в групу бранхіогенних м'язів. Так наприкінці 5-го тижня з мезодерми першої зябрової дуги біля основи тіла нижньої щелепи виникає зачаток щелепно-під'язикового м'яза, а дещо нижче передне черевце двочеревцевого м'яза. З мезодерми другої зябрової дуги розвивається шило-під'язиковий м'яз, заднє черевце двочеревцевого м'язу та підшкірний м'яз шиї.

Таким чином наприкінці зародкового періоду чіткого відмежування зачатків органів та структур ділянки шиї не спостерігається, оскільки вони оточені спільним шаром мезенхіми, проте визначається їх диференціація та готовність до подальшого розвитку.