

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 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.

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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



синдрому може бути проведення напередодні оперативного втручання «об'ємного навантаження» ізотонічним розчином натрію хлориду із наступним розрахунком показників кліренсу натрію.

**Петринич В.В.**

### **РОЗВИТОК ПОРУШЕНЬ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ ЗА УМОВ ПІДГОСТРОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ МАРГАНЦЮ ХЛОРИДОМ В ЩУРІВ З РІЗНОЮ ШВИДКІСТЮ АЦЕТИЛЮВАННЯ**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Експериментально дослідили в динаміці особливості змін структури поведінкових реакцій в статевозрілих щурів при інтоксикації марганцю хлоридом залежно від швидкості ацетилювання. Експерименти проведено на білих конвенційних аутобредних статевозрілих щурах-самцях, які знаходились на повноцінному раціоні віварію.

Для визначення ацетилюючої здатності тваринам внутрішньоочеревинно вводили водну суспензію амідопірину з розрахунку 20 мг/кг. Упродовж трьох годин у тварин збирали сечу, в якій визначали активність 4-аміноантипірину та N-ацетил-4-аміноантипірину.

За кількістю виділених з сечею метаболітів дослідних тварин було розділено на дві групи: «швидкі» та «повільні» ацетиляторів. Підгостру інтоксикацію моделювали шляхом внутрішньошлункового введення  $MnCl_2$  дослідним тваринам в дозі 50 мг/кг впродовж 28 діб. Евтаназію щурів виконували через 24 год після останнього введення речовин шляхом декапітації. Контролем слугувала інтактна група тварин, яким внутрішньоочеревинно вводили водопровідну воду. З метою оцінки пошкоджуючої дії  $MnCl_2$  з урахуванням типу ацетилювання до початку експерименту та в динаміці інтоксикації (на 7-му, 14-ту, 21-шу та 28-му добу) вивчали показники поведінкових реакцій щурів (горизонтальна рухова активність (ГРА), вертикальна рухова активність (ВРА), норковий рефлекс (НР), емоційна реактивність (ЕР)). Сума даних показників складала інтегральну поведінкову активність (ІПА). Тривалість спостережень за кожною твариною – 3 хв. Оцінку різниці сукупностей вибірки проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при  $p < 0,05$ .

При уведенні щурам  $MnCl_2$  у дозі 50 мг/кг після 7-кратного уведення ксенобіотики вірогідно знизилася ГРА: на 16,5% у «повільних» ацетиляторів та на 19,6% у «швидких». ВРА у «повільних» ацетиляторів зменшилася на 42,8%, у «швидких» – на 29%. НР знизився на 18,4% лише у «повільних» ацетиляторів. ІПА на 7-й день експерименту у «повільних» та «швидких» ацетиляторів відповідно знизився на 21,1% та 19,4%. Вірогідне зниження показників ГРА, ВРА, ІПА порівняно з контрольними групами спостерігалось впродовж всього експерименту та досягнуло максимальних змін на 28-му добу. Так, величина ГРА у тварин із «повільним» і «швидким» типом ацетилювання знизилася на 50,4% та 60,6%, ВРА – на 69,5% та 81,2%, ІПА – на 43,9% та 52,5% відповідно. Водночас величина ЕР не відрізнялася від показника контрольних груп.

При порівнянні між собою показників поведінкових реакцій у тварин з «повільним» та «швидким» типами ацетилювання (лише тих, які вірогідно змінилися при введенні  $MnCl_2$ ), встановлено, що ГРА на 7-му, 14-ту, 21-шу, 28-му добу та ІПА на 14-ту, 28-му добу експерименту були вірогідно нижчими у «швидких» ацетиляторів. ВРА на 14-ту добу, ІПА на 7-му та 21-шу добу у тварин з обома типами ацетилювання також вірогідно різнилися на користь нижчих величин у «швидких», однак така закономірність спостерігалася і у групах контролю.

Отже, за вірогідними змінами поведінкових реакцій (ГРА, ІПА) статевозрілі щурі з «швидким» типом ацетилювання є більш уразливими до підгострої дії  $MnCl_2$  у дозі 50 мг/кг, ніж «повільні» ацетиляторів.

**Ротар В.І, Ротар О.В.\***

### **ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СКЛАДОВИХ СИНДРОМУ МУЛЬТИОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Кафедра загальної хірургії\*  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Досліджували частоту розвитку синдрому мультиорганної недостатності і оцінити вплив складових синдрому на тяжкість стану і летальність хворих на гострий некротичний панкреатит.

Обстежено 113 хворих на гострий некротичний панкреатит (ГНП), із них жінок було 25, чоловіків – 88, віком від 18 до 73 років (середній вік становив  $46 \pm 3,4$  роки). Діагноз ГНП встановлювали на основі анамнезу, клінічної картини, даних лабораторних (амілаза крові і діастаза сечі) та інструментальних (ультразвукового дослідження, рентгенографії та контрастно підсиленої комп'ютерної томографії) методів дослідження. Ступінь тяжкості ГНП оцінювали за шкалою APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) і Ranson. Для визначення органної недостатності (ОН) оцінювали функції дихальної, серцево-судинної системи і нирок за модифікованою шкалою Marshall, неврологічну недостатність за шкалою ком Глазго (ШКГ). Діагностику кишкової (ентеральної) недостатності (ЕН) проводили за клінічними і рентгенологічними ознаками і виділяли три ступеня. У плазмі крові досліджували концентрацією цитруліну (Цт) за методом BodyC.



ОН виявлена в 83 (73,5%) із 113 обстежених пацієнтів із ГНП: у 50 (44,2%) пацієнтів постійна (ПОН) і в 33 (29,2%) – транзиторна ОН. Померли 31 (27,4%) особа із 113 хворих на ГНП. Висока госпітальна летальність спостерігалася тільки серед пацієнтів із тяжким некротичним панкреатитом. Постійна ОН, що враховувалася тільки при тривалості дисфункції органа більше 48 годин, розвилася в 50 пацієнтів I групи, 28 (56%) із них померли; у 33 пацієнтів II групи спостерігалася транзиторна дисфункція одного або двох органів, із них померли тільки 3 (9%); усі 30 пацієнтів з помірним панкреатитом після стабілізації стану переведені в гастроентерологічне відділення.

У структурі летальності переважала дихальна недостатність (ДН): ізольована ДН виявлена у 8 пацієнтів, померли 2 (25%) особи. При поєднанні ДН із неврологічною (НВ) і ентєральною недостатністю (ЕН) летальність підвищувалася до 56,7% і до 85,6% - при асоціації із серцево-судинної (СС) та нирковою недостатністю (НН). Кількість органів із дисфункцією в пацієнтів, що померли, була статистично вірогідно більша, ніж у тих, що вижили ( $3,48 \pm 0,81$  проти  $1,33 \pm 0,44$ ,  $p < 0,05$ ). У хворих, що померли, були вірогідно вищі кількість балів за шкалою APACHE II, вік пацієнтів і лабораторні показники, що характеризують ступінь органної недостатності - гематокрит і креатинін, а цитрулін плазми крові був вірогідно нижчим.

При однофакторному регресійному аналізі встановлено, що основним чинником, який визначає летальність у хворих на ГНП, є кількість органів, залучених у МОН ( $p < 0,01$ ). При цьому кожний окремий синдром ОН також вірогідно ( $p < 0,05$ ) впливав на результати лікування, у тому числі і ентєральна (інтєстинальна) недостатність.

Отже, більша частина летальних випадків при гострому некротичному панкреатиті пов'язана з розвитком мультиорганної недостатності як в ранню, так і пізню фазу захворювання. У структурі летальності переважає дихальна недостатність (67%), майже з однаковою частотою виявляється серцево-судинна (59%), ниркова (56%) і ентєральна (62%) недостатність, що необхідно враховувати при плануванні лікувальних заходів.

**Ткачук О.В.**

### **РЕАКЦІЯ РНК ТИМОЦИТІВ ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ НА ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUZІЙНЕ ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Гострим порушенням церебрального кровообігу належить одне з провідних місць серед ускладнень цукрового діабету (ЦД). Загальноновизнано, що у хворих на діабет поширеність ішемічних інсультів у декілька разів перевищує даний показник у пацієнтів без порушення функції підшлункової залози. Взаємообтяжуючий ефект поєднання цих патологічних станів відомий, але природа його мало вивчена. Одним із її ймовірних механізмів може бути посилення автоімунних розладів. Це обґрунтовує актуальність досліджень, спрямованих на вивчення механізмів порушення аутолерантності при поєднанні ЦД та ішемії-реперфузії головного мозку. Одним із чутливих маркерів неспецифічної реакції тимуса на дію різних чинників є експресія тимоцитами РНК, тому ми поставили за мету вивчити її вміст у клітинах лімфоїдної популяції тимуса тварин із ЦД, ускладненим ішемією-реперфузією головного мозку.

Для моделювання ЦД двомісячним білим лабораторним щурам однократно внутрішньоочеревно вводили стрептозотин (Sigma, США, 60 мг на 1 кг маси тіла). Через чотири місяці в частини щурів із діабетом та в контрольних тварин такого ж віку виконували двобічну каротидну ішемію шляхом кліпсування загальних сонних артерій протягом 20 хв. із наступною реперфузією. Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації під каліпсоловим наркозом на 12-ту добу після моделювання ішемії-реперфузії мозку. Тимус 18 год. фіксували в розчині Буена, після стандартної гістологічної обробки заливали в парафін, готували серійні зрізи товщиною 5 мкм.

Для виявлення РНК зрізи депарафінували, регідрували в нисхідних концентраціях етанолу та зафарбовували галлоціанін-хромовими квасцями по Ейнарсону. Аналіз гістологічних зрізів проводили в системі цифрового аналізу зображення VIDAS-386 (Kontron Elektronik, Німеччина) люмінесцентним мікроскопом AXIOSKOP (Zeiss, Німеччина). У випадково відібраних зрізах кіркової та мозкової речовини тимуса визначали загальний вміст РНК, її концентрацію (в одиницях оптичної щільності,  $E_{opt}$  на  $1 \text{ мм}^2$ ) і дисперсію розподілу. Рівень глюкози в плазмі крові визначали глюкозооксидазним методом, у дослід брали тварин із рівнем глікемії 10 ммоль/л та вище. Отримані результати опрацьовано математично за допомогою пакета прикладних програм «Statistica» («Statsoft», США). Дані представлені у вигляді середніх арифметичних та стандартного відхилення.

Аналіз результатів по вивченню впливу ішемії-реперфузії головного мозку на вміст РНК у тимоцитах показав, що в контрольних щурів дане втручання підвищує сумарний вміст, концентрацію та дисперсію розподілу клітинної РНК у лімфобластах, великих, середніх та малих лімфоцитах кіркової зони тимуса. Характерно, що в клітинах з ознаками деструкції всіх класів, за винятком лімфобластів, також відмічається підвищення даних параметрів. Подібний вплив у даному відділі тимуса справляв і чотиримісячний ЦД, однак слід зазначити, що в усіх досліджених класах клітин приріст вмісту РНК був суттєво нижчим порівняно з тим, що мав місце після ішемії-реперфузії головного мозку в контролі. Такі однозначно спрямовані зміни вмісту РНК у тимоцитах, за умов дії якісно різних чинників, наводять на думку про неспецифічність даної реакції. Двобічна каротидна ішемії-реперфузія в щурів із ЦД спричинила підвищення сумарного вмісту та



концентрації клітинної РНК практично до тих же рівнів, що й в контрольних шурів за даного втручання. Зросли також показники дисперсії розподілу РНК. Проте, беручи до уваги, що це зростання мало місце на тлі вишого, ніж у контрольних тварин, вмісту РНК у клітинах, можна думати про нижчу реактивність клітин тимуса до ішемії-реперфузії за умов ЦД.

Аналіз змін досліджених показників у лімфоцитах мозкової зони тимуса показав дещо іншу картину. Якщо досліджені параметри реакції РНК усіх класів тимоцитів на ішемію-реперфузію головного мозку в контрольних шурів нагадували такі в кірковій зоні, то ЦД призвів до зниження сумарного вмісту та концентрації клітинної РНК в усіх класах незмінених тимоцитів, за винятком лімфобластів, де змін вмісту РНК не виявлено. Концентрація РНК зменшилася також у деструктивних великих та середніх тимоцитах. Незважаючи на нижчі вихідні показники у тварин із діабетом, ішемія-реперфузія головного мозку спричинила зростання вмісту РНК в усіх класах незмінених та деструктивних клітин практично до показників, що мали місце за подібного втручання в контрольних шурів. Отже, сукупний аналіз результатів впливу ЦД та каротидної ішемії-реперфузії на вміст РНК у тимоцитах свідчить, що зміни досліджених показників у кірковій зоні не залежать від характеру втручання, а отже, носять неспецифічний характер. У той же час, у мозковій зоні тимуса ефекти ЦД та ішемії-реперфузії на вміст РНК різноспрямовані.

Враховуючи, що саме тут відбувається формування автотолерантності, можна думати про неоднотипність автоімунних реакцій, спричинених діабетом та ішемією-реперфузією головного мозку. З іншого боку, причиною такої різниці може бути відмінність у строках спостереження (чотиримісячний ЦД та 12-денний термін після каротидної ішемії), однак вирішення цього питання потребує додаткових досліджень.

Отже, у кірковій зоні тимуса чотиримісячний цукровий діабет та ішемічно-реперфузійне пошкодження головного мозку в контрольних шурів і тварин із цукровим діабетом посилюють синтез РНК в лімфобластах, великих, середніх та малих тимоцитах. Цукровий діабет знижує вміст клітинної РНК у тимоцитах мозкової зони. Ішемія-реперфузія головного мозку підвищує вміст РНК у всіх класах тимоцитів даної зони контрольних шурів та тварин із цукровим діабетом.

### СЕКЦІЯ 13

#### ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ

**Бамбуляк А.В., Ткачик С.В.**

#### ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ВЗАЄМВІДНОШЕННЯ ЛОБОВИХ ПАЗУХ ІЗ СУМІЖНИМИ СТРУКТУРАМИ У ГРУДНОМУ ВІЦІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

З моменту народження і першого вдиху дитини розпочинається новий період онтогенезу організму людини. Він характеризується в першу чергу пристосуванням до нового середовища існування та подальшим розвитком органів і систем.

Дослідження становлення і топографо-анатомічних взаємовідношень лобових пазух із суміжними структурами впродовж грудного віку (10 днів – один рік) показало, що просвіт середніх носових ходів дорівнює 2,6±0,1 мм, глибина – 6,2±0,13 мм. Довжина півмісяцевих розтворів не перевищує 8,4±0,13 мм.

Решітчасті пухирі мають 6,0±0,13 мм довжини та 2,6±0,1 мм ширини. Довжина гачкоподібних відростків дорівнює 8,0±0,13 мм, ширина – 2,0±0,1 мм. Вони розташовані косо і донизу в передньозадньому напрямку. Вхід у лобові пазухи знаходиться в ділянці півмісяцевих розтворів. Позаду них знаходяться отвори верхньощелепних пазух.

Ріст лобових пазух продовжується доверху і присередньо до луски лобової кістки. Лобові пазухи дещо більше випинаються доверху на 2,0-2,7 мм, але знаходяться ще на стадії становлення. Вони на всіх досліджених препаратах розміщені вище надочного краю. Вертикальний розмір їх становить 3,0-4,0 мм, поперечний – 2,0-2,6 мм, передньозадній – 10,0-12,5 мм. Від нижнього і середнього носових ходів пазухи розміщені на відстані 3,5-3,6 мм від медіальної стінки очної ямки – 2,0-2,1 мм. Випинання лобової пазухи на досліджених препаратах збільшилося і дорівнює 2,6±0,05 мм. Форма їх наближається до овальної. Нижня стінка пазухи вузька. Присередня її стінка відповідає верхньому носовому ходу і представлена дуплікатурою слизової оболонки. Вона межує із заднім краєм носо-сльозового каналу. Разом з тим, процес становлення пазух продовжується.

Слизова оболонка має товщину 0,5-0,65 мм. Пазухи вкриті високим багаторядним циліндричним епітелієм, в якому добре виражені війки. Ядра його клітин утворюють 3-4 ряди. Товщина епітелію дорівнює 36-40 мкм. Топографічно найбільш поверхнево знаходяться слизові залози та дрібна сітка судин. У зв'язку з пневматизацією лобових пазух спостерігається формування їх слизових залоз. Виявляються уже складні трубчато-альвеолярні залози. Залози субепітеліального шару слизової оболонки пазух розташовані окремими рядами.

Найбільша концентрація залоз спостерігається на присередній стінці пазухи, особливо в місцях отвору пазухи, які межують із залозами слизової оболонки середнього носового ходу. Рентгенографічно в передній проекції пазухи у дітей грудного віку мають грушоподібну форму.



**Батіг В.М., Солтис О.М.**

#### ВИКОРИСТАННЯ СКЛОВОЛОКОННИХ ШТИФТІВ ПРИ РЕСТАВРАЦІЇ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ ЕНДОДОНТИЧНО ЛІКОВАНИХ ЗУБІВ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ

*Кафедра терапевтичної стоматології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Розповсюдженість дефектів коронкової частини зуба внаслідок карієсу, некаріозних уражень та травматичних пошкоджень зубів серед дорослого населення останніми роками має тенденцію до зростання. Зокрема часто зустрічаються випадки значного руйнування коронкової частини зуба при збереженні здорового кореня та не ураженого патологічним процесом періодонта. В таких ситуаціях використання внутрішньоканальних конструкцій дозволяє відновити жувальну функцію на тривалий час, найбільш фізіологічно розподілити навантаження під час прийому їжі, уникнути або послабити патологічні зміни у зубощелепному апараті, при цьому не включаючи у конструкцію поруч розташовані інтактні зуби, тим самим не порушуючи їхню цілісність та естетику.

Мета дослідження - покращення естетичних та функціональних якостей відновлення значно зруйнованої коронкової частини ендодонтично лікованих зубів фронтальної групи з використанням внутрішньоканальних скловолоконних штифтів.

Оглянуто 61 пацієнт віком від 18 до 58 років, які звернулися на кафедру терапевтичної стоматології Буковинського державного медичного університету зі скаргами на естетичний дефект у фронтальній ділянці. Серед обстежених пацієнтів жінок - 34, чоловіків – 27, що у відсотковому співвідношенні відповідно становить 55,74 і 44,26 %.

Клінічне обстеження пацієнтів проводилося за класичними методиками і полягало у детальному зборі скарг, анамнестичних даних, зовнішньому обстеженні та об'єктивному дослідженні зубо-щелепно-лицевої ділянки, був визначений колір зубів, стан прикусу, стан гігієни порожнини рота за допомогою індексу гігієни ОНІ-S (індекс Green-Vermillion) та Федорової – Володкіної, індекси РМА. Отримані дані фіксувалися в медичній карті стоматологічного хворого, затвердженій МОЗ України за формою № 043/0. З метою визначення стану кісткової інфраструктури та стану тканин пародонта проводили радіовізіографічне обстеження зубів, що підлягали реставрації. Був врахований об'єм дефекту, залишок твердих тканин опорних зубів після препарування, стан зубів-антагоністів, стан прикусу та ін.

Відновлення коронкової частини ендодонтично лікованих зубів фронтальної групи виконували з використанням внутрішньоканальних скловолоконних штифтів RelyX™FiberPost фірми 3MESPE та системи Core&Postsystem фірми Detsply з дотриманням рекомендацій фірм-виробників.

Оцінка використання скловолоконних штифтів при реставрації коронкової частини зубів проводилося на основі рентгенологічного контролю одразу після встановлення та через 6 місяців.

Після визначення стоматологічного статусу пацієнтів було встановлено: у 16% обстежених пацієнтів було діагностовано гострий обмежений пульпіт, у 18% - гострий дифузний пульпіт, у 15% - хронічний фіброзний пульпіт, у 9% - хронічний гіпертрофічний пульпіт, у 11% - хронічний гангренозний пульпіт, у 18% - хронічний фіброзний періодонтит, у 13% - хронічний гранулюючий періодонтит. Після ендодонтичного лікування та встановлення скловолоконного штифта було проведено радіовізіографічне обстеження, яке не виявило дефектів прилягання внутрішньоканальної конструкції до стінок кореня зуба.

Таким чином, внутрішньоканальні скловолоконні штифти RelyX™FiberPost фірми 3MESPE та система Core&Postsystem фірми Detsply показали хороші результати в плані прилягання до стінок кореня відновлених зубів, а також відмінні естетичні результати.

**Бернік Н.В., Олійник І.Ю.\***

#### МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПІД'ЯЗИКОВИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ НА 4 – 5 МІСЯЦЯХ ПРЕНАТАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Кафедра патологічної анатомії\*  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Враховуючи надзвичайну значимість для практичної медицини проблеми зниження перинатальної захворюваності та смертності, неможливість її вирішення без поглибленого вивчення періодів ембріогенезу і раннього фетогенезу, які в більшості визначають подальший розвиток плода та новонародженого, нами була опублікована низка робіт [Олійник І.Ю., Бернік Н.В., 2012-2014] з висвітлення певних закономірностей пренатального морфогенезу і становлення топографії під'язикової слинної залози (ПЯСЗ) у зародків та передплідів людини. Продовженням цих досліджень є дослідження морфологічних та антропометричних особливостей ПЯСЗ людини впродовж плодового періоду пренатального онтогенезу.

Метою дослідження було вивчити вікову динаміку змін морфологічних та антропометричних характеристик ПЯСЗ людини у плодів 4–5 місяців внутрішньоутробного розвитку (ВУР).

Досліджено 15 препаратів плодів людини 4–5 місяців ВУР; 81,0–185,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). Вік об'єктів визначали за зведеними таблицями Б.М. Пэттенна (1959), Б.П. Хватова, Ю.Н. Шаловалова (1969). Застосовували методи макроскопії, мікроскопії серій послідовних гістологічних і топографо-