

В группе сравнения частота развития субинволюции матки и гипотонического кровотечения была меньше в 2,5 раза, в сравнении с аналогичными осложнениями в основной группе. При этом, необходимо отметить, что всем женщинам основной группы проводилась антибиотикотерапия (100%). Длительное назначение антибактериальных препаратов в группе сравнения прослежено только в 31 наблюдении (51,7%).

При клиническом обследовании новорожденных церебральная ишемия была диагностирована в основной группе в 100% случаев,

в группе сравнения – в 75%; респираторный дистресс-синдром, в 16,7% и 33,3%, соответственно. Внутриутробные пневмонии выявлены у 12,5% новорожденных основной группы и у 5% – группы сравнения. Внутрижелудочковые кровоизлияния констатированы только у детей основной группы (12,5%; n = 3).

Заключение. ПР с длительным безводным промежутком являются не только фактором риска развития ГСИ в родах и послеродовом периоде, но и способствуют увеличению в 2,5 раза частоты реализации инфекции у новорожденных.

**«Фундаментальные исследования»,
Чехия (Прага), 10–16 мая 2016 г.**

Биологические науки

**ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЕННОГО
УРОВНЯ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ
НА СОДЕРЖАНИЕ ДОФАМИНА
У ПРЕДПОЧИТАЮЩИХ АЛКОГОЛЬ
КРЫС, ИМЕЮЩИХ ГЕНЕТИЧЕСКИ
ДЕТЕРМИНИРОВАННОЕ ИЗМЕНЕНИЕ
ЭКСПРЕССИИ КОРОТКОЙ
ИЗОФОРМЫ D2-РЕЦЕПТОРА**

Ахмадеев А.В.

*Башкирский государственный университет, Уфа,
e-mail: mpha@ufanet.ru*

Целью сообщения является изложение результатов анализа влияния плазменных уровней половых стероидов на содержание дофамина (ДА) в кортикомедиальной и базолатеральной группировках миндалевидного комплекса мозга

у предпочитающих алкоголь крыс. Исследование проведено на двух группах самок предпочитающих (ПА) крыс (общее количество 40) с помощью ВЭЖХ на приборе «Стайер» (Аквилон, Россия) и спектрофотометрического детектора (UVV-104 M). Материал для анализа забирали на стадиях диэструс и эструс. Выявлено, что значимые различия в содержании дофамина имеют место в кортикомедиальном отделе, при этом его содержание больше на стадии диэструс ($t = 2,54$, $p < 0,05$). Полученные результаты следует объяснить большей причастностью этого отдела к регуляции репродуктивных функций (Акмаев, Калимуллина, 1993).

Работа выполнена при финансовой поддержке базовой части госзадания Минобрнауки РФ, тема 1442.

Медицинские науки

**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА**

Мамаджонова Ш.Г., Гальчинская П.С.,
Богданова С.Э., Стуков Н.В., Ульяновская С.А.

*ГБОУ ВПО «Северный государственный
медицинский университет» Минздрава РФ,
Архангельск, e-mail: usarambler78@rambler.ru*

Все слюнные железы являются производными многослойного плоского эпителия полости рта. На втором месяце внутриутробного развития происходит закладка крупных парных слюнных желез: подъязычных, околоушных, подъязычных, а на третьем месяце – малых слюнных желез: губных, щечных, небных. Эпителиальные клетки пролиферируют, их тяжи вырастают в подлежащую мезенхиму с формированием разветвленных эпителиальных тяжей

с расширенными концами, дающими начало выводным протокам и секреторным концевым отделам желёз. Из мезенхимы образуется соединительная ткань. Мезенхима оказывает индуцирующее влияние на эпителий желёз, определяет характер ветвления протоков и направление их роста. Тип слюнной железы детерминируется еще до начала взаимодействия эпителия с мезенхимой.

К моменту рождения слюнные железы сформированы не полностью, их дифференцировка завершается от 6 месяцев до 2 лет жизни. Рост и развитие слюнных желез продолжают до 16-20 лет, при этом изменяется и характер вырабатываемого ими секрета: например, в околоушной железе в течение первых лет жизни продуцируется слизистый секрет, с 3 лет он становится серозным.

Масса околоушной железы уменьшается в 30 лет составляет 23 г, в 60-70 лет – 19 г, в более пожилом возрасте – 15 г. Известно, что средний объем слюнных желез у мужчин больше, чем у женщин во всех возрастных группах. Признаки возрастной инволюции желёз появляются после 40 лет. В пожилом и старческом возрасте появляются изменения в концевых отделах и в выводных протоках, что приводит к уменьшению общего объема желёз примерно на треть. Концевые отделы с возрастом становятся переменными по размерам, форме, в их клетках уменьшается содержание секреторных гранул, и нарастает активность лизосомального аппарата. При старении в 1,5-2 раза снижается относительный объем клеток концевых отделов, происходит их атрофия и замещение волокнистой соединительной тканью. Редуцируются, как правило, белковые концевые отделы. Слизистые отделы увеличиваются в объёме и накапливают секрет. В околоушной железе к 80 годам, как в раннем детстве, обнаруживаются преимущественно слизистые клетки. В стенках протоков часто обнаруживаются проявления дегенерации и атрофии, сокращается содержание камбиальных элементов и снижается способность желез к регенерации. В просвете неравномерно расширенных междольковых выводных протоков нередко обнаруживаются конкременты, они имеют оксифильную окраску и слоистое строение, содержат соли кальция. Мелкие конкременты часто обнаруживаются в паренхиме и протоках больших и малых слюнных желёз (1,2%), что не считается признаком патологии. Напротив, образование крупных конкрементов (слюнных камней), вызывает нарушение оттока слюны и является патологией, называемой слюнокаменной болезнью или сиалолитиазом. После 30 лет в слюнных железах встречаются клетки – онкоциты, которые присутствуют практически у всех людей старше 70 лет. Они располагаются по одной или группами, часто в центре долек, в концевых отделах, в исчерченных и вставочных протоках. Для них характерны

большие размеры, полигональная форма, резко оксифильная зернистая цитоплазма, небольшое округлое везикулярное или пикнотическое ядро. При электронно-микроскопическом исследовании в цитоплазме онкоцитов определяется огромное количество митохондрий, заполняющих большую часть объема клетки. Митохондрии часто содержат пакет плотно упакованных и изогнутых крист. Онкоциты слюнных желез могут давать доброкачественные и злокачественные опухоли.

С возрастом увеличивается количество стромы и коллагеновых волокон в ней. В междольковых прослойках нарастает количество адипоцитов, которые в дальнейшем могут появляться в дольках желёз, замещая концевые отделы. Этот процесс наиболее выражен в околоушной железе, при старении в ней порядка 50% концевых отделов замещается жировой тканью, перидуктально и субэпителиально наблюдаются очаговые и диффузные скопления лимфоидной ткани. Вышеописанные процессы происходят и в больших, и в малых слюнных железах. Слюнные железы функционируют с рождения, но сначала секреция слюны незначительна. С 20-24 недели постнатальной жизни слюноотделение усиливается до физиологического слюноотечения. После 12-14 лет секреторные процессы в слюнных железах протекают очень интенсивно, что обусловлено гормональной перестройкой организма. После 60-70 лет происходят атрофические процессы в железистых отделах, что приводит к развитию сухости слизистой оболочки полости рта. Протоки слюнных желез расширяются, содержат десквамированный эпителий, в эпителии наблюдаются явления уплощения, деформации ядер, их уменьшения и пикноза. Уменьшается диаметр выводных протоков желез. В междольковых и внутривидольковых артериях поднижнечелюстных слюнных желез наблюдаются склероз и гиалиноз, что приводит к ухудшению кровообращения, атрофии и гипосекреции, происходят качественные изменения слюны.

Психологические науки

СПЕЦИФИКА ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

¹Харламова Т.М., ²Тухфятуллова К.А.

¹Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, Пермь,
e-mail: tanyahar@yandex.ru;
²МАОУ СОШ 118, Пермь

Проблема сохранения психического здоровья детей школьного возраста продолжает оставаться одной из самых актуальных как для на-

уки, так и общества в целом. Данная тенденция во многом объясняется интенсивностью переживаемых школьниками эмоциональных стрессов, связанных с процессом обучения, а также ростом количества детей, нуждающихся в особом подходе к их психолого-педагогическому сопровождению. Одной из наиболее многочисленных категорий таких «особых» детей являются школьники с задержкой психического развития (ЗПР), подверженные повышенной тревожностью. Их поведение отличают частые проявления беспокойства, чувствительность к личной