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 вариабельными 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 оксифильноую 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 слюнотечения. 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 внутридольковых 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

[1]Харламова Т.М., [2]Тухфятуллова К.А.

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

Проблема сохранения психического здоровья детей школьного возраста продолжает оставаться одной из самых актуальных как для науки, 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 тревожности. Их поведение отличают частые проявления беспокойства, чувствительность к личной

неуспешности в социально значимых сферах, в том числе образовательной. Интенсивные тревожные состояния деструктивно влияют на процесс школьной адаптации, что ведет к снижению успеваемости и уровня самооценки ребенка, повышает его фрустрированность, создает предпосылки для формирования девиантного поведения и т.д. (А.А. Абашкина, 2013; Н.П. Кондратьева, 2002; С.Н. Троценко, 2012; О.В. Фролова, 2001; А.А. Яковлева, 2015; и др.). Целью нашего исследования стало изучение специфики тревожности детей школьного возраста с задержкой психического развития. В качестве испытуемых выступили учащиеся вторых, третьих и шестых, седьмых классов МАОУ СОШ № 118 г. Перми, разделенные на две равные выборки. Для обследования младших школьников были применены методики диагностики уровня школьной тревожности Б.Н. Филлипса и Р. Тэммла, В. Амена, М. Дорки. Для подростков, соответственно, также тест Филлипса и шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина. Тестовый материал и диагностическая процедура были адаптированы к возрастным и психологическим особенностям испытуемых. Получены следующие данные. У младших школьников в большей степени, чем у подростков (по тесту тревожности Филлипса), выражены показатели общей школьной тревожности, страха не соответствовать ожиданиям окружающих и страха ситуации проверки знаний. Можно предположить, что тревожность учащихся начальных классов в значительной степени детерминирована негативными эффектами включения их в школьную жизнь, приоритетной ориентацией на мнение значимых взрослых в оценке их знаний, достижений, возможностей, поступков, мыслей и т.д. В числе причин обозначенных деструкций – незавершенность процесса формирования представления о школе, особенностях учебной деятельности, иерархических компонентах взаимоотношений со сверстниками и др. Также младшие школьники зависят от мнения окружающих, но к концу рассматриваемой образовательной ступени эта зависимость в норме должна уменьшиться. Результаты диагностики по проективному тесту Р. Тэммла, В. Амена, М. Дорки дополняют полученную картину – учащиеся начальных классов с ЗПР имеют высокий уровень тревожности (индекс тревожности более 50%). Соответственно, у подростков с задержкой психического развития, в большей степени, чем у младших школьников (по Филлипсу), выражены показатели фрустрации потребности в достижении успеха, переживания социального стресса и низкой физиологической сопротивляемости стрессу. Очевидно, на данном этапе онтогенеза дети оказываются в ситуации психологической депривации, что препятствует их самореализации в плане достижения высоких учебных результатов, вносит диссонанс в развитие социальных контактов (прежде всего – со сверстниками), нагнетает стрессовое состояние. Деструктивная личностная тенденция во многом детерминирована низкой физиологической сопротивляемостью стрессу, что снижает адаптивность подростков к ситуациям стрессогенного характера, повышающим вероятность неадекватного, асоциального реагирования на тревожные факторы среды. Также следует учитывать другие психофизиологические особенности возраста, проблемы личностной нестабильности и т.п. Результаты обследования подростков по методике Спилбергера-Ханина позволяют утверждать, что у испытуемых в значительной степени выражены показатели реактивной тревожности, которая характеризует состояние человека в настоящий момент времени, проявляется напряжением, беспокойством, может вызывать нарушение внимания, снижение работоспособности, повышенную утомляемость и быструю истощаемость.

Сформированный нами диагностический комплекс и полученные на его основе эмпирические данные могут быть применены в процессе психологического сопровождения и коррекции проблем детей с задержкой психического развития.

Филологические науки

О НЕКОТОРЫХ ОБЩИХ ХАРАКТЕРИСТИКАХ ДИСКУРСА НЕПОЛНОЦЕННОСТИ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Пташкин А.С.

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский политехнический университет», Томск, e-mail: pt.alexandr@gmail.com

Дискурс определяется автором как определенное единство, характеризующееся семантической когезией. Автор поддерживает идею некоторых исследователей о том, что дискурс отличается от текста и речи наличием понятия сознания. Рассматриваются отдельные параметры дискурса неполноценности в рамках медицинского дискурса. Медицинский дискурс определяет характер темы, подтемы, методов в данной сфере. Лексический уровень дискурса неполноценности в английском языке представлен медицинскими и общегуманитарными терминами. Частотность употребления лексики из общенаучной или медицинской сфер в рамках дискурса неполноценности зависит от типа представленной