

ной мышце, у заднего края которой она прилежит к подъязычной железе, будучи отделена от нее только фасцией. Нижний край железы прикрывает заднее брюшко двубрюшной мышцы и шилоподъязычную мышцу. Вверху задний край железы вплотную подходит к околоушной железе и отделен от нее фасциальной капсулой. Железа имеет неправильную овоидную форму, состоит из 10-12 долек. Имеет передний отросток, простирающийся кпереди, в щель между задним краем челюстно-подъязычной и подъязычно-язычной мышцей. Собственная фасция шеи образует фасциальный футляр для поднижнечелюстной слюнной железы. Выводной подчелюстной проток отходит от переднего отростка над челюстно-подъязычной мышцей. Далее он идет под слизистой оболочкой дна полости рта вдоль внутренней поверхности подъязычной железы и открывается на подъязычном сосочке за резцами, вместе с протоком подъязычной железы (М.Г. Привес с соавт., 2004, А.С. Оправин, С.А. Ульяновская, 2011).

Поднижнечелюстная железа это железа смешанной секреции. По сравнению с околоушной слюнной железой междольковые перегородки менее выражены (слабо выраженная дольчатость). Зато внутри долек лучше выражены прослойки рыхлой волокнистой соединительной ткани. Концевые отделы железы бывают двух типов: белковые и смешанные (белково-слизистые). Преобладают белковые концевые отделы (около 80% от всех концевых отделов). Смешанные концевые отделы крупнее белковых и состоят из сероцитов, мукоцитов и миоэпителиальных клеток лежащих на базальной мембране. В смешанных концевых отделах белковые клетки в виде полулуния, серпа или колпачка, получившие название в честь автора открывшего их - полулуния Джиа-нуцци окружают слизистые клетки. Снаружи от полулуний располагаются миоэпителиальные клетки. Вставочные протоки подчелюстной железы мене разветвленные и более короткие по сравнению с околоушной железой. Исчерченные протоки очень хорошо развиты, они длинные и

сильно ветвятся. В них часто встречаются сужения и баллонообразные расширения. Выстилающий их цилиндрический эпителий с хорошо выраженной базальной исчерченностью содержит желтый пигмент. Среди клеток при электронной микроскопии различают несколько типов: высокие темные, высокие светлые, мелкие треугольной формы и клетки, имеющие форму бокала. В базальной части высоких клеток на боковых поверхностях расположены многочисленные цитоплазматические выросты между соседними клетками. Гранулы содержат трипсиноподобные протеазы. Синтез секрета идет не циклически. Как установлено, эндокринные функции слюнных желез (выделение инсулиноподобного вещества и других) связаны с этими отделами.

Внутридольковые и междольковые выводные протоки подчелюстной железы, залегающие в соединительнотканых перегородках, выстланы сначала двухслойным, а затем многослойным эпителием. Главный выводной проток этой железы открывается рядом с протоком парной подъязычной железы на переднем крае уздечки языка. Иногда он бывает соединен с протоком большой подъязычной железы. Его устье выстлано многослойным плоским эпителием. В отличие от общего выводного протока околоушной слюнной железы, вартонов по мере приближения к устью формирует выпячивания (дивертикулы). Главный выводной проток подчелюстной железы разветвлен сильнее, чем проток околоушной. В его стенке могут встречаться гладкие миоциты (В.Л. Быков, 1996).

Слюнные железы играют важнейшую роль в обеспечении нормального состояния полости рта человека. Изучение морфологии поднижнечелюстных слюнных желез актуально и представляет практическую ценность. Выявление закономерностей развития больших слюнных желез может быть полезно как для фундаментальных наук, так и для клинической медицины для разработки мероприятий по предупреждению и лечению целого ряда заболеваний органов пищеварительной системы (А.С. Оправин с соавт., 2013).

**«Качество жизни больных с различными нозологическими формами»,
Маврикий, 17-24 февраля 2015 г.**

Психологические науки

ИЗУЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Судилова Н.Н., Киселева С.Л., Андреева А.С.

Смоленский государственный университет,
Смоленск, e-mail: Sergey.Sudilovskiy@ppdi.com

Любое заболевание, независимо от того, какова его биологическая природа и какие функ-

циональные системы им поражены, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Болезнь является событием в жизни человека, способным изменить ее течение, заставить его по-новому взглянуть на собственную жизнь, ее смысл, себя самого. Известие о заболевании вирусным гепатитом это всегда сильный стресс. Тяжесть психологического шока в большой степени определяется с одной стороны пугающей, неструктурированной информацией

о гепатите, которая обрушивается на человека, с другой – от индивидуальных психологических особенностей личности.

Отражение болезни в переживаниях человека принято определять понятием внутренней картина болезни (ВКБ) (1). Это понятие объединяет в себе все то, «что чувствует и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (1).

Субъективное отношение к болезни формируется на базе множества факторов, которые можно объединить в следующие группы: социально-конституциональную и индивидуально-психологическую. Под социально-конституциональными параметрами понимается влияние пола, возраста и профессии человека, под индивидуально-психологическими – свойств темперамента, особенностей характера и качеств личности.

Исходя из вышесказанного нам показалось интересным изучить личностное реагирование пациентов на сообщение о выявлении у них вирусного гепатита С и провести оценку изменений внутренней картины болезни после проведения курса противовирусной терапии гепатита С.

В исследование было включено 35 пациентов состоящих на учете в отделении клинической фармакологии ОГУЗ СОКБ г. Смоленска с диагнозом «Хронический вирусный гепатит С» в возрасте от 18 до 56 лет, из них 22 пациента не получали противовирусную терапию и 13 – получили курсовую терапию двумя противовирусными препаратами.

Для оценки личностного реагирования на болезнь нами были использованы:

- метод психологической диагностики отношения к болезни ТООБЛ (2);
- методика определения показателей ситуативной и личностной тревожности Спилберга-Ханина.

В результате проведенного исследования были получены следующие результаты:

- В группе пациентов не получавших противовирусную терапию при психологической диагностике отношения к болезни (ТООБЛ) – у 8 пациентов (36,5%) выявлен гармоничный тип отношения к болезни при котором проводится оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть. При этом у пациентов нет недооценки тяжести болезни и есть стремление во всем активно содействовать успеху лечения, облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания у пациентов было отмечено переключение интересов пациентов на те области жизни, которые останутся им доступными, сосредоточение на своих делах и заботу о близких. При этом

в 27,3% случаев был выявлен анозогностический, а в 22,7% случаев – эропатичный тип отношения к болезни при которых отбрасываются мысли о болезни, вплоть до ее отрицания или отмечается стремление уйти от болезни в работу и выражено избирательное отношение к лечению.

При исследовании показателей ситуативной и личностной тревожности у пациентов этой группы в большинстве случаев (86%) была выявлена умеренная личностная тревожность, при которой наблюдаются выраженные признаки психоэмоциональной неустойчивости и сниженная стрессоустойчивость. При этом в 59% случаев была отмечена высокая реактивная тревожность, которая предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности.

- В группе пациентов получивших противовирусную терапию при психологической диагностике отношения к болезни (ТООБЛ) в большинстве случаев (61,5%) наблюдался анозогностический (эйфорический) тип отношения к болезни при котором у пациентов имело место отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. У них отмечалось необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению, желание продолжать получать от жизни все то, что было до болезни. Они легко нарушали режим и рекомендации врача.

При исследовании показателей ситуативной и личностной тревожности у большинства пациентов этой группы (65%) была выявлена низкая ситуативная тревожность, при которой требуется пробуждение активности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач. В 35% случаев – у пациентов отмечалась умеренная личностная тревожность, при которой наблюдается выраженная психоэмоциональная неустойчивость и снижение стрессоустойчивости.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. В группе пациентов не получавших противовирусную терапию психологическое сопровождение необходимо и должно быть направленно на формирование психоэмоциональной устойчивости и адекватной стрессоустойчивости.

2. В группе пролеченных пациентов психологическое сопровождение также необходимо и должно быть направленно на снижение субъективной значимости ситуации и переноса акцента на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

Список литературы

1. Лурия Р.А. Основы нейропсихологии. – М.: Издательский центр, 2003. – 384 с.
2. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева / под ред. д.м.н., профессора Л.И. Вассермана. 2005. – С. 31.