

ском гематологическом анализаторе (Advia- 60) с использованием контрольных материалов по контролю качества. Полученные результаты показали, что количество лейкоцитов, эритроцитов, моноцитов, гранулоцитов, а также концентрация гемоглобина с возрастом увеличивается при изначальной более низкой концентрации данных показателей соответственно на 1,0 %, 1,5 %, 1,89 %, 2,79 %, 2,0 % у молодых особей. Количество лимфоцитов с возрастом наоборот снижается на 1,24 % [4]. С учетом выше изложенного следует, что понятие нормы это не есть что- то застывшее, не подвергающее изменениям в процессе жизни живого. Норма это мера реальной действительности с учетом возраста, пола при исключении внешних факторов, влияющих на определенные показатели крови.

#### Литература

1. Бышевский А. Ш. Биохимия для врача /А. Ш. Бышевский., О. А. Терсенов/ Екатеринбург 1994.- 383 с.
2. Меньшиков В. В. Лабораторные методы исследования в клинике / В. В. Меньшиков., Л. П. Делекторская., и др.; Под ред. В. В. Меньшикова.- М.: Медицина. 1987.-368 с.
3. Мейл Д. Иммунология / Д. Мейл, Дж. Бростофф, Д. Б. Рот, А. Ройт/ Пер с англ.- М.: Логосфера, 2007.- 568 с.
4. Трахтенберг И. М. Показатели нормы у лабораторных животных в токсикологическом эксперименте.[Текст] / И. М. Трахтенберг- М.: Медицина 1978- 175 с.

*С.В. Буторина, О.А. Львова*

## **ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА «Я» И ОБРАЗА МИРА У ДЕТЕЙ С ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

По данным ВОЗ около 60 тыс. человек ежегодно погибают от ожогов, при этом 25% из пострадавших составляют дети. По тематике термического поражения имеется многочисленная литература, которая преимущественно отражает результаты исследований, проводимых комбустиологами, хирургами и реаниматологами. Нарушение функционирования центральной нервной системы, как осложнение ожоговой процесса, отмечают все без исключения специалисты, занятые этой проблемой. Термическое поражение является экстремальной ситуацией, приводящей человека в любом возрасте к травматическому кризису. Ожоговая болезнь является по существу непрерывной цепью психотравмирующих ситуаций, причиной

физических и психических страданий и почвой для возникновения психогенных расстройств [2, 5, 6]. Вне зависимости от тяжести поражения существенно страдает базовое чувство безопасности человека, может развиваться болезненное состояние травматического и посттравматического стресса, расстройство адаптации, другие невротические и психические расстройства [4]. Знания о социальном мире закладываются с детства и развиваются по мере приобретения ребенком социального опыта. К сожалению, этот опыт может быть связан с травмой.

В социальной психологии тема восприятия социальной информации пострадавшими от ожогов детьми не изучена. Однако невозможно оставить без внимания тот факт, что ребенку, получившему ожоговую травму, неизбежно приходится сталкиваться с изменениями своего тела. Как травмированный ребенок работает с социальной информацией? Как им осознается собственный образ и восприятие этого образа партнером по общению? Как такой пациент конструирует окружающий мир? Методы социальной психологии позволяют не только ответить на поставленные вопросы, что важно для адаптации страдающих от ожогов детей, но и оказать им помощь в совладении с новой и сложной социальной ситуацией, в созидании осмысленного способа своей жизни [1].

**Материалы и методы.** Нами была предпринята попытка изучения особенностей восприятия образа «Я» и образа окружающего мира детей, страдающих ожоговой болезнью. Исследование посвящено реконструкции категориальных структур обыденного, житейского сознания, опосредующих восприятие и осознание себя и мира пострадавшими от ожогов детьми, эксплицируемых с помощью метода психосемантики.

В дополнение к основному методу личностного семантического дифференциала нами были использованы качественные методы психологического исследования: методика исследования самооценки по методике Дембо – Рубинштейн (модификация П.В.Яншина с элементами клинической беседы) и методика «рисунок несуществующего животного». Респонденты оценивали образы с помощью 21 шкалы – дескриптора по 7-бальной шкале, от -3 до 3. Индивидуальные ответы респондентов суммировались в групповые матрицы данных по выделенным группам и затем подвергались процедуре корреляционного анализа и факторного анализа с целью построения профилей восприятия образов, схем корреляций образов, аналитической модели образов мира и «Я» у разных групп испытуемых. Обработка данных, полученных с помощью метода семантического дифференциала, осуществлялась с помощью стандартной программы SPSS14. Первичный анализ проводился сравнением полученных профилей заданных образов. Далее, проводился анализ полученных матриц корреляции образов (коэффициент корреляции Пирсона). Проводилось построение схем взаиморасположения образов в личностном семантическом пространстве. И, наконец, в окончательном выводе использовались данные факторного анализа. Обработка результатов, полученных проектив-

ным методом, проводилась качественными способами. В заключительных выводах объединялись аналитические данные, полученные количественными и качественными способами.

**Результаты и обсуждение.** Для проведения исследования нами была сформирована выборка из 30 детей с 7 до 15 лет: 22 мальчика и 8 девочек. В целом, при оценке нервной системы в восстановительном периоде болезни, показано, что, несмотря на стабилизацию местного процесса и улучшение соматического статуса, очаговая неврологическая симптоматика, отличалась негрубым характером, но существенной торпидностью проявлений, начиная с острого периода болезни. Ведущим расстройством оставался астенический синдром – 73,3%, который имел четкую связь с соматическим состоянием и нередко приводит к социальной дезадаптации больных. Судорожный синдром, появившийся в остром периоде, стойко прослеживался в дальнейшем по всем периодам болезни, и привел к формированию эпилепсии у каждого десятого пациента. Анализ сведений, полученных при проведении ЭЭГ-исследования выявил неспецифичность паттернов, типичных для диффузного органического поражения церебральных структур: стертость региональных и возрастных топических различий, медленная активность дельта- и тета-диапазона (преимущественно в височных и теменных областях), гиперсинхронизация, отдельные пики невысокой амплитуды, единичные острые волны.

Разделение на группы производилось на основании давности травмы (группу 1 составили дети с травмой, полученной не более одного года назад, и группа 2 - более 1 года назад), площади ожога (группа 3 сформирована из пациентов с ожогом менее 18% и группа 4 - от 20 до 80%), локализации ожога (группа 5 состояла из больных с ожогами на косметически незначимых участках тела и группа 6 – с локализацией на открытых участках тела и лица).

В результате проведенного анализа нами были выделены конструкторы, дающие представление о восприятии образов социального окружения обожженных детей.

В группе детей, получивших травму не более 1 года назад, были выделены 4 значимых фактора – «Привлекательный для общения - Зависимый», «Созидающий - Не надежный», «Лидирующий - Дезорганизующий», «Отважный - Пассивный». В то время как во второй группе (пациенты в периоде отдаленных последствий) этот конструктор имел 3 значимых фактора – «Дающий защиту - Беспомощный», «Помогающий» и «Самоуверенный - Беспомощный».

В группе детей с ожогами небольшой площади (от 3 до 18% тела) отмечены 4 значимых фактора - «Приятный для общения», «Самоуверенный», «Толерантный - Бессильный», «Уравновешенный». В группе детей с площадью ожога 20-80% таких факторов зафиксировано пять: «Надежный - Зависимый», «Созидающий - Закрытый», «Самоуверенный», «Исполнительный» и «Заискивающий».

Пациенты с ожогами косметически незначимых участков тела показали следующие четыре значимых фактора - «Созидающий», «Помогающий - Беспомощный», «Внушающий доверие – Расслабленный», «Самоуверенный». При локализации ожогов на косметически значимых участках тела и лица были выделены такие факторы, как: «Надежный друг», «Внушающий доверие - Дезорганизирующий», «Поддерживающий - Апатичный», «Отважный - Беспомощный».

При исследовании самооценки пациентов детского возраста с ожоговой болезнью нами зарегистрировано, что во всех группах подавляющее большинство детей неудовлетворены собой по косвенным индикаторам, хотя более половины детей по прямым индикаторам заявляют нормальную или повышенную самооценку. Соотношение показателей удовлетворенности собой и уровень оптимизма представлены на рис.1 и 2.

Во всех группах детьми чаще всего использовалась дезинтеграция осознанного и неосознанного уровней самооценки, при этом в каждой группе выявлен хотя бы один ребенок, который справляется с проблемой, возможно, более зрелыми способами. Встречаемость остальных видов компенсаторных механизмов распределилась следующим образом. В группах 1, 3 и 6 чаще использовались защитные механизмы по типу парциальной компенсаторной потере критичности и инфляции мечты. В группах 2 и 5 инфляция мечты также выходит на первое место и помогает сохранности «Я». Такие компенсаторные механизмы, как неадекватно завышенная самооценка с признаками нарушения критичности, вытесняемая неудовлетворенностью собой, механизм борьбы с депрессией, использовались детьми редко.

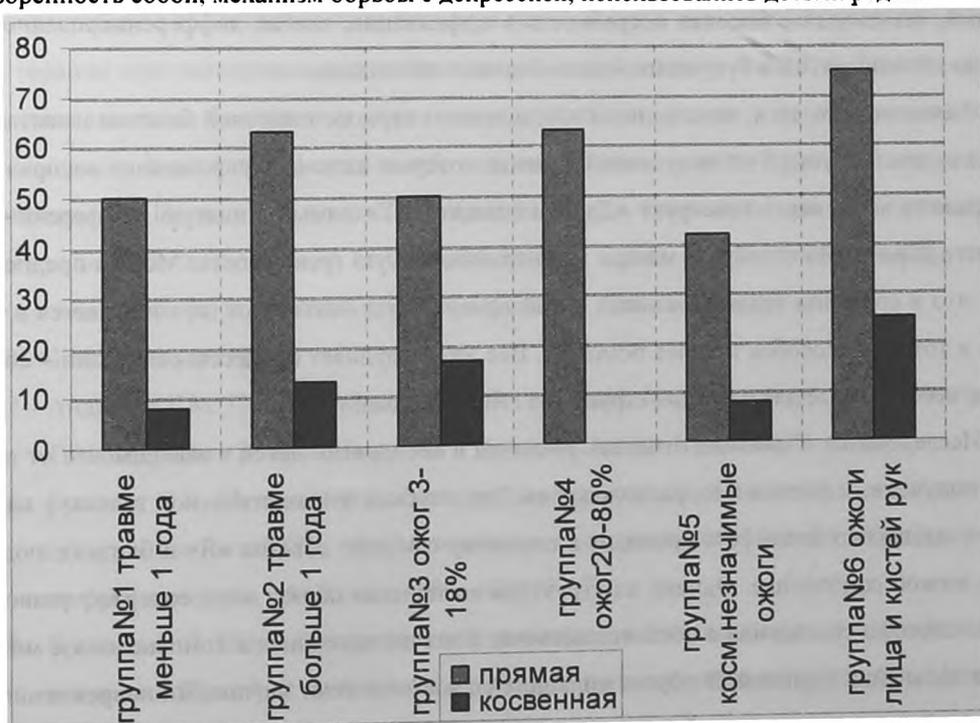


Рисунок 1. Степень удовлетворенности собой по прямым и косвенным показателям

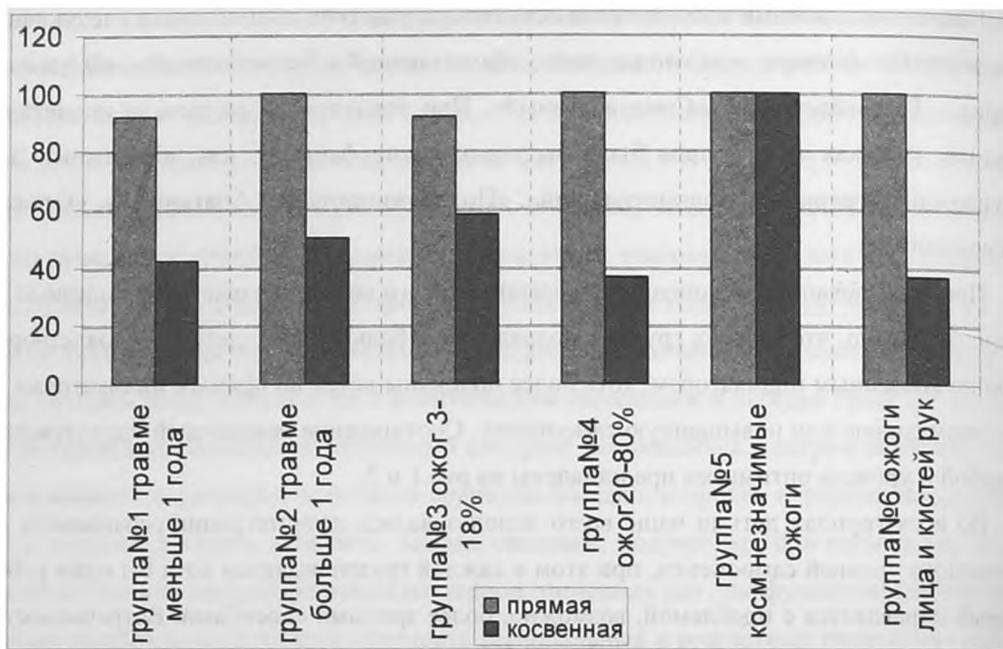


Рисунок 2. Уровень оценки оптимизма по прямым и косвенным показателям

Таким образом, по результатам проведенного исследования показано, что общей особенностью социального восприятия больных, пострадавших от ожоговой болезни в детском возрасте, независимо от давности, площади и расположения кожного дефекта, является наличие когнитивного конструкта «Привлекательный для общения, дружбы, игры – беспомощный, зависимый», высокая потребность в аффилиации, слабая дифференцированность образов «Я сейчас», «Я в будущем», «мама», низкая самооценка.

Выявлено, что дети, находящиеся в отдаленном периоде ожоговой болезни испытывают значительный ущерб от полученной травмы, который включает упрощенное восприятие социального мира через конструкт «Дающий защиту - Уязвимый», низкую дифференцированность образа «Я» от образа матери и генерализованную тревожность. Можно предположить, что в сознании травмированных детей присутствует только тот, кто нуждается в помощи и тот, кто способен и хочет помогать. Все это затрудняет процессы сепарации – сближения, необходимые для развития структуры «Я» у ребенка.

Исследование позволило отметить различия в восприятии детей в зависимости от площади полученных ожогов и их расположения. Так, глубина психологической травмы у пациентов с площадью более 20% приводит к плотному слиянию образов «Я» и близких людей, очень низкой самооценке. Однако их структура восприятия образа мира содержит разнообразные способы совладения с обстоятельствами, а значит потенциал к компенсации и мишеням для дальнейшей работы. В образе мира детей с косметически значимыми повреждениями нет четкой разъединенности образов, центральным становится не «Я», а «мама»; они харак-

теризуются выраженным стремлением не замечать, что происходит вокруг, а также повышенной потребностью в надежном и принимающем окружении больного ребенка, независимо от возраста и давности травмы.

По результатам исследования выявлено, что у всех получивших ожоги детей пострадала самооценка, при этом чаще всего в формировании «Я-концепции» больными используется компенсаторный механизм дезинтеграции осознанного и неосознанного уровней самооценки. Положительный прогноз для восстановления психологического здоровья таких пациентов наиболее вероятен в группе с косметически незначимыми повреждениями кожи, так как они сохранили высокий уровень оптимизма.

**Заключение.** Итак, ожоговая болезнь приводит к структурно-функциональным изменениям всех органов и систем, в том числе в нервной системе. Экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют о том, что страдание нервной системы носит многоуровневый характер, сопровождается невротическими расстройствами психики, изменениями самовосприятия и взаимодействия с окружающими людьми. В тоже время, дети спонтанно вырабатывают способы преодоления отрицательных эмоций в зависимости от возраста и давности перенесенной травмы.

Полученные в результате обработки данные свидетельствуют о возможности применения метода личностного семантического дифференциала, самооценки по методике Дембо – Рубинштейн и «рисунка несуществующего животного», их эффективности и информативности при работе с травмированными детьми, а также могут в дальнейшем послужить мишенями терапии при планировании психологической помощи таким больным. Термические поражения, ожоговая болезнь и ее последствия остаются не только значимой межотраслевой, но и серьезной социальной проблемой, поэтому должны концентрировать усилия многих специалистов. Проведение исследований клинического, социально – психологического характера поможет возвращению детей в общество не только адаптированными к произошедшим изменениям, но и умеющими активно осваивать социальную реальность.

### **Список литературы**

1. Андреева Г.М. Психология социального познания: Учеб. пособие для студентов вузов/ Г.М.Андреева. -3 –е изд., перераб. и доп. – М.:Аспект Пресс, 2005. – 303 с.
2. Брычева Н.В. Методологические подходы к коррекции эмоциональных расстройств у обожженных детей [Текст] // Материалы международного конгресса «Комбустиология на рубеже веков». – Москва. - 2000. - С. 175-176.
3. Брычева Н.В. Психологическая реабилитация детей и подростков с ожогами и их последствия [Текст] // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: Материалы

- научно-практической конференции, проводимой в рамках международного форума «Человек и травма», часть 2. – Нижний Новгород. – 2001. - С. 243-244.
4. Ковтун О.П., Львова О.А.. Ожоговая энцефалопатия – современные подходы к диагностике и лечению. [Текст] // Вестник Уральской медицинской академической науки. - №2(16). - 2007. - С. 145-149.
  5. Саидгалин Г.З., Салистый П.В. Психологический аспект реабилитации обожженных [Текст] // Материалы международного конгресса «Комбустиология на рубеже веков». – Москва. - 2000. - С. 178-179.
  6. Шадрина И.В. Период отдаленных последствий ожоговой болезни у детей и подростков: клиника и динамика психических расстройств, лечение и реабилитация [Текст]. - Автореферат на соискание ученой степени д.м.н. - Москва. - 2003. - 49С.

*В.Л. Зеленцова, М.М. Архипова*

## **НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ У ПАЦИЕНТА, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ТЕХНОГЕННО ЗАГРЯЗНЕННОМ РАЙОНЕ**

*Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета УГМА*

### **Резюме**

Сохраняют свою актуальность вопросы оказания нефрологической помощи детям. Продолжается рост заболеваемости, так, за прошедшие пять лет болезни органов мочевой системы у детей России выросли в 1,9 раза. В регионах, загрязненных солями тяжелых металлов, показатели заболеваемости значительно выше.

Исследование, проведенное в Центре детской эктопатологии промышленного мегаполиса, позволило утверждать, что в условиях техногенного загрязнения окружающей среды свинец оказывает токсическое влияние на нефрон и биосинтез гема в костном мозге.

Прогноз течения эконефропатий определяется снижением функции почек. Введение в стандартную терапию элиминационных комплексов обеспечивает нефропротективный эффект. Авторами рекомендовано дополнение алгоритма диспансерного наблюдения пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе.

**Ключевые слова:** дети, экология, свинец, нефропатии.