

## МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ МГМСУ ИМ. А.И. ЕВДОКИМОВА, 2013 ГОД

#### Авторы:

С.Д. ЛЕОНОВ, Д.Ю. АГИБАЛОВ, Д.А. АСТАХОВ, В.С. ЧУГУНОВ, Е.С. ЛЫТАСОВА, М.М. ЭЛЬДЕРХАНОВ, А.М. ПЕРЕВЕДЕНЦЕВА, Е.К. ОСИПОВА, А.О. СМОЛЬСКИЙ, Г.Г. КИМ, И.А. КУРГАНОВ, М.Ш. МАМИСТВАЛОВ, О.А. АГАФОНОВ, Ю.А. МЕРКУРЬЕВА, В.В. ЩЕРБАЧЁВ, А.М. БЕЛОГЛАЗОВА

**С.Д. ЛЕОНОВ, Д.Ю. АГИБАЛОВ, Д.А. АСТАХОВ, В.С. ЧУГУНОВ,** кафедра хирургии ФПДО, лаборатория минимально инвазивной хирургии, НИМСИ МГМСУ им. А.И. Евдокимова, НИИ клинической хирургии ФНКЦ ФМБА России

## ИЗМЕРЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ИМПЕДАНСА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ОБШИРНОЙ ЕЕ РЕЗЕКЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

- **Цель работы.** Оценка полного электрического сопротивления (импеданса) паренхимы печени в динамике после ее обширной резекции.
- Материалы и методы. Исследование проведено на 27 белых лабораторных крысах линии Vistar обоего пола массой 180–230 г, которым под эфирным наркозом выполняли лапаротомию и измеряли импеданс печени. Затем проводили обширную резекцию исследуемого органа (до 70%) и повторно измеряли импеданс паренхимы оставшейся доли печени, далее производили ревизию и ушивание брюшной полости. Спустя 72 ч выполняли релапаротомию и измеряли электрический импеданс паренхимы печени. Животных выводили из эксперимента и отправляли на гистологическое исследование фрагмент печени.

Инвазивную биоимпедансометрию проводили с помощью биполярных игольчатых электродов и оригинального устройства для измерения полного электрического сопротивления биологических тканей — ВІМ-ІІ (Патент РФ № 2366360). Измерение осуществляли на частоте 2 кГц и напряжении менее 1 вольта.

■ **Результаты и их обсуждение.** В послеоперационном периоде летальность составила 52% (14 животных).

Электрический импеданс интактной печени был равен  $3,18\pm0,12$  кОм (n = 27). После обширной резекции исследуемый показатель у 20 крыс несколько уменьшился и в среднем составил  $3,04\pm0,17$  кОм (n = 27, различия недостоверны, p > 0,05), что, возможно, связано с увеличением кровотока в оставшейся доле печени.

Через 72 ч после оперативного вмешательства электрический импеданс паренхимы печени достоверно увеличивался

до  $4,00 \pm 0,2$  кОм (n = 13, p < 0,05). При гистологическом исследовании у всех выживших животных развивалась жировая дистрофия печени различной степени выраженности, что и повлияло, по нашему мнению, на увеличение электрического импеданса исследуемого органа.

Таким образом, показатели электрического импеданса печени отражают изменения функциональной активности ее паренхимы и могут быть использованы для разработки диагностических технологий в хирургической гепатологии.

**Е.С. ЛЫТАСОВА**, кафедра факультетской хирургии №1, НИМСИ МГМСУ им. А.И. Евдокимова, НИИ клинической хирургии ФНКЦ ФМБА России

## РАЗРАБОТКА И КЛИНИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ МОДУЛЯ EORTC QLQ-PRT23 ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЛУЧЕВЫМ РЕКТИТОМ

Одно из ведущих мест в комбинированном и комплексном лечении больных злокачественными новообразованиями занимает лучевая терапия. Вопросу лечения лучевых повреждений прямой кишки, реабилитации и оценке качества жизни (КЖ) онкологических больных, перенесших лучевую терапию на органы малого таза как этап комбинированного и комплексного лечения, в настоящее время отводится значительное место. Целью многочисленных рандомизированных исследований является определение прогностического значения показателя КЖ для оценки эффективности противоопухолевой терапии, толерантности больного к лечению, выживаемости.

Среди способов оценки качества жизни наиболее общеприняты и распространены опросники, заполняемые больными. Имеется ряд опросников, применяемых в онкологии. Широкое распространение получили два из них: американский опросник FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) и европейский – EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnary-Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer).

Опросник EORTC QLQ-C30 используется в многоцентровых рандомизированных исследованиях в Европе, Канаде, а также



в ряде протоколов в США. На основании оценки КЖ, проведенной самим больным, можно получить интегральноцифровую характеристику состояния здоровья человека. Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает следующие положения: специфичность, многомерность (наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ), возможность заполнения опросника самим больным, применимость к различным культурам. Современная версия EORTC QLQ-C30 включает 30 вопросов и состоит из 5 функциональных шкал, 3 шкал симптоматики, шкалы общего КЖ и одиночных пунктов. Опросник является модульным, т. е. в основу положен модульный подход, согласно которому имеется базовый опросник. К базовому опроснику может быть добавлен модуль - несколько дополнительных вопросов, специфичных для того или иного вида опухоли или программы лечения.

Модуль EORTC QLQ-PRT23 (разработанный для оценки КЖ больных, перенесших лучевую терапию как этап лечения рака прямой кишки, анального канала, предстательной железы, шейки и тела матки) находится на IV этапе исследования (анкеты недоступны для общего пользования). Четвертая фаза исследования включает перевод модуля с последующим использованием у больных острым и хроническим постлучевым проктитом. Опыт и практика онкологов и гастроэнтерологов показывает, что пациентам бывает трудно сформулировать жалобы, вызванные лучевым ректитом (как последствия проведенной ранее лучевой терапии), в связи с чем и был разработал модуль EORTC QLQ-PRT23. Нами проведено инициативное исследование совместно с QUALITY OF LIFE GROUP, в ходе которого, согласно руководству, происходил процесс перевода. В настоящий момент проводится пилотное тестирование модуля EORTC OLO-PRT23 у больных, перенесших лучевую терапию на органы малого таза, как элемент противоопухолевого лечения на базе колопроктологического (онкологического) и радиологического отделения НУЗ «ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко» ОАО РЖД. После обобщения результатов пилотного исследования и обсуждения с координаторами EORTC группы модуль EORTC QLQ-PRT23 может быть использован у больных острым и хроническим лучевым проктитом с целью оценки качества жизни.

м.м. Эльдерханов, кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова миниинвазивные вмешательства у больных старческого возраста с механической желтухой

Механическая желтуха – тяжелое заболевание вследствие непроходимости желчных протоков. Причинами, вызывающими непроходимость желчных путей, являются желчные камни и стриктуры холедоха, злокачественные опухоли.

При запущенной механической желтухе, особенно у лиц пожилого возраста на фоне тяжелых сопутствующих

заболеваний, в клинику внедряются малоинвазивные технологии.

- Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой путем оптимизации алгоритма диагностики, применения малоинвазивных технологий и этапного способа хирургического лечения.
- Материалы и методы. Малоинвазивные вмешательства при механической желтухе выполнены 146 больным старческого возраста. Мужчин было 62, женщин 84.
- Результаты. При обследовании у 85% больных имелись от 5 до 6 сопутствующих заболеваний, что дает основание отнести полиморбизм к наиболее существенным клиническим особенностям при механической желтухе у лиц преклонного возраста. Большинство больных (78,5%) с механической желтухой госпитализированы по экстренным показаниям.

В связи с выраженностью и степенью декомпенсации сопутствующих заболеваний 76% больных сразу госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, где проводилось интенсивное лечение и обследование.

Тяжесть больных: по билирубину – до 100 мкмоль/л, 100-200 мкмоль/л, 200-400 мкмоль/л, 400 мкмоль/л; тяжесть по APACHE – II; тяжесть по эндотоксикозу по В.К. Гостищеву.

По стабилизации гемодинамики первым этапом в комплексе лечения выполняли холецистостомию под УЗ наведением. Эта манипуляция выполнена 43,8% больных при синдроме Курвуазье и холедохолитиазе. Положительная динамика отмечена у 85% больных. По улучшению состояния выполнен ІІ этап — холецистэктомия через минидоступ, лапароскопически или обычным доступом и холедохолитотомия, при опухоли — билиодигестивный анастомоз.

Ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) и папилосфинктеротомия (ПСТ) выполнена в срочном порядке 51,2% больных, с удалением камней 30%. Конкременты не удалены у 5,1% больных (размеры более 37 мм). Этой группе больных была выполнена открытая операция из минидоступа под спинальной анестезией. Произведена холецистэктомия, холедохотомия, удалены конкременты и выполнено дренирование по Керу.

Основная группа больных (81%), которым были выполнены этапные вмешательства, была оперирована в отсроченном периоде, после стихания острых явлений и эндотоксикоза, а также снижения полиорганной недостаточности. Летальных исходов в этой группе больных не было.

■ Выводы. Показаниями к малоинвазивным вмешательствам на внепеченочных желчных протоках при механической желтухе является необходимость декомпрессии желчных протоков как первый подготовительный этап к радикальной операции при опухолевом поражении или рубцовых стриктурах и как окончательный вариант лечения при метастатических процессах в воротах печени, печеночнодвенадцатиперстной связке, склерозирующих поражениях протоков.

Малоинвазивные операции являются альтернативой традиционным операциям при механической желтухе любого



генеза и уровня обструкции желчных протоков. Как метод временной или окончательной декомпрессии желчных путей и как метод подготовки к радикальной операции.

**А.М. ПЕРЕВЕДЕНЦЕВА,** кафедра общей хирургии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

#### МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Актуальность. В последние годы отмечается неуклонный рост количества больных с тяжелыми формами острого и хронического панкреатита. Параллельно этому увеличилось число больных с тяжелыми деструктивными поражениями поджелудочной железы и пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы.
- Цели и задачи. Оценить эффективность консервативных миниинвазивных методов лечения кист поджелудочной железы.
- Материалы и методы. Наружное чрескожное чреспеченочное дренирование кист поджелудочной железы под контролем КТ выполнено у 22 пациентов сотрудников железнодорожного транспорта с кистами поджелудочной железы (15 мужчин, 7 женщин) в возрасте от 32 до 54 лет, у 15 из них кисты носили постнекротический характер и у 7 кисты явились истинными, впервые выявленными. Пациентам устанавливались дренажи с диаметром катетера премущественно 8–8,5 Ф, при больших постнекротических кистах до 16 Ф. В послеоперационном периоде всем больным проводилась инфузионная и антибактериальная терапия, осуществлялся УЗ- и КТ-контроль. Повторная госпитализация через 3 мес., для контрольного обследования: КТ-контроль, УЗИ-контроль, фистулография для решения вопроса об удалении дренажа.
- Результаты. При выявлении рубцевания кисты дренаж удалялся (15 пациентов, 68,2%). При отсутствии признаков рубцевания производилось склерозирование кисты полимеризующимся клеем (3 пациента, 13,6%). В случае обнаружения сообщения кисты с главным панкреатическим протоком (в 4 случаях, 18,2%) удаление дренажа было отсрочено еще на 3 мес., в последующем у 2 пациентов достигнуто рубцевание свища. 1 пациенту выполнена операция в объеме продольной панкреатоеюностомии, 1 пациенту с рецидивирующим характером течения заболевания выполнена эндоскопическая цистогастростомия. Все пациенты с истинными впервые выявленными кистами поджелудочной железы успешно вернулись к работе.
- Выводы. Чрескожное чреспеченочное дренирование под КТ-контролем (или УЗ-контроль) является альтернативным методом открытым и эндоскопическим способам лечения больных с кистами поджелудочной железы. Метод сочетает малую травматичность, визуальный контроль, возможность морфологической и бактериологической верификации диагноза.

**Е.К. ОСИПОВА,** кафедра общей хирургии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Московский государственный медикостоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

#### ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА

В ОКД №1 с 1998 по 2012 г. наблюдались 6 больных с диагнозом рака культи желудка; в анамнезе перенесли резекцию желудка по поводу язвы желудка 5 пациентов и 1 пациент по поводу ожогового стеноза. Среди больных 5 мужчин и 1 женщина в возрасте от 64 до 75 лет. Сроки развития рака в культе желудка варьировали от 10 до 30 лет: у 4-х пациентов – до 15 лет, у 5-го – через 20 лет, у 6-го – через 30 лет. Диагноз во всех случаях установлен эндоскопически, подтвержден гистологическими исследованиями биоптата из опухоли. В 5-ти случаях аденокарцинома (в 2-х высокодифференцированная, в 2-х – умеренно дифференцированная, в 1-м – низкодифференцированная), в 1-м случае перстневидноклеточный рак. В 1-м случае больной направлен на химиотерапевтическое лечение из-за распространенности процесса. У 2-х больных выполнена эксполиативная лапаротомия в связи с местной распространенностью процесса. В 3-х случаях произведена радикальная операция в объеме экстирпации культи желудка. Больные, ранее перенесшие резекцию желудка по поводу неопухолевой патологии, через 15 лет составляют группу риска в связи с возможностью развития рака культи желудка.

**А.О. СМОЛЬСКИЙ**, ГБУЗ «ОКД №1» Департамента здравоохранения г. Москвы, кафедра общей хирургии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

#### полипы толстой кишки

В отделении колопроктологии ДКБ им. Н.И. Семашко на ст. Люблино с 01.11.12 по 28.02.13 с диагнозом «полип толстой кишки» находилось двенадцать пациентов в возрасте от 50 до 80 лет. Распределение по локализации было следующее: прямая кишка (4), сигмовидная кишка (6), ободочная кишка (2). Из них семь женщин и пять мужчин. Диагноз был установлен при проведении колоноскопии, которая, в свою очередь, в восьми случаях из двенадцати была сделана намеренно пациентам, по рекомендации специалиста, после предъявления жалоб. Всем двенадцати пациентам была произведена эндоскопическая полипэктомия с направлением послеоперационного материала на клиническое гистологическое исследование. Из них одиннадцать - доброкачественные и один с признаками высокодифференцированной аденокарциномы. У пациента возраста 55 лет с признаками высокодифференцированной аденокарциномы при ФКС инвазии основания полипа не выявлено. Планируется динамическое наблюдение. Сравнительный анализ методов лечения холедохолитиаза у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.



Г.Г. КИМ, кафедра общей хирургии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стомато-логический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Сравнительный анализ методов лечения холедохолитиаза у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией

■ Актуальность проблемы. Проблема диагностики и лечения холедохолитиаза остается актуальной и по сегодняшний день, т. к. большинство пациентов этой группы относится к категории пожилого и старческого возраста.

**Цель работы.** Оценка эффективности различных методов лечения холедохолитиаза у пациентов с взаимоотягощающей сопутствующей патологией.

■ Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 52 историй болезни пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, находившихся на лечении в НУЗ ДКБ им. Н.А. Семашко на станции Люблино в период с мая 2007 по октябрь 2012 г. Распределение пациентов в нашем исследовании по полу составило: мужчин 13 (25%), женщин 39 (75%). Возраст больных составил от 20 до 86 лет, средний возраст составил 57 лет. Пациенты с отягощенной сопутствующей патологией распределялись по анестезиологическому риску по шкале ASA II—III класса.

Из сопутствующей патологии у 29 больных выявлена ИБС: гипертоническая болезнь; у 6 пациентов ожирение 2–3 ст.; в 3-х случаях ОНМК в анамнезе; МКБ, хроническим пиелонефритом страдали 4 пациента; аневризма брюшного отдела аорты наблюдалась в 1 случае; у 1 пациентки ранее было выполнено аортально-митральное протезирование; сахарный диабет тяжелого течения выявлен в 3-х случаях.

В зависимости от метода лечения холедохолитиаза пациенты распределены следующим образом: больные, которым выполнялась ЭРХПГ с ПСТ и одномоментной литэкстракцией -22пациента (42%); ЭРХПГ и ПСТ с механической литотрипсией – 5 пациентов (10%); ЭРХПГ+ПСТ с дистанционной ударно-волновой литотрипсией (ДУВЛ) выполнена 6 больным (12%), дренирование желчевыводящих протоков под контролем КТ по Сельдингеру – 7 пациентов (13%); операция в объеме: холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование по Керу выполнено 7 пациентам (13%); холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование по Пиковскому – 1 пациенту (2%) и в 1 случае (2%) выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз. 3-м пациентам (6%) было выполнено ЭРХП, при котором конкрементов не обнаружено: в 1-м случае выявлена стриктура дистального отдела холедоха, в 1-м случае холангит, в 1-м случае сладж.

■ Результаты и обсуждения. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография с ЭПСТ выполнялась под внутривенной анестезией. Пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями анестезиологический риск (ASA II— III класс), при крупном холедохолитиазе и невозможности выполнения литэкстрации или механической литотрипсии проводили ЭРХПГ с ПСТ и дистанционную ударно-волновую литотрипсию (ДУВЛ), добиваясь фрагментации конкремен-

тов холедоха с последующим удалением фрагментов корзиной Дормиа.

Осложнения наблюдались в 10 случаях: в 2-х возникло кровотечение после ЭПСТ – остановлено эндоскопически с использованием аргон-усиленной коагуляции, в одном случае после лапароскопической холецистэктомии с дренированием холедоха по Пиковскому, потребовавшее релапароскопии и остановки кровотечения; три случая очагового панкреонекроза; у 3 пациентов острый отечный панкреатит и у 1 больного – гнойный холангит. В группе пациентов, отягощенных сопутствующей патологией, которым проведена ДУВЛ с последующей экстракцией конкрементов, осложнений не наблюдалось.

■ Выводы. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в сочетании с малоинвазивными эндоскопическими методиками может быть использована в комплексном лечении холедохолитиаза, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

**И.А. КУРГАНОВ, М.Ш. МАМИСТВАЛОВ, О.А. АГАФОНОВ,** ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФПДО

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ГЕМИТИРЕОИДЭКТОМИИ ПОСРЕДСТВОМ АКСИЛЛЯРНО-РЕТРОАУРИКУЛЯРНОГО ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА

На сегодняшний день в хирургии щитовидной железы существуют две основные проблемы, которые обосновывают потребность в модификации стандартных оперативных методик и во внедрении эндохирургических технологий. В первую очередь, это сохраняющаяся на постоянном уровне частота развития тяжелых послеоперационных осложнений (парез голосовых связок и гипопаратиреоз). Вторая важная проблема — формирование на передней поверхности шеи рубца длиной 6—8 см, который не скрывается повседневной одеждой и вызывает неудовлетворенность многих больных проведенным вмешательством, обуславливая снижение уровня качества жизни пациентов.

- Цели исследования. Разработать методику эндохирургического оперативного вмешательства на щитовидной железе, выполняемого посредством аксиллярно-ретроаурикулярного доступа. Изучить оптимальную оперативную технику, выявить уровень выполнимости и безопасности метода.
- Материалы и методы. Предложенная методика была опробована в экспериментальном исследовании на трупах (5 операций). Вмешательство осуществлялось посредством полностью эндоскопического, аксиллярно-ретроаурикулярного экстрацервикального доступа (заявка на выдачу патента РФ на изобретение №2012143342 «Способ эндовидеохирургического доступа к доле щитовидной железы») с последующим проведением гемитиреоидэктомии (заявка на выдачу патента РФ на изобретение №2012144497 «Способ эндохирургической гемитиреоидэктомии»). Было проведено 2 правосторонних и 3 левосторонних вмешательства. Операции



Новое поколение справочников для высоких стандартов врачебной практики

# **АТЛАСЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

### УНИКАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АТЛАСА



- Наличие всех ТН с высокой (более 40%) представленностью в аптечной рознице
- Результаты маркетинговых исследований, включающие среднюю стоимость препарата в аптеке
- Визуализированные данные по взаимодействию лекарственных средств
- Широкий спектр медицинских направлений
- Удобная навигация, альбомный формат и качественная полиграфия

В 2012 году были выпущены Атласы по специальностям:

- Кардиология
- Терапия
- Урология
- Ревматология
- Бронхопульмонология и ЛОР
- Педиатрия



Тел.: 7 (495) 780-34-25

www.remedium.ru



проводились в 5 этапов (осуществление кожного доступа; создание первичной полости; создание доступа к железе; гемитиреоидэктомия; экстракция препарата) с установкой 3 троакаров (двух в подмышечной впадине и одного по нижнему краю сосцевидного отростка височной кости на стороне операции). Троакар, введенный через ретроаурикулярный доступ, использовался не только для введения ассистирующего инструмента, но и для обзора операционного поля с другого угла зрения («вид сверху»). Давление инсуффлируемого газа поддерживалось на уровне 6–8 мм рт. ст. для предотвращения его распространения по клетчаточным пространствам и в средостение. Объем операции во всех случаях был равен гемитиреоидэктомии, что связано с техническими ограничениями данного вида доступа. В качестве основного инструмента для диссекции тканей использовались ультразвуковые ножницы.

- Результаты. Среднее время вмешательства в целом составило 113 (от 99 до 130) мин, причем на осуществление этапов было затрачено в среднем 8, 26, 31, 37 и 11 мин. Идентификация и сохранение обеих околощитовидных желез были достигнуты во всех 5 случаях. Возвратный гортанный нерв был визуализирован во время диссекции при проведении 4 операций из 5. Однако при дальнейшем анатомировании было подтверждено сохранение анатомической целостности нерва во всех случаях. Следует отметить, что применение «вида сверху» позволило уверенно визуализировать и идентифицировать низко расположенные анатомические образования, а также структуры в области латеральной поверхности железы и трахео-пищеводной борозды.
- Выводы. Проведение гемитиреоидэктомии посредством аксиллярно-ретроаурикулярного эндохирургического доступа является методологически и технически обоснованным. Рассматриваемая методика в эксперименте продемонстрировала свою выполнимость и безопасность и может быть рекомендована к дальнейшему клиническому применению.

Ю.А. МЕРКУРЬЕВА, Московский государственный медикостоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

■ Цель исследования. Изучение нейропсихологических особенностей у подростков с интернет-зависимым поведением, а также их нейропсихологических особенностей. Нами было обследовано 235 учащихся школ ЦАО г. Москвы, средний возраст 15,5. Далее по результатам методики «Шкала интернет-зависимости Чена» и экспертной оценки данная группа была поделена на две: экспериментальную и контрольную. В экспериментальную группу вошли 98 испытуемых, в контрольную — 100. Нейропсихологические особенности выявлялись путем проведения адаптированного нейропсихологического исследования для подростков (на

основе Лурия-90). Данные, полученные по методике «Шкала Чена», и показатели нейропсихологических профилей подростков были подвергнуты корреляционному анализу, который не выявил значимой корреляционной связи показателей (р ≤ 0,05), однако мы обращаем внимание на следующее: показатели функциональных нарушений правого полушария и межполушарных взаимодействий имеют тенденцию к корреляции. В ходе анализа различий выборок были выявлены следующие значимые различия: у подростков с интернетзависимым поведением отмечаются более высокие показатели нарушений пространственного праксиса, слухомоторных координаций, опосредованного запоминания, контроля и регуляции деятельности, внимания. При объединении показателей по локализации данных функций мы получили следующие индексы: 1) отражающий трудности передних отделов левого полушария; 2) отражающий трудности, связанные с задними отделами левого полушария; 3) отражающий правополушарные трудности. Далее был проведен анализ различий групп зависимых и условно здоровых. Итак, подростки с интернет-зависимым поведением значимо отличаются от условно здоровых по показателям функциональных нарушений пространственного праксиса, слухомоторных координаций, внимания, контроля и регуляции деятельности, а также опосредованного запоминания. Соотнося эти данные с локализацией функций, мы отмечаем функциональную слабость межполушарных комиссур и левой передней доли, кроме того, учитывая утомляемость, снижение концентрации внимания, можно говорить о слабости первого блока мозга. Важно отметить, что функциональная недостаточность межполушарных взаимодействий увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга. Итак, мы можем провести параллель с особенностями интернет-деятельности: подростки могут использовать интернет как способ поддерживать активность, т. к. постоянное появление новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, хотя в то же время это способствует еще большему истощению и утомлению.

Отдельная часть исследования была посвящена изучению сформированности образа тела у испытуемых в контрольной и основной группах. Данные группы были обследованы следующими методиками: тест на интернет-зависимость Чена (адаптация — В.Л. Малыгин, К.А. Феклисов), методика «Телесный образ я» (М. Feldenkreiz, адаптация — И.А. Соловьева), методика «Рисунок человека» (К. Маховер).

Корреляционный анализ результатов методики «Телесный образ я» и показателей выраженности интернет-зависимости показал наличие достоверной положительной корреляции. Качественный сравнительный анализ методик «Телесный образ я» и «Рисунок человека» обнаружил следующие символические особенности образа тела: в методике «Телесный образ я»: уменьшение длины стопы – недостаточная устойчивость, потребность в опоре, отсутствие внутренней и/или внешней поддержки; удлинение шеи – блокирование и отделение эмоций от сознания; увеличение ширины и высоты головы – высокая значимость интеллекта в системе ценностей, гиперконтроль над телесными импульсами; уменьшение длины руки – нарушения и проблемы общения, недоста-



точная коммуникативная компетентность; преуменьшение области от талии до промежности – тревога, относящаяся к сексуальности; в методике «Рисунок человека» отмечаются сходные символические особенности: проблемы опоры – 80%, отделение чувств и эмоций от сознания – 75%, нарушение коммуникаций – 70%, тревога в сексуальной сфере – 80%, недифференцированность рисунка, наличие только границ – нарушение контакта с телом, отсутствие знаний о нем – 30%.

■ Выводы. 1. Образ тела подростков, проявляющих паттерн интернет-зависимого поведения, искажен значимо больше, чем у группы здоровых подростков (54,7%). 2. Образ тела подростков с интернет-зависимым поведением значимо менее дифференцирован по сравнению со здоровыми подростками. Особенности искажений образа тела у интернет-зависимых подростков говорят о нарушении контакта эмоций, тела и сознания, проблемах в сфере общения, отсутствии опоры и уверенности, нарушении контакта со своими желаниями.

**В.Л. МАЛЫГИН,** д.м.н., **В.В. Щербачёв**, Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра психоконсультирования, психотерапии и психокоррекции

#### **ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ** ОСОБЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ СУБКУЛЬТУРЫ РОЛЕВЫХ ИГР

В начале 1990-х гт. в различных городах России среди молодежи появилось новое увлечение – ролевые игры. Возникшие на волне культурных феноменов, пришедших с Запада, они были изначально проникнуты духом творчества и ухода от повседневности. В очень короткие сроки ролевые игры привлекли большое количество заинтересованных, сформировавших вокруг своего увлечения субкультуру. Окружающий мир оказывал определенное давление, диктуя исключительно материальные ценности, вызывая у таких молодых людей стремление к побегу и протесту. Под влиянием этих стремлений ролевые игры и субкультура, принявшая самоназвание «ролевое движение», продолжали свое существование и развитие, пока не стали заметны на общественном уровне.

Оценки последовали самые разнообразные: от одобрения нового культурного феномена до открытой враждебности и подозрений в массовом психозе или особом виде сектантства. Этот вопрос остается дискуссионным до сих пор.

В настоящее время субкультура ролевых игр насчитывает несколько десятков тысяч участников по всей России и обрела признание на административном и культурном уровнях. Среди лиц, увлекающихся ролевыми играми, встречаются люди разных возрастов и социальных классов, условно здоровых и с обширными психологическими и социальными проблемами. Именно поэтому сейчас изучение ролевых игр и особенно их участников с психологической точки зрения является чрезвычайно актуальными.

В 2009 г. нами было проведено первое исследование личностных особенностей активных участников ролевых игр с

целью выявления характерных закономерностей. В результате к настоящему моменту были сформулированы следующие гипотезы:

- 1) ролевые игры привлекают людей с особенным сочетанием личностных и характерологических черт;
- 2) участие в ролевых играх живого действия является проявлением психологической инфантилизации личности.

Для проверки данных гипотез были сформированы две группы испытуемых. Экспериментальная группа состоит из 24 человек в возрасте 19–25 лет, более двух лет участвующих в ролевых играх. Экспериментальная группа была набрана по личному знакомству и на интернет-форумах, посвященных ролевым играм. Контрольная группа состоит из 22 лиц того же возраста, никогда не участвовавших в ролевых играх.

Обе группы были исследованы следующими методиками:

- 1. «Опросник Шмишека» (SF, H. Schmieschek, адаптация В.М. Блейхера, Н.Б. Фельдмана).
- 2. Методика «Диагностика уровня субъективного контроля» (LCS, J.B. Rotter, адаптация Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда).
- 3. Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (в адаптации А.Н. Капустиной).
- 4. Методика исследования представлений о «Я» Т. Лири.
- 5. Тест Гилфорда «Социальный интеллект».

Полученные данные патохарактерологического опросника Шмишека позволяют квалифицировать три ведущих типа акцентуаций у активных участников ролевых игр Демонстративность, Экзальтированность и Циклотимность. Исходя из выявленного сочетания акцентуаций, можно отметить, что чрезмерно выраженными у активных участников ролевых игр являются те черты личности, которые связаны с эмоциональной сферой, высокой психологической лабильностью, а также гипертрофированной потребностью во внимании. Мы видим картину творческой, лабильной личности, акцентуированной в сторону эмоциональной сензитивности и поэтому крайне зависимой от окружающего мира личности. Ведущей акцентуацией черт характера является экзальтированность как необходимость в пассивном, созерцательном получении эмоций. Можно предположить, что сочетание этих качеств с потребностью во внимании, артистизмом и другими проявлениями демонстративности свидетельствует о поиске собственной идентичности через окружение. Данные многофакторного личностного теста Кеттелла позволяют сделать вывод о том, что активным участникам ролевых игр свойственна большая, в отличие от контрольной группы, сензитивность, потребность во внимании и склонность к уходу в фантазии (I+), а также пренебрежение правилами, ярче выраженное стремление к независимости (G-). Кроме того, выделяются значительно более выраженная подозрительность, недоверчивое отношение к окружающему социуму (L-) и внутренняя напряженность, раздражительность, предположительно детерминированная избытком побуждений, не находящих разрядки (Q4+).

Данный психологический профиль, учитывая наиболее выраженные типы акцентуаций, позволяет предположить, что активным участникам ролевых игр свойственен психологи-



ческий инфантилизм, возвращающий их на подростковоюношескую стадию развития. Кроме того, тест на уровень субъективного контроля показал, что активные участники ролевых игр проявляют большую, чем испытуемые контрольной группы, склонность к экстернальному локусу контроля, т. е. у них доминирует тенденция приписывать причины происходящего с ними внешним факторам (окружающей среде, судьбе, случаю или действиям других людей), снимая с себя любую ответственность. Особенно выделяются в этом отношении следующие сферы: общая сфера, сфера достижений и сфера производственных отношений.

Это также подтверждает предыдущие выводы о психологической незрелости, свойственной активным участникам ролевых игр, и позволяет предположить развитость такого механизма психологической защиты, как проекция.

Более четко этот факт проявляется в данных теста Лири. В нем значимые различия данных экспериментальной и контрольной групп выявлены в разделе Я-реальное, в шкалах III и IV - агрессивность и подозрительность соответственно. Можно проследить взаимосвязь между чертами подозрительности и агрессивности. Неуверенность в себе, детерминированная отсутствием четкой идентичности, вызывает защитную реакцию в виде направленной вовне агрессии, которая в свою очередь с помощью развитого механизма проекции, выявленного ранее, переносится на окружающий мир. Таким образом, порождается внутриличностный конфликт, не находящий разрешения и создающий напряжение. Вопрос влияния данного конфликта на адаптацию к социуму требует дальнейшего изучения, однако уже сейчас можно предположить, наличие дезадаптивного протеста. Противопоставление себя социуму, очевидно, способствует эскапизму (стремлению уйти от реальной действительности, общепринятых стандартов и норм общественной жизни в мир социальных иллюзий или в сферу псевдодеятельности, бегству в виртуальный мир.) Обобщая полученные данные и их интерпретацию, а также учитывая результаты выявления значимых различий в тесте Гилфорда, можно выдвинуть предположение, что активным участникам ролевых игр свойственен сниженный уровень социального ориентирования, обусловленный большей направленностью внимания на себя, чем на окружающий мир. Сложность в понимании и прогнозировании межличностного взаимодействия является фактором, способствующим социальной дезадаптации.

Подытоживая вышеизложенное, можно сформулировать следующие выводы.

- 1. Для участников ролевых игр характерен характерологический портрет, соответствующий старшему подростковому возрасту.
- 2. Им присуще тревожное, подозрительное и агрессивное отношение к окружающему социуму, предположительно детерминированное несформированностью устойчивой идентичности. Неуверенность в себе вызывает тревогу, в свою очередь порождающую агрессию как защитную реакцию.
- 3. Зависимость внутреннего состояния от внешнего мира и потребность во внимании фрустрируются тревожно-

подозрительным восприятием окружающего социума, порождая внутриличностный конфликт, вызывающий не разряжающееся напряжение.

4. Можно предположить, что ролевые игры являются для их активных участников эскапистическим способом решения описанного выше внутриличностного конфликта, а также формой поиска идентичности.

**А.М. БЕЛОГЛАЗОВА**, Московский государственный медикостоматологический университет, факультет клинической психологии

## ВЗРОСЛАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ КАК ФАКТОР РОЛЕВЫХ, ЦЕННОСТНЫХ И АДАПТАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ОБРАЗА СЕМЬИ В СУПРУЖЕСКИХ ПАРАХ

В настоящее время возникла острая необходимость в новом изучении и описании того, что же такое семья, каковы представления супругов о ней, что именно необходимо для того, чтобы семейная система благополучно функционировала. Стабильность супружеских отношений уже не обеспечивается исключительно внешними, социальными факторами – сейчас основной акцент сместился на психологическую составляющую брака. Супружеские отношения регулируются в первую очередь самими партнерами и в значительной степени зависят от их личностных особенностей.

Целью нашей работы стал анализ связи взрослой привязанности у супругов и ее согласованности с ценностными, адаптационными и ролевыми характеристиками образа семьи, а также удовлетворенностью браком. Мы руководствовались предположением о том, что привязанность и согласованность ее параметров в супружеских парах является фактором ценностных, адаптационных и ролевых характеристик образа семьи.

В ходе исследования были проверены следующие гипотезы:

– о существовании взаимосвязей между ценностными, адаптационными и ролевыми характеристиками образа семьи – как у каждого из супругов, так и внутри супружеской пары;

- о существовании связей между надежностью, тревожностью и типом привязанности супругов, а также их согласованностью в паре, с одной стороны, и ценностными, адаптационными и ролевыми характеристиками образа семьи с другой;
- о наличии связи удовлетворенности браком каждого из супругов, а также согласованности показателей удовлетворенности браком внутри пары с параметрами взрослой привязанности, ценностными, адаптационными и ролевыми характеристиками образа семьи.

Образ семьи является сложной, многоуровневой структурой, для описания которой необходимо изучение множества факторов. В центре внимания находится вопрос не столько о наличии, сколько о согласованности многих характеристик внутри супружеской пары (например, типа и параметров взрослой привязанности супругов, субъективной удовлетворенности браком, представлений о супружеских ролях и т. д.).