

Т.Д. Даргаева, Д.Т. Берашвили // Хим. – фармац. журнал. – 1992. – Т 26, № 9 – 10. – С. 46 – 51.

2. Васильев, А.Е. Трансдермальные терапевтические системы доставки лекарственных веществ (обзор) / А.Е. Васильев, И.И. Краснюк, С. Равикумар // Хим. – фармац. журнал. – 2001. – Т 35, № 11. – С. 29 – 42.

3. Кругликова-Львова Р.П., Авакумов В.М. // Новые лекарственные препараты. 1982. №6. С. 9-16.

Работа представлена на VII научная конференция с международным участием «Успехи современного естествознания», Дагомыс (Сочи), 4-7 сентября 2006г. Поступила в редакцию 20.09.2006г.

### **Способы органосохранения при лечении злокачественных опухолей головы и шеи**

Чиж Г.И.

*Ростовский научно-исследовательский онкологический институт*

Основными методами лечения злокачественных опухолей головы и шеи являются лучевой, хирургический и комбинированный, включающий оба предыдущих, назначаемых в той или иной последовательности. На ранних стадиях заболевания, особенно при раке гортани, предпочтение на I этапе лечения отдается лучевому методу, поскольку сохраняются все функции пораженного органа. При распространенных формах (III-IV стадии), как правило, назначается комбинированный метод, но лишь при отдельных формах III стадии, может быть выполнена органосохраняющая резекция гортани. В большинстве случаев приходится выполнять, как и у всех больных с IV стадией, тотальное удаление гортани, что приводит больных к стойкой инвалидизации.

Лучших результатов лечения распространенных форм рака гортани удается добиться применением комбинированного метода с использованием лучевого воздействия в пред- и послеоперационном периоде.

Введение в лечебную практику сульфаниламидных препаратов и антибиотиков широкого спектра направленного действия практически свело к нулю послеоперационную летальность. Однако, снижение регенераторных способностей тканей особенно у облученных больных и присоединение раневой инфекции после экстирпации гортани не предупредило у ряда больных таких осложнений, как образование глоточных свищей и фарингостом, которые по данным литературы отмечаются в 25-60% и более случаев. Появление стойких свищей и фарингостом угнетает психику больных, вызывает необходимость продолжительного питания через носопищеводный зонд, отодвигает сроки, в необходимых случаях, послеоперационной лучевой терапии и требует дополнительных пластических вмешательств.

С целью повышения частоты первичного заживления шейной раны после экстирпации гортани, мы применили пентоксил, относящейся к группе пиримидиновых и пуриновых производных, который ускоряет рост грануляций и процессы регенерации, стимулирует фагоцитарную реакцию, оказывает противовоспалительное действие, снижает до минимума

частоту гнойно-некротических процессов в тканях, что, в конечном итоге, приводит к повышению первичных заживлений послеоперационных шейных ран.

По нашим данным при назначении пентоксила заживление глоточных свищей и первичное заживление шейной раны наступило у 91,3%, а без его применения оно было констатировано только у 59,2% больных (Г.И. Чиж, А.Н. Помухина, 1968).

Для профилактики глоточных свищей и фарингостом предлагаются также различные виды кожных разрезов, зашивания глотки и послеоперационного ведения больных. Основная роль при этом отводится достижению первичного заживления шейной раны путем герметичного ушивания дефекта глотки. В связи с этим, мы разработали новую методику восстановления целостности глоточнопищеводного канала после экстирпации гортани (Л.А. Феркельман, Г.И. Чиж, 1967).

Предлагаемая методика в основном сводится к следующему. Дефект передней стенки глотки и пищевода мы стараемся по возможности сузить путем сшивания его верхнебоковых углов. Верхний край оставшейся слизистой оболочки передней стенки глотки подшивается проникающими швами к мышцам надподъязычной области. Слизистая оболочка боковых стенок также подшивается к передним мышцам шеи с таким расчетом, чтобы приблизить слизистую оболочку к краям мышцы и кожного разреза. Передняя стенка пищевода максимально подтягивается кверху и такими же швами сшивается с краями стенок глотки. Заключительным этапом мы накладываем сквозные шелковые или капроновые швы на единый блок тканей, вкалывая иглу на 1,5-2 см от края разреза и проводя ее снаружи внутрь через кожу, мышцу и все слои глоточной стенки. Выводится игла наружу путем прокола тех же слоев противоположного края раны только в обратном порядке. Завершающие утягивающие швы, при этом, создают большую поверхность соприкосновения однородных тканей в едином блоке, устраняют межтканевые пространства, способствующие нагноению, сокращают время операции и сроки пребывания больного на операционном столе. Из 60 оперированных таким методом больных первичное заживление наступило у 55 человек (91,7%).

Наряду с этим для лучшего заживления шейной раны мы после удаления гортани с подъязычной костью сшивали прямые мышцы шеи и дна полости рта.

Одним из нередких осложнений, возникающих после экстирпации гортани является сужение трахеостомы, требующее постоянного ношения трахеотомической трубки. Возникает оно часто в результате инфицирования раны вокруг трахеостомы, некроза колец трахеи и кожных краев с последующим расхождением швов, что в свою очередь приводит к заживлению вторичным натяжением с образованием рубцов, стенозирующих культю трахеи.

Постоянное ношение трахеотомической трубки само по себе причиняет больному массу неудобств и огорчений, а кроме того вызывает ряд осложнений, таких как моцерация кожи и стенок трахеи, появление фибриновых наложений, кровоточащих грануляций и гранулирующих язв. Все это в конечном итоге при-

водит к рубцеванию, сужению просвета трахеи, а нередко и ее стенозу при вторичном заживлении.

С 1964 года при формировании трахеостомы после экстирпации гортани мы стали производить иссечения округлого участка кожи и подкожной клетчатки диаметром 5 см у нижнего конца срединного разреза мягких тканей над яремной вырезкой, нередко добавляя его клиновидным иссечением передней стенки трахеи в пределах двух полуколец (Г.И. Чиж, 1967, 1971). Очень важно при этом тщательно подбирать на первых послеоперационных днях диаметр, длину и изгиб трахеостомической трубки во избежание травмирования стенок трахеи, что нередко приводит к сужению и более выраженному стенозу ее просвета.

При широком объеме шеи за счет избыточности жировой клетчатки и глубокого расположения трахеи бесканюльной трахеостомы удается добиться применением кожно-трахеальных швов над полихлорвиниловой, тефлоновой и т.д. трубочкой, наложенной по окружности стенок трахеальной культи на 7-10 дней (Г.И. Чиж, 2000, 2005).

Что касается резекций гортани при ограниченных ее поражениях, то в большинстве случаев при радикальном и абластичном хирургическом вмешательстве удается сохранить пораженный орган и основные его функции. Однако, при задне-боковых локализациях раковой опухоли зачастую невозможно сохранить нормальный акт глотания, то есть из-за нарушения разделительной функции приходится выполнять тотальное удаление гортани. При подобных клинических ситуациях мы разработали и внедрили в практику новый способ задне-боковой резекции гортани при поражении области черпаловидного хряща, черпалонадгортанной и задних третей вестибулярной и голосовой складок, а также частичной инвазии слизистой оболочки межчерпаловидного пространства. При этом мы резецируем пораженные анатомические участки в пределах здоровых тканей вместе с предлагающей пластинкой щитовидного хряща. Образовавшийся дефект закрывается мобилизованной слизистой оболочкой грушевидного синуса, благодаря чему сохраняются пораженный орган и все его функции (Г.И. Чиж, Н.М. Ушканова, 1974).

Органосохранный и реконструктивный метод мы применили так же при лечении злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух.

Чижа способ ринотомии при хирургическом лечении заключается в следующем:

**Вариант I.** Срединный рото-носовой доступ.

При поражении обеих половин решетчатой кости разрез кожи производится по носо-щечным и носогубным бороздам с рассечением верхней губы у углов рта.

Переходная складка верхней губы рассекается по линии соединяющей предыдущие разрезы. Верхняя

губа с кожно-хрящевой частью наружного носа отбрасывается вверх, остальные мягкие ткани раздвигаются в стороны. Оптимальная визуализация при этом обеспечивает радикальность и абластичность вмешательства. Уложенный на место носо-губный лоскут сохраняет форму наружного носа, а послеоперационные рубцы скрываются в естественных складках, благодаря чему маска лица остается неизменной.

**Вариант II.** Боковой рото-носовой доступ.

Аналогичный разрез мягких тканей производится только на стороне поражения, когда опухоль, разрушив перегородку носа, распространяется на противоположную сторону, но не прорастает, а лишь оттесняет ее анатомические образования. Послеоперационный рубец также маскируется естественными складками лица (Г.И. Чиж, 1979, 1980).

Таким образом, приведенные различные способы лекарственного и хирургического органосохранения разрабатывались и внедрялись нами в лечебную практику с расчетом не только на сохранение, но и на восстановление утраченных анатомической, медицинской и социальной реабилитации по принципу «каждому больному - своя операция».

*Список литературы:*

1. Феркельман Л.А., Чиж Г.И. - К вопросу о зашивании шейной раны после экстирпации гортани. Вестник оторинолар., 1967, № 4, с. 99.
2. Чиж Г.И. - Некоторые предложения по улучшению заживления шейной раны после экстирпации гортани и созданию зияющей трахеостомы. Вопросы оторинолар. Сб. научных работ, Ростов-на-Дону, 1967, кн. XXIII, с. 325-330.
3. Чиж Г.И., Помухина А.Н. - Влияние лектоксила на заживления раны после удаления гортани. Вестник оторинолар., 1968, № 3, с. 87-89.
4. Чиж Г.И. Разработка и усовершенствование диагностики и хирургического лечения рака гортани. Ростов-на-Дону, 1971. Дисс.докт.
5. Чиж Г.И., Ушканова Н.М. Задне-боковая резекция гортани. Вестн. Оторинолар., 1974, № 2, с. 45-49.
6. Чиж Г.И. Способ лечения рака решетчатой кости, 1979. Авт. свид. №681596.
7. Чиж Г.И. О хирургическом подходе к полости носа и околоносовым пазухам. Вестн. Оторинолар., 1980, № 4, с. 33-36.
8. Чиж Г.И. Способ формирования бесканюльной трахеостомы после экстирпации гортани. Вестн. Оторинолар., 2000, № 2, с. 50-51.
9. Чиж Г.И. Профилактика ятрогенных стенозов трахеи после экстирпации гортани. Вестн. Оторинолар., 2005, № 5, с. 47-49.

### Психологические науки

#### Отношение к формам брака и ориентация на тип семьи современной студенческой молодежи

Терелецкова Е.В.

*Башкирский государственный университет*

Семья для каждого человека – источник любви, преданности и поддержки. В ней закладываются основы нравственности, духовности и терпимости. Здоровая и крепкая семья – залог стабильности и процветания любого общества. Именно в семье первоначально формируется самооценка, жизненные ценности и закладывается общественная значимость человека, его психологические и социальные особенности.

За последнее десятилетие в нашей стране изменились взгляды на «семью» и формы брака. Это проявилось в появлении и распространении таких явлений, как фактический, пробный, гостевой браки и некоторые другие нетрадиционные формы брачных союзов. Достоверные статистические или репрезентативные социологические данные об этих формах брака отсутствуют, что не позволяет судить о степени их распространенности. Микроперепись населения 1994 года зафиксировала только одну из форм – фактический брак, когда мужчина и женщина, будучи фактически мужем и женой, не регистрируют свои отношения в органах записи актов гражданского состояния. Согласно данным микропереписи 1994г., в Российской Федерации на 1 тысячу состоящих в браке не зарегистрировали его юридически 65 мужчин и 66 женщин (6,5% и 6,6% соответственно), в Республике Башкортостан – 59 мужчин и 60 женщин (5,9% и 6,0%, соответственно).

Изменение отношения к формам брака хорошо прослеживается на материалах исследования. Положительное отношение к фактическому браку высказали половина опрошенных студентов – 50,8%. Хотя число позитивно относящихся к незарегистрированному браку велико, как возможная модель собственного брака он принимается далеко не всеми.

Либерализация взглядов на формы брака проявилась также в отношении к пробному браку, под которым понимается совместное проживание мужчины и женщины со всеми признаками брачных отношений в течение некоторого времени до окончательного решения о вступлении в официальный брак или распада союза. Положительно относятся к пробному браку 82,0% молодежи, 63,6% рассматривают его как возможную ситуацию своей собственной жизни.

В исследовании изучалось также отношение к так называемому гостевому браку, который представляет собой союз мужчины и женщины с разделным проживанием и отсутствием общего хозяйства. В таком браке муж и жена время от времени навещают друг друга, имеют интимные отношения, проводят вместе свободное время, могут воспитывать детей совместных или супругов от предыдущего брака. Выявленное отношение к гостевому браку, хотя и в меньшей мере, но все же также свидетельствует, что «официально зарегистрированный брак утрачивает свою безусловную нормативную силу и практическую альтернативность». Положительное отношение к гостевому

браку высказали 13,0% респондентов, 6,2% рассматривают гостевой брак как возможную ситуацию в своей жизни.

Так же изучалось отношение к браку, заключенному с соблюдением религиозного обряда. Его лишь условно можно отнести к нетрадиционным формам как форму, которая не существовала в предшествующий период. В светскую эпоху он преследовался и осуждался и практически полностью был искоренен из брачной практики. Всплеск интереса к браку по религиозному обряду и рост числа таких браков среди молодежи начался с началом перестройки, с изменением в обществе отношения к религии. За последнее десятилетие он стал чем-то обычным. При этом распространен не чисто религиозный брак, а такой, который одновременно подтверждается регистрацией в органах загса. Религиозный обряд, как правило, предшествует регистрации в загсе. В такой последовательности процедуры заключения брачного союза отражается не только история генезиса форм религиозного и гражданского брака, историческая традиция, ро и представление людей о значимости каждого из обрядов. Вероятно, религиозный обряд рассматривается как более важный, который дает возможность считать себя мужем и женой. Этот брак перед богом и перед близкими людьми, ему сопутствует возникновение моральных обязательств и ответственности. Регистрация же в загсе – это юридическое оформление фактически существующего брачного союза, которое придает брачной паре соответствующий статус в более широком социальном окружении, в обществе, и порождает юридические обязанности и ответственность обеих сторон.

Изменение отношения к браку по религиозному обряду, проявилось в опросе молодежи: более чем каждый второй респондент высказал положительное отношение к нему, и более одной трети отметили высокую вероятность использования этой формы при заключении собственного брака.

Еще один аспект установок студенческой молодежи – установки на тип семьи. В семье имеют место отношения трех типов: супружества, родительства и родства. Установки на тип семьи в опросе выявлялись с помощью набора пар противоположных, полярных суждений, которые отражали характеристики детоцентристской и супружеской семьи по следующим критериям: цель создания семьи, ее главное предназначение; главенство отношений родительства или отношений супружества; приоритетность интересов детей или супругов в ситуации развода; ассоциация семьи с детьми или с хорошими супружескими отношениями. Респондентам предлагалось выразить степень согласия с каждой парой суждений по 10-балльной шкале.

Средний балл по выборке составил 6,77, в группе юношей – 6,91 и в группе девушек – 7,08. Полученные процентные распределения показали, что у 54,2% студентов сформированные ориентации соответствуют супружескому типу семьи, у 31,6% ориентации имеют переходный характер, они в равной мере несут на себе ценности как детоцентристской, так и супружеской семьи, и 14,2% имеют преимущественные