

Концепции множественности, плюрализма элит базируются на основных установках ценностной теории о ценностно-рациональном характере отбора элит в современном демократическом обществе. Плюралистические концепции рассматривают политические элиты как элиты функциональные, обладающие соответствующей квалификацией и подготовленностью к выполнению управленческих функций. Деление общества на элиту и массу относительно, условно и часто размыто.

Левoliberalные теории элиты, в свою очередь, выступают некоего рода идейным антитипом плюралистического элитизма. Они основаны на признании за элитами командных позиций и руководящих должностей, а также на их отличии от народной массы, сплоченности и разнообразии. Важнейшая функция элиты – обеспечение своего собственного господства. Рекрутирование ее осуществляется преимущественно из своей собственной среды.

Меритократические теории основаны на понимании элиты, как наиболее ценного сегмента общества, обладающего инициативностью и продуктивностью труда. Формирование элиты проходит естественным путем отбора лучших. Элитарность предполагает равенство возможностей, но обусловлена неравенством способностей.

Каждое из рассмотренных выше основных направлений элитарной теории отражает те или иные стороны действительности, ориентируется на определенные исторические эпохи и страны.

Литература:

1. Политология / под. ред. В.А. Ачкасова. – Москва: Юрайт, 2005, – С. 195–217.
2. Политология / под. ред. М.А. Василика. – Москва: Гардарики, 2004, – С. 174–202.
3. Пугачев, В.П., Введение в политологию / В.П. Пугачев, А.И. Соловьев. – М.: Аспект пресс, 2000. – С. 121–138.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ НАРУЖНОГО НОСА

Хоров Г.О., Плавский Д.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хоров О.Г.

Одним из наиболее сложных разделов пластической хирургии является восстановление и изменение формы наружного носа. Изменения наружного носа носят различный характер и требуют разнообразной хирургической техники. Дефекты формы наружного носа таковы, что могут быть неадекватно оценены пациентом, а врач вправе отказать в выполнении вмешательства или предложить другой подход к устранению дефекта.

Цель работы: изучить клинические случаи дефектов наружного носа, лечение которых было выполнено на базе ЛОР-отделения для взрослых Гродненской областной клинической больницы в течение 2009 года.

Результаты изучения показали следующее. Среди пациентов женщин было 8 (57,1%), мужчин – 6 (42,9%). Мужчины в большинстве случаев (87,5%) обращались за хирургической помощью по поводу посттравматических повреждений наружного носа. Ведущим мотивом обращения у женщин (83,3%) является эстетическая коррекция его формы. Основная масса пациентов (87,5%) была в возрасте от 16 до 42 лет. При клиническом обследовании ринолордоз выявлен у 5 человек, риносколиоз – 7, ринокифоз – 2. Комбинированные деформации в виде сочетания ринокифоза с риносколиозом наблюдались у 10, а ринолордоза с риносколиозом – 4 лиц. Деформации концевой отдела отмечены у 8 человек. Предоперационное обследование и подготовка включали основательное изучение личностных данных пациента, фотографирование, в некоторых случаях – компьютерное прогнозирование результата. Нередко деформация наружного носа сочетается с патологией внутриносовых структур. При сочетании деформаций наружного носа и патологии внутриносовых структур лечение этой патологии нами выполнялось в один или два этапа. Внутриносовую коррекцию перегородки носа выполняли щадящей техникой с максимальным сохранением хрящевых структур. При

риносколиозе производится боковая, срединная и поперечная остеотомия. При смещениях хрящевой части носа обычно мобилизуется четырехугольных хрящ с отсечением его от крыльных хрящей. Хрящ устанавливается в срединное положение. Фиксация его обеспечивается ушиванием разреза слизистой оболочки, внутриносовыми тампонами и гипсовой повязкой.

Ринолордоз устраняется с помощью фрагмента аллогенного хряща. Однако при сочетании этой патологии с искривлением носовой перегородки первым этапом выполняется септоринопластика, коррекция формы носа относится на 2 этап, обычно через 3 месяца.

Результаты всех операций были оценены как положительные при первичном осмотре после снятия гипсовой повязки и в течение 1 месяца после операции. В отдалённом периоде ввиду неудовлетворённости формой носа обратилась одна пациентка. Развитие костной мозоли в месте удаления горба носа потребовало повторного вмешательства для его устранения. Была использована миниинвазивная методика с положительным результатом. Изменение формы носа не сказалось на функции носа негативно ни в одном случае.

Таким образом, эстетическая хирургия носа позволяет получить высокий результат. Для этого следует учитывать: а) психо-эмоциональный статус пациента, б) использовать разнообразную хирургическую технику, в) правильно планировать этапность операций при сочетанной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хоров А.О., Гриб А.К., Угляница Н.К.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Угляница К.Н.*

Рак молочной железы (РМЖ) в структуре онкологических заболеваний у женщин занимает первое место и третье – среди всего населения [1]. По данным ВОЗ, ежегодно в мире число первичных случаев РМЖ приближается к миллиону. Основу лечебной стратегии РМЖ составляет комплексная терапия, включающая локорегионарные (оперативно-лучевые) и системные (химио-гормонотерапия) воздействия. Одним из перспективных направлений в лечении РМЖ является неoadъювантная полихимиотерапия (ПХТ). Она ведет к уменьшению массы опухоли, что облегчает выполнение операции, предполагает воздействие на возможные субклинические метастазы и позволяет оценить чувствительность опухоли к ПХТ, а, значит, целесообразность ее дальнейшего использования в адъювантном режиме.

Целью работы были оценка эффективности неoadъювантной ПХТ, ее возможных токсических эффектов и влияние на течение послеоперационного периода у больных РМЖ.

В исследование включены 25 пациенток первичным РМЖ (T2-4N0-3M0) в возрасте от 27 до 60 лет. Началу ПХТ предшествовала трепанобиопсия опухоли для верификации диагноза, определения гормонального статуса и уровня Her-2/neu. В соответствии со стандартами пациенткам в 1 день последовательно в/в вводили (схема CAP) циклофосфан 500 мг/м², доксорубин 50 мг/м², фторурацил 500 мг/м². Интервал между курсами 3 недели. Количество курсов зависело от эффективности ПХТ и составляло от 2 до 4. (в среднем 3). Затем всем пациенткам выполнялась радикальная мастэктомия по Маддену.

Действие ПХТ на опухоль изучали в динамике (до начала курсов ПХТ и перед операцией) по ее линейным размерам путем пальпации, УЗИ и маммографии. Оценка эффективности лечения проводилась по критериям RECIST. Кроме того, определяли общий объективный ответ (сумма полных и частичных регрессий опухоли). Качество жизни пациенток оценивали по шкале Карновского, а токсичность ПХТ с частичным использованием критериев CTC-NCIC.

Как показали наши исследования, общий объективный ответ на ПХТ выявлен у 18 пациенток (72%), стабилизация процесса – у 7 (28%), прогрессирования рака не было. При этом