

ет воздействие на пациента, привлекая его к сотрудничеству, которое необходимо для проведения диагностических и лечебных мероприятий. С позиции стилистической классификации суффиксов субъективной оценки используемые в речи врачей уменьшительные суффиксы могут быть отнесены к группе одобрительно-характеристических, в которых преобладают именно качественно-эмоциональные характеристики признака, а не только понятие о размере.

Использование языковых средств смягчения в речи врачей тесно связано с выражением семантики количества. Так, форма множественного числа глагола при образовании форм вежливости не связана с плюральностью действия.

Форма множественного числа местоимения Вы закреплена языковой традицией как более вежливая. Употребление формы 1 лица множественного числа вместо формы 2 лица единственного числа позволяет нейтрализовать категоричность повелительных форм, смягчить требовательный характер высказывания, выразить значение сопричастного действия: «Отлично. Теперь уже мы здоровы», «Ну, не будем плакать, не нужно это...», «Будем лечиться».

Языковые средства выражения категории количества пересекаются с языковыми средствами категории субъективной оценки. Наиболее чётко эта связь прослеживается на морфологическом уровне, когда значение субъективной оценки выражается в неопределённо-количественных словах с помощью суффиксов -к-, -ык-, -ечк-, -еньк-, -оват- и т.д. («Теперь дадим пациенту немножечко отдохнуть»).

Безлично-предикативные слова часто используются в смягчительных целях. Наиболее употребительны безлично-предикативные слова, омонимичные наречиям на о.

Итак, в ситуациях динамики проведения лечебных и диагностических процедур, требующих языковой личностности, употребление средств смягчения более экономично и эффективно, обеспечивает соблюдение одного из главных принципов общения – принципа вежливости, тактичности, способствует созданию дружеской обстановки. Использование смягчительных языковых средств можно считать своеобразным речевым этикетом, выражением профессиональной вежливости врача по отношению к пациенту.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Мельченко Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Хронические и острые гнойно-некротические раны являются одной из самых распространённых нозологий в хирургии. Бактериальная контаминированность раны поддерживает воспаление и значительно замедляет течение репаративно-регенераторных процессов. В настоящее время самыми перспективными методами борьбы с гнойно-воспалительными процессами являются физические, в част-

ности, антимикробная фотодинамическая терапия.

Цель. Изучить влияние антимикробной фотодинамической терапии 1% спиртовым раствором хлорофиллипта в сочетании с комбинированным магнитосветолазерным излучением инфракрасной области спектра на скорость заживления гнойных ран.

Методы исследования. В период с 2013 по 2014 гг. на базе ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ» пролечено 42 пациента (38 мужчин, 4 женщины) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 34,5 года) с гнойными ранами мягких тканей посттравматического генеза, после вскрытия абсцессов и флегмон площадью от 10 до 100 см² (средняя площадь раны 40 см²). Вначале всем пациентам была выполнена хирургическая обработка ран, включающая в себя: иссечение по возможности всех некротизированных и нежизнеспособных тканей в ране в пределах здоровых тканей, выполняемое под адекватным обезболиванием; обеспечение гемостаза; обработка раны раствором антисептика (хлоргексидин).

После хирургической обработки гнойной раны, в зависимости от последующей проводимой терапии были выделены две группы больных, сопоставимые по возрасту и полу. 1-ая (контрольная) группа – 28 пациентов, 2-ая (опытная) группа – 14 пациентов. Больные, страдающие тяжелыми сопутствующими заболеваниями (в том числе, сахарным диабетом) были исключены из опыта.

Пациенты 1-ой группы получали традиционное лечение.

2-ой группе пациентов проводилось лечение с местной аппликацией 1% спиртового раствора хлорофиллипта в сочетании с комбинированной магнитосветолазерной терапией (установка «Люзар-МП»).

До начала лечения проверили чувствительность больных к хлорофиллипту.

После проверки на гиперчувствительность к препарату больным данной группы на раневую поверхность накладывали марлевую повязку с 1% спиртовым раствором хлорофиллипта, разведенного в отношении 1:5 в 0,9% растворе натрия хлорида (согласно аннотации для местного способа применения при лечении ран и трофических язв).

Экспозиция фотосенсибилизатора на раневой поверхности составляла 40-60 минут. После снятия повязки воздействовали на раневую поверхность комбинированным магнитосветолазерным излучением аппарата «Люзар-МП».

Использовалось излучение инфракрасного диапазона электромагнитного спектра с длиной волны 670 нм, выходная мощность 0,1-2 Вт, индукция магнитного поля 50-60 мТл. Дно раны с расстояния 1-2 см от поверхности облучали расфокусированным лучом (диаметр пятна облучения $\approx$ 0,5-0,8 см, с плотностью мощности 1 Вт/см²) сканирующими круговыми перемещениями световода в течение 15-20 минут в зависимости от размеров раневого дефекта. Плотность энергии составляла 30 Дж/см². После сеанса вновь накладывали повязку с 1% спиртовым раствором хлорофиллипта. На следующие сутки за 40-60 минут до сеанса облучения повязка дополнительно смачивалась спиртовым раствором хлорофиллипта и снималась непосредственно перед облу-

чением раны. Сеансы облучения и перевязки с хлорофиллиптом проводились в ежедневном режиме. У тестируемой группы пациентов хлорофиллипт использовался как в качестве фотосенсибилизатора, так и антисептика.

Результаты и их обсуждение. Для оценки течения раневого процесса использовались планиметрические методы, качественный и количественный бактериологический контроль; оценивались клинические признаки. У 2-ой группы наблюдалось ускорение некротической фазы раневого процесса, уменьшение количества фибриновых наложений, появление первых грануляций и краевой эпителизации в 3-3,5 раза быстрее; отсутствовала лимфорея. Скорость заживления раны оценивали по тесту Л.Н. Поповой на 3-и сутки. Процент уменьшения площади раны за сутки для 1-ой группы составил 4-5% (в среднем 4,3%), для 2-ой группы – 6-7% (в среднем 6,4%). Время очищения раны, рост активной грануляции, время подготовки раны к наложению вторичных швов 1-ой группы $12,5 \pm 1,8$ суток, 2-ой группы $4,5 \pm 2,5$ суток. Из раневого экссудата выделены *S.aureus*, *S.epidermidis*, *E.colli*, *P.aeruginosa*. После 2-3 сеансов фотодинамической терапии отмечено значительное уменьшение общей микробной обсемененности раны (при оценке по Д.М. Штейнбергу). Динамическое исследование препаратов-отпечатков раневой поверхности свидетельствует о значительном уменьшении лейкоцитарной реакции, флора скудная, единичные кокки в различных местах препарата. Срок пребывания больных в стационаре сократился в 1,5-2 раза с $12,5 \pm 1,3$ койко-дня у 1-ой группы до $8,5 \pm 1,6$ койко-дня у 2-ой группы.

Выводы. ФДТ 1% спиртовым раствором хлорофиллипта в сочетании с комбинированным магнитосветолазерным излучением инфракрасной области спектра обладает выраженным антибактериальным эффектом, увеличивает скорость заживления раны в 1,5 раза, сокращает среднюю продолжительность госпитализации в 1,5-2 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев, Ю. К. Раневая инфекция в хирургии: Учебное пособие / Ю. К. Абаев. - Мн.: Беларусь, 2003. – 293 с.
2. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей / В. С. Савельев и др. // Российские национальные рекомендации. - М., 2009. – 90 с.
3. Буйлин, В. А., Брехов, Е. И., Брыков В. И. Низкоинтенсивные лазеры в хирургии: реальность и перспективы / В. А. Буйлин, Е. И. Брехов, В. И. Брыков // Анналы хирургии. – 2003. - №2. – С. 8-10.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЕЙ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ АНТИГИСТАМИННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ II ПОКОЛЕНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ

Мешкова Р.Я., Витчук А.В.

Смоленская государственная медицинская академия

Актуальность. Хроническая спонтанная крапивница (ХСК) – заболевание, основным проявлением которого является появление волды-