

Р. А. БАЛАЯН

Կ НЕКОТОРЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН У НАСЕЛЕНИЯ ПЕЧОРСКОГО СЕВЕРА В ПЕРИОД АККЛИМАТИЗАЦИИ

Раневой процесс является сложным комплексом биологических явлений, находящихся в единстве с многообразными функциями целостного организма [1, 3—7, 9, 10, 12].

Если течение раневого процесса в условиях средних широт и Юга СССР изучено сравнительно хорошо, то вопрос течения раневого процесса на Крайнем Севере должного отражения в литературе не нашел. Насколько велико влияние северного климата на регенеративно-репаративные процессы в ране, можно судить при сравнении этих процессов у коренного и пришлого населения в период акклиматизации. Учитывая большой теоретический интерес и практическую значимость изучения особенностей заживления гнойных ран у населения Крайнего Севера в период акклиматизации, а также недостаточное и разноречивое освещение данного вопроса в литературе, мы поставили перед собой задачу—изучить сравнительные особенности заживления гнойных ран у местного и пришлого населения в зависимости от сроков пребывания последних на Севере.

Под нашим наблюдением находилась группа здоровых людей в возрасте 20—34 лет, пребывающих в одинаковых условиях питания, труда, жизни и быта. Мы изучили течение раневого процесса у 169 больных по поводу сравнительно небольших, неглубоких ран. Преимущественно это были резанные и ушибленные кожные раны, которые во время не были зашиты, а также зашитые раны, но с последующим расхождением швов. Для более детального сопоставления результатов наших наблюдений мы разделили всех больных на три группы в зависимости от сроков пребывания их на Севере. Первую группу составили 55 лиц местного населения, вторую—58 лиц пришлого населения, проживших на Севере к моменту получения травмы всего один год, третья группа включила 56 человек пришлого населения, проживших на Севере более одного года.

Для всех групп больных подбирались одинаковые по размерам и локализации раны со спокойным течением раневого процесса и отсутствием резко выраженных местных признаков острого воспаления в тканях и общих явлений (интоксикация, повышение температуры и др.). Всем больным проводилось одно и то же лечение: сухие стерильные повязки и повязки с различными антисептическими веществами.

Наши наблюдения за течением процесса заживления ран показали, что раневой процесс у больных второй группы имеет более затяжной характер и отличается следующими особенностями: а) раневой процесс протекает при сравнительно слабо выраженных явлениях гнойного воспаления; б) удлиняются сроки очищения ран, процесс нагноения длится дольше, протекает сравнительно вяло и с относительно скудным отделяемым; в) гранулирование раны протекает более вяло, грануляционная ткань отличается бледностью и легкой ранимостью; г) вялые регенеративные процессы в ране иногда приводили к своеобразному застою процесса заживления, из-за чего рана в течение нескольких дней оставалась без видимых изменений (размер, характер грануляции, отделяемого и др.); д) заживление ран с их полной эпителизацией заканчивалось на 9—12 дней позже; е) после заживления ран преимущественно образовывались более грубые рубцы.

В большинстве наших наблюдений особых различий в сроках и характере течения процесса заживления гнойных ран у больных первой и третьей групп нами не установлено.

Размеры ран и средние сроки их заживления приведены в табл. 1.

Таблица 1

Размеры ран в кв. см	Количество наблюдений	Распределение больных по группам			Средние сроки заживления ран в днях по группам		
		I	II	III	I	II	III
5—7	39	13	14	12	15,2	20,5	14,7
8—10	44	13	16	15	21,2	27,5	22,8
11—13	45	15	13	17	26	33,1	25,6
14—16	41	11	16	14	30,1	42,2	29,3

Сравнение данных трех групп больных показывает, что процесс заживления гнойных ран у второй группы протекает значительно медленнее, чем у первой группы; у больных третьей группы наблюдается сближение средних сроков заживления ран с показателями первой группы населения. Следовательно, раневой процесс у пришлого населения в период акклиматизации по сравнению с коренным и акклиматизированным пришлым населением протекает на фоне более замедленной регенеративной способности тканей, что, очевидно, зависит от состояния организма в период акклиматизации, в частности от его реактивных способностей.

При изучении течения раневого процесса мы имели возможность уже по макроскопическому виду раны судить о реактивности организма больного. Однако более точные данные для определения реактивности тканей и организма в целом можно получить при изучении отпечатков раневого экссудата. Таким объективным методом, определяющим репаративные сдвиги в регенерирующей ране и характеризующим реактив-

ность организма, является метод изучения отпечатков раневого экссудата, разработанный и предложенный М. П. Покровской и М. С. Макаровым [10]. Мы использовали этот метод у 38 из 169 больных с однотипными ранами (1-ая гр.—11, 2-я гр.—14, 3-я гр.—13 больных).

Сравнивая данные изученных отпечатков с клиническим течением раневого процесса, мы во всех случаях констатировали полный параллелизм между клиническим течением раневого процесса и клеточным составом цитограмм. Последние в подавляющем большинстве случаев свидетельствовали о более вялой тканевой реакции у больных второй группы по сравнению с цитограммами первой и третьей групп больных. При сопоставлении препаратов-отпечатков второй группы больных с препаратами-отпечатками первой и третьей групп больных обращала на себя внимание сравнительно слабая фагоцитарная способность лейкоцитов (микрофагов) у больных второй группы.

В препаратах второй группы больных отмечалось также более позднее появление профибробластов и полибластов. Количественно профибробласты и полибласты в препаратах первой и третьей групп больных в сравнении с препаратами второй группы больных обычно преобладали. У больных второй группы значительно чаще и в большем количестве встречались клетки Унна, а макрофаги и эозинофилы встречались значительно реже, чем у первой и третьей групп больных. Для цитограмм первой и, особенно, третьей группы больных, наряду с сравнительно большим увеличением клеток вообще, в частности нейтрофилов с более активной фагоцитарной реакцией, характерно более раннее появление и обилие профибробластов и полибластов с вызреванием и переходом последних в макрофаги Мечникова.

Одновременно с изучением цитограмм у 44 больных было произведено бактериологическое исследование раневого отделяемого. Изучение бактериальной флоры показало, что микробный профиль в ранах исключал возможность влияния последнего на особенности течения раневого процесса у той или иной группы населения, так как в большинстве случаев он был одинаковым для всех трех групп населения.

Для более убедительной характеристики особенностей заживления гнойных ран у пришлого населения Печорского Севера в период акклиматизации несомненное значение имеет изучение скорости заживления ран как объективного показателя степени активности регенеративно-репаративных процессов в них. Мы поставили перед собой задачу—сравнить данные скорости заживления ран у местного, пришлого акклиматизированного и неакклиматизированного населения. Наряду с клиническими наблюдениями за течением раневого процесса у 77 больных нами определялась средняя суточная скорость заживления ран. Объектом наших наблюдений мы взяли раны плеча и предплечий с раневой поверхностью от 900 до 1500 кв. мм. Для изучения средней суточной скорости заживления ран мы использовали один из описанных в литературе [8] методов, основанный на учете уменьшения величины поверхности раны путем регулярного ее изменения [8].

Как известно, при всех прочих равных условиях (питание, возраст и т. д.) скорость заживления ран зависит также от их локализации и размеров, поэтому в каждую группу подбирались больные с однотипными по характеру, величине и локализации ранами. Результаты изучения среднесуточной скорости заживления ран приведены в табл. 2.

Таблица 2

Средняя суточная скорость заживления ран по группам населения, выраженная в квадратных миллиметрах			
I группа	II группа		III группа
41,2	34,3	44,2	44,3
40,3	33,5	34,3	41,2
51,4	37,0	33,2	49,6
45,3	33,4	39,6	46,0
43,4	34,2	34,3	47,6
42,1	35,2	33,4	51,4
47,2	32,9	36,3	45,1
49,3	34,5	34,4	43,5
45,0	31,4	40,2	48,3
46,3	39,2	38,0	40,3
47,5	34,4	39,7	47,5
48,4	33,5	43,1	44,1
43,3	48,3	39,5	44,8
44,2	32,4	42,2	47,5
47,4	33,4	40,2	45,3
44,7	32,2	39,3	42,2
46,2	35,1		43,5
	35,1		43,5
	33,3		47,3
	34,3		46,3
	32,3		51,5
	38,3		48,8
	33,5		47,0
Средняя величина средней суточной скорости	45,4	36,2	46,0

Из таблицы следует, что средняя величина среднесуточной скорости заживления ран у больных второй группы населения значительно меньше, чем у больных первой и третьей групп. Существенного различия между показателями средней величины средней суточной скорости заживления ран у больных первой и третьей групп не отмечается.

При рассмотрении полученных результатов средней суточной скорости заживления ран не по средним величинам, а по крайним вариантам средней суточной скорости видно, что и в этом случае наименьшие цифры средней суточной скорости заживления ран также наблюдаются у больных второй группы населения.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

1. У пришлого населения Печорского Севера в период акклиматизации отмечается снижение скорости заживления гнойных ран, обусловленное снижением активности регенеративно-репаративных процессов.

2. Снижение активности регенеративно-репаративных процессов носит временный характер, и уже через год отмечается тенденция к увеличению скорости заживления ран до уровня скорости заживления у местного населения.

Отделенческая больница
ст. Печора Северной
железной дороги

Поступило 11/XII 1967 г.

Ռ. Ա. ԲԱՎԱՅԱՆ

ՊԵՉՈՐԱԿԱՆ ՀՅՈՒՄԻՍԻ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ՎԵՐՔԵՐԻ ԼԱՎԱՑՄԱՆ
ՄԻ ՔԱՆԻ ԱՌԱՆՁԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ՝ ԱԿԼԻՄԱՏԻԶԱՑԻԱՅԻ
ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Պեչորական Հյուսիսի 169 հիվանդների մոտ հեղինակը ուսումնասիրել է թարախային վերքերի լավացման առանձնահատկությունները և հաստատել, որ Պեչորական Հյուսիսի եկվոր բնակչության մոտ ակիմատիզացիայի շրջանում նկատվում է վերքի լավացման դանդաղում: Բացի այդ, ռեզեններիցիոն-ռեպարատիվ պրոցեսների նվազումը կրում է ժամանակավոր բնույթ: Մեկ տարի հետո նկատվում է վերքերի լավացման արագացման աճ, ընդհուպ մինչև տեղական բնակչության վերքերի լավացման մակարդակը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аничков Н. Н., Волкова К. Г., Гаршин В. Г. Морфология заживления ран. М., 1951.
2. Бурденко Н. Н. Труды III сессии АМН СССР. М., 1947, стр. 3.
3. Вишневский А. А. Хирургия, 1953, 7, стр. 37.
4. Гирголав С. С. Сб. в ознамен. 40-летия научной врачебной и педагогической деятельности проф. С. П. Федорова. М.—Л., 1933, стр. 46.
5. Гориневская В. В. Современные методы лечения ран. М., 1942.
6. Давыдовский И. В. Сб. трудов, посвященный 60-летию со дня рождения и 35-летию научной, педагогической и общественной деятельности акад. Н. Н. Аничкова. Л., 1946, стр. 6.
7. Парфенов А. П., Кунгурцева Л. А. Военно-морской врач, 1944, 4, стр. 25.
8. Петров Н. Н. В кн.: Лечение ранений под ред. Н. Н. Петрова. Л., 1938, стр. 5.
9. Пирогов Н. И. Начал военно-полевой хирургии, т. I, II. М.—Л., 1941—1944.
10. Покровская М. П., Макаров М. С. Цитология раневого экссудата как показатель процесса заживления ран. М., 1942.
11. Руфанов И. Г. Труды II сессии АМН СССР. М., 1947, стр. 3.