

РАНЕВОЙ ПРОЦЕСС

- Независимо от характера заживления раны мягких тканей можно выделить следующие синдромы: воспаления (местное и общее различной степени выраженности), болевой. Во второй фазе раневого процесса возможно развитие синдрома метаболических и трофических нарушений с вялым развитием грануляционной ткани или гипергрануляцией.
-
-
- Основной метод лечения ран оперативный (первичная и вторичная хирургическая обработка, различные способы закрытия раневого дефекта).
- Вместе с ним используют антибактериальную терапию, дренирование ран, препараты некролитического действия (протеолитические ферменты), стимуляторы репаративной регенерации (витамины, гормоны - анаболические стероиды, минералокортикоидные, половые и др.) и иммунотерапию.

- Задачи физиотерапии, применяемой во всех фазах раневого процесса: Подавление патогенной микрофлоры, недопущение или ликвидация нежелательных проявлений течения воспаления в ране (чрезмерная гидратация, задержка отторжения нежизнеспособных тканей, купирование боли, стимуляция регенераторно-репаративных процессов - созревание грануляции, эпителизацию, формирование минимальных рубцов, Восстановление изменений микроциркуляции, активация неспецифических факторов иммунологической резистентности) ..
-
- Физические методы лечения применяют для заживления ран соответствии с фазой раневого процесса.
- При неинфицированных ранах в первой фазе, а в зависимости от характера течения повреждения и во второй физические факторы используются для борьбы с инфекцией (бактерицидные методы), стимуляции иммунитета (иммуностимулирующие методы), ограничение отека и воспаления (противовоспалительные методы), уменьшение боли (анальгетические методы).
- Во второй фазе для индукции формирования грануляции применяют репаративные-регенеративные, трофостимулирующие и сосудорасширяющие методы. В третью фазу методы используют для формирования структурно упорядоченного рубца (фибромодулирующие методы).

- Особенности ход асептических ран заживают первичным натяжением (малое количество некротических масс, отсутствие грануляционной ткани) объясняют различие их лечения от лечения гнойных ран. В их лечении не применяют методы бактерицидного действия с некролитическим эффектом. При таких ранах в первой фазе раневого процесса применяют методы, не используемые в лечении гнойных ран.
-
- Методы физиотерапии воспалительного синдрома используют преимущественно в первой и второй фазах раневого процесса, так свойственные им патоморфологические и другие изменения в тканях соответствуют фазам течения воспаления, процессом репаративной регенерации, завершающийся.
-
- Трофические нарушения в раневого процесса возникают, когда во второй и третьей фазах происходят задержка роста и созревания грануляции, сроков эпителизацию или их ускоренное развитие.
- При соблюдении же оптимальных темпов заживления ран лечение, направленное на улучшение трофики тканей в области раны (в основном за счет влияния на метаболизм и локальный кровоток),, в том числе и методы связано с лечением воспалительного синдрома, при котором естественно есть нарушения трофики.

- ◎ При нарушении роста и созревания грануляции применяют репаративные-регенераторные и сосудорасширяющие методы, а с целью предотвращения образования грубых рубцов - фибромодулирующие.

- Физиотерапия начинают на 2-й день после хирургической обработки раны. Перед проведением процедур в первой фазе (при необходимости и во второй фазе) на открытой ране (не через повязку) ее следует очистить от гнойных масс.
- В первой фазе раневого процесса для лечения воспалительного синдрома применяют бактерицидные, противовоспалительные, некролитические и иммуностимулирующие методы; во второй фазе используют те же методы, за исключением некролитических. Анальгетические методы применяют в основном в течение первой, реже второй фазы раневого процесса.
- Репаративные-регенеративные и сосудорасширяющие методы, направленные на лечение синдрома метаболических и трофических нарушений, назначают во второй и третьей фазах, а фибромодулирующие - в третий.



