Ставропольская Государственная Медицинская Академия

Кафедра Общей хирургии

**Реферат**

**«Раны: классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы лечения ран»**

Выполнила: Бондаренко Ю.Е.(335 гр.)

Ставрополь, 2011

План реферата

1. Общие понятия. Классификация

. Типы заживления раны

. Патофизиология раневого процесса

. Общие принципы лечения ран

Список использованной литературы

1. Общие понятия. Классификация

Рана - это повреждение тканей и органов, которое возникает одновременно с нарушением целостности кожи и слизистых оболочек вследствие ряда причин.

Классическими признаками, на основании которых можно сразу установить наличие раны, являются:

) боль;

) зияние;

) кровотечение.

Классификация ран.

По этиологии (в зависимости от вида травмирующего агента).

. Хирургические (наносятся в условиях операционной, являются асептическими).

. Случайные.

В зависимости от вида травмирующего агента.

. Резаные.

. Колотые.

. Рубленые.

. Укушенные.

. Ушибленные.

. Размозженные.

. Рваные.

. Огнестрельные.

. Ожоговые.

. Смешанные.

В зависимости от наличия микрофлоры в ране и ее количества.

. Асептические.

. Микробно-загрязненные.

. Гнойные.

По отношению к полостям тела.

. Проникающие.

. Непроникающие.

В зависимости от наличия осложнений.

. Осложненные.

. Неосложненные.

Факторами, способствующими возникновению осложнений, являются характер и степень повреждения тканей, наличие в ране сгустков крови, участков некротизированных тканей, инородных тел, микрофлоры, ее количество и вирулентность.

. Типы заживления раны

) первичным натяжением (без нагноения);

) вторичным натяжением (с обязательной фазой нагноения раны и развития грануляций);

) под струпом.

Тип заживления раны крайне важен, поскольку определяет клиническое течение раневого процесса и всю врачебную тактику. Любая рана может зажить без нагноения или с ним. Все зависит от выполнения ряда условий.

Условия заживления первичным натяжением.

. Отсутствие высокой микробной загрязненности раны.

. Отсутствие в ране инородных тел сгустков крови и нежизнеспособных тканей.

. Достаточное кровоснабжение.

. Точное сопоставление краев раны, отсутствие натяжения и карманов.

. Сохранение иннервации краев раны.

. Отсутствие метаболических нарушений (при декомпенсированном сахарном диабете).

Любую рану следует стараться привести в соответствие с этими условиями, поскольку в этом случае лечение займет гораздо меньше времени.

Течение раневого процесса имеет фазный характер, и хирурги давно заметили это. Предпринимались различные попытки классификации фаз раневого процесса. По Пирогову рана проходит три стадии - отека, очищения раны, гранулирования.

По Калиеву выделяют ранний период, дегенеративно-воспалительный период, фазу восстановления.

Современная классификация фаз раневого процесса предложена М. И. Кузиным. Он выделяет фазы:

) воспаления;

) пролиферации;

) регенерации (рубцевания).

. Патофизиология раневого процесса

Фаза воспаления. Первый этап на пути к заживлению раны. Процесс заживления раны начинается с того момента, когда в ране под действием плазменных факторов свертывания и тромбоцитарного звена гемостаза останавливается кровотечение. В ране и окружающих тканях формируется ацидоз вследствие нарушения кровоснабжения поврежденных участков и накопления органических кислот. Если нормальное значение рН внутренней среды организма 7,3, в ране рН может снижаться до 5 и даже ниже. При чрезмерном закислении в ране нарушаются процессы иммунной защиты, но в целом ацидоз в ране носит защитный характер, поскольку препятствует активному размножению микроорганизмов. Увеличение кислотности тканей приводит к их гидрофильности и параллельному увеличению проницаемости капилляров. Параллельно с развитием ацидоза возникает и гиперкалиемия. Происходит активная экссудация в рану, что способствует ее очищению. Одновременные отек и набухание краев раны приводят к их сближению и совмещению, благодаря чему зона воспаления отграничивается от окружающей среды. Одновременно происходит склеивание краев раны при точном их сопоставлении благодаря выпадению фибрина на стенках раны. В ране происходит изменение метаболизма, обменные процессы сдвигаются в сторону катаболизма. Одновременно наблюдается миграция клеток воспаления (макрофагов, полиморфноядерных лейкоцитов, лимфоцитов) в рану. Эти клетки под действием медиаторов воспаления производят выброс в рану ферментов и биологически активных веществ. Протеазы способствуют лизису нежизнеспособных тканей. Оксидаза препятствует чрезмерному накоплению токсинов. Супероксиддисмутаза приводит к накоплению активных форм кислорода, которые оказывают токсическое действие на микроорганизмы. Липаза разрушает защитные оболочки микробных клеток и делает их доступными для действия других факторов защиты. Параллельно в ране наблюдается и повышение сывороточных факторов защиты. В конце фазы воспаления наблюдаются очищение раны от продуктов распада (если они имелись), плавный переход в следующую фазу. При заживлении раны первичным натяжением эта фаза короткая и занимает 2-3 суток, но при заживлении раны вторичным натяжением и ее нагноении эта фаза может длиться более недели.

Фаза пролиферации. Длится до 14-28 дней с момента ранения. Характеризуется преобладанием процессов гранулирования. Грануляции - это молодая соединительная ткань, которая содержит большое количество клеточных элементов, способных к пролиферации. Улучшается трофика тканей, происходит врастание новых капилляров во вновь образованные ткани, улучшаются процессы микроциркуляции, уменьшается отек тканей. Метаболические процессы опять сдвигаются в сторону анаболизма.

Фаза регенерации. В зависимости от того как происходило заживление раны (первичным или вторичным натяжением), либо наблюдается эпителизация раны путем наползания эпителия с краев раны (происходит заживление под струпом или первичным натяжением), либо формируется грубый соединительнотканный рубец (происходит заживление вторичным натяжением).

. Общие принципы лечения ран

При лечении случайных ран следует стремиться к тому, чтобы заживление раны происходило первичным натяжением. Это предусматривается проведением первичной хирургической обработки раны.

На этапе первой помощи необходимо добиться остановки кровотечения, рану закрывают асептической повязкой. Если имеются повреждения костного аппарата, производят шинирование. На этапе квалифицированной врачебной помощи проводят окончательную остановку кровотечения и выполняют хирургическую обработку раны. Хирургическая обработка раны включает в себя:

) остановку кровотечения;

) ревизию полости раны, удаление инородных тел и нежизнеспособных тканей;

) иссечение краев раны, обработку антисептиками;

) сопоставление краев раны (наложение швов).

В зависимости от времени проведения хирургической обработки выделяют:

) первичную хирургическую обработку (до 6 ч с момента ранения);

) отсроченную хирургическую обработку (6-24 ч с момента ранения);

) позднюю хирургическую обработку (по прошествии 24 ч после ранения).

При первичной хирургической обработке добиваются выполнения условий, при которых рана заживет первичным натяжением. Но не всегда это выполнимо и необходимо. В некоторых случаях более целесообразно оставить рану заживать первичным натяжением. Иссекая края раны, не следует стремиться удалить как можно больше тканей. Необходимо удалить только нежизнеспособные, с тем чтобы провести затем адекватное сопоставление краев раны без сильного натяжения (поскольку при сильном натяжении происходит ишемизация краев раны, что затрудняет заживление).

Завершающим этапом первой хирургической обработки является наложение швов на рану. В зависимости от времени и условий наложения выделяют швы:

) первичные. Накладываются и затягиваются сразу же после первичной хирургической обработки. Рана зашивается наглухо. Условие для наложения первичных швов - с момента ранения должно пройти не более 6 ч. При выполнении профилактической антибиотикотерапии это срок может быть увеличен до 24 ч;

) первично-отсроченные швы. После первичной хирургической обработки раны через все слои проводят нить, но не завязывают ее. На рану накладывают асептическую повязку. В последующем при отсутствии признаков воспаления, гнойного экссудата повязку снимают и рану закрывают, завязывая швы;

) вторичные ранние швы. Накладываются на гнойную рану после ее очищения и начала гранулирования. Края раны сводятся, что уменьшает ее размер и ускоряет заживление;

) вторичные поздние швы. Накладываются после образования рубца, который иссекают. Края раны сопоставляют.

Лечение гнойной раны отличается от лечения раны без признаков воспаления.

Принципы активного хирургического лечения гнойных ран и острых гнойных хирургических заболеваний.

. Хирургическая обработка раны или гнойного очага.

. Дренирование раны полихлорвиниловым дренажем и длительное промывание ее растворами антисептиков.

. Раннее закрытие раны с помощью первично-отсроченных, ранних вторичных швов и кожной пластики.

. Общая и местная антибактериальная терапия.

. Повышение специфической и неспецифической реактивности организма.

. Особенности течения и лечения различных видов ран

Резаная рана (если нет инфекции) в норме всегда заживает первичным натяжением, поскольку соблюдаются все условия. Рубленые, ушибленные и тем более рваные раны заживают вторичным натяжением. Поэтому все эти виды ран переводят в резаные путем проведения первичной хирургической обработки.

Укушенные раны. Особенностью укушенных ран, нанесенных животными, является то, что они обильно загрязнены слюной. Слюна животных содержит большое количество гноеродной флоры, но гнойный процесс мало отличается от обычного. Укусы кошек к тому же могут сопровождаться явлениями аллергии, поскольку кошачьи белки являются сильным аллергеном. При сочетании укусов и царапин может развиться специфическое воспалительное заболевание - фелиноз. Укусы человека при отсутствии лечения протекают очень тяжело. В слюне человека большое количество анаэробных микроорганизмов, и потому, если развивается воспаление, оно носит гнилостный характер. К тому же микроорганизмы, выделенные от человека, обладают устойчивостью ко многим антибиотикам.

Огнестрельные раны. Тяжесть ранения зависит от вида заряда и его кинетической энергии. Огнестрельная рана характеризуется тем, что в ней выделяют несколько зон повреждения ткани.

. Собственно раневой канал, который формируется снарядом. Содержит сам снаряд, частицы пороха, пороховые газы, фрагменты одежды, сгустки крови.

. Зона первичного некроза тканей вокруг раневого канала. Она формируется из-за раздавливающего эффекта пулевой волны.

. Зона молекулярного сотрясения. Это зона повреждения клеток, в которой нарушается микроциркуляция и развиваются некробиотические процессы. Это состояние потенциально обратимо, но чаще всего события развиваются в неблагоприятном направлении, зона некроза расширяется.

Особенностью ведения огнестрельной раны являются широкое рассечение по всему ходу раневого канала и удаление некротизированной ткани. В мирное время можно накладывать первичные швы. В военных условиях накладывают первично-отсроченные швы.

Гнойная рана. Лечение проводится соответственно фазам раневого процесса.

. В фазу воспаления проводят местное лечение: ежедневно делают перевязки с применением всего спектра механических, физических, химических методов антисептики. При показаниях (обильной экссудации) проводят более частые перевязки. Поврежденный участок иммобилизуют, проводят дезинтоксикационную и антибактериальную терапию. Антибиотики назначают с учетом чувствительности выделенной микрофлоры, длительность курса - до 3 суток нормальной температуры.

. В фазу пролиферации, когда уже нет экссудата и рана заполнена грануляциями, местное лечение делают более щадящим. Перевязки урежают (чтобы не травмировать грануляционную ткань), рану не промывают. В рану вводят мази, способствующие регенерации тканей (метилурациловую, актовегиновую). Проводят активную физиотерапию (УВЧ, лазер- и магнитотерапию).

. В фазу регенерации активное лечение не показано.

рана лечение заживление

Список использованной литературы

. “Хирургические болезни” под ред. - B. C. Савельева, А. И. Кириенко

. “Хирургия” - Г. П. Рычагов, П. В. Гарелик, В. Е. Кремень и др.

. “Общая хирургия” - Рычагов Г. П., Гарелик П. В., Мартов Ю. Б.

. “Общая хирургия” - П. Н. Зубарев, М. И. Лыткина, М.В. Епифанова

. Методические разработки кафедры общей хирургии СТГМА