

Если *рана* велика и края ее сильно раздвинуты вследствие скопления большого количества свертков крови, выраженного воспаления и травматического отека, расплавление мертвых масс происходит с участием микроорганизмов (вторичное очищение раны).

Раневой дефект выполняется большим количеством **грануляционной ткани**, после созревания которой остается грубый рубец. Эпителизация его происходит медленнее, чем при заживлении раны первичным натяжением. Такие рубцы обычно представляют собой толстые пучки коллагеновых волокон, нередко подвергающихся

гиалинозу

. Они бедны сосудами, придатки кожи в них отсутствуют, а покрывающий эпителий тоньше обычного и лишен сосочков. Такое заживление раны называется заживлением посредством

вторичного натяжения

(per secundam intentionem) или заживлением посредством гранулирования раны (per graimiationem). Различные варианты заживления раны определяются размерами раневой поверхности или раневого канала, количеством выполняющих ее некротических масс, инфицированностью раны и особенностями реактивности организма.

Инкапсуляция и организация мертвых элементов. Если в результате патологического процесса сформировался участок некроза, в дальнейшем он подвергается лизису и быстрому замещению соединительной тканью, сначала незрелой, а далее превращающейся в рубцовую. В некоторых случаях мертвые структуры не распадаются, а обрастают соединительной тканью — некапсулируются и отграничиваются от сохранившейся части органа. Соединительнотканному замещению или инкапсуляции подвергаются зоны инфарктов, концентрации воспалительных экссудатов, тромбы, гематомы, различные инородные тела, бактерии. Вокруг инородных тел в грануляционной ткани бывает скапливаются гигантские клетки, имеющие в цитоплазме множество ядер. Такие гигантские клетки способны фагоцитировать инородные тела и медленно лизировать их.

Прочитать еще:

1) [Селезенка и почки при венозном застое](#)

2) [Тромбообразование](#)

3) [Источники тромбоэмболии](#)