**Кризина Павло Степанович. Морфофункціональна оцінка перебігу ранового процесу при застосуванні ксенопротекторів, антимікробних середників та біостимуляторів при місцевому лікуванні інфікованих ран (експериментальне дослідження) : дис... д-ра мед. наук: 14.03.01 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2006. — 290арк. : іл. — Бібліогр.: арк. 252-290.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Кризина П.С. Морфофункціональна оцінка перебігу ранового процесу при застосуванні ксенопротекторів, антимікробних середників та біостимуляторів при місцевому лікуванні інфікованих ран (експериментальне дослідження). - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук зі спеціальності 14.03.01 - нормальна анатомія. - Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2007.  Дисертація присвячена проблемі біостимуляційній корекції регенеративних процесів в екпериментальних умовах та клініці, а також створенню і застосуванню нових лікарських форм та визначенню оптимальних термінів виконання аутодерматопластики. Встановлено, що нові лікарські середники забеспечують протекторну, антимікробну, сорбційну і знеболювальну дії та стимулюють регенеративні процеси, мають значні економічні переваги за рахунок скорочення термінів лікування і витрат коштів. Також експериментально встановлено, що оптимальними строками виконання аутодерматопластики є 6-8-ма доба, коли грануляційна тканина є зрілою, що обумовлює найкращі умови відновлення судинної трофіки у трансплантатів. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертації наведені нові відомості з ключових питань щодо вирішення наукової проблеми лікування ран, можливостей корекції регенеративно-репаративних процесів у тканинних структурах інфікованих та опікових ран ІІ і ІІІА ступенів, а також експериментально визначені оптимальні строки виконання аутодерматопластики, яка необхідна при місцевому лікуванні ран зі значним шкірним дефектом. Викладено експериментальне обгрунтування щодо створення і застосування нових лікарських форм: «Фероцелю», «Фероклею», «Фероклею-С» і «Фероклею-Ц» в експериментальних умовах.  2. Досліджувані ранові ксенопротектори (АВВМ-«Дніпро»-МП, штучна шкіра, ГЦП, клей БФ-6) виявляють достатній захист тканинних структур ран від шкідливого впливу навколишнього середовища (температури, вологи, висихання, механічного пошкодження, повторного реінфікування тощо), забезпечують протекторну і сорбційну функції, не перешкоджують контракації ран, не викликають алергічних, цитостатичних і цитотоксичних змін в тканинних структурах ран та їх оточення, не порушують закономірності перебігу фаз ранового процесу. Вони можуть застосовуватися при наданні первинної невідкладної медичної допомоги пораненим та потерпілим від травматичних і термічних ушкоджень шкірних покривів тіла людини і як «матриці-носії» (ГЦП, клей-БФ-6) при створенні нових лікарських форм.  3. Застосування НДФМП при місцевому лікуванні експериментальних площинних інфікованих і неінфікованих ран підвищує енергетичний потенціал, стимулює саногенетичні процеси в тканинних структурах ран та їх оточення, скорочує терміни перебігу фаз ранового процесу та загоєння ран. Це підтверджує перспективність їх застосування, як біологічно активних з полідією середників, при створенні нових лікарських форм для місцевого лікування інфікованих ран за умов іммобілізації їх в адекватні «матриці-носії».  4. Місцеве застосування ранових ксенопротекторів, антимікробних середників, НДФМП, «Фероцелю», «Фероклею», «Фероклею-С» і «Фероклею-Ц» позитивно впливає на перебіг ранового процесу в експериментальних площинних неінфікованих та інфікованих ранах: захищають тканинно-клітинні структури ран від негативного впливу навколишнього середовища (реінфікування, висихання, вологи, механічного пошкодження) впродовж всього терміну лікування, не викликають місцево подразнювальної, цитостатичної, цитотоксичної та алергизуючої дії, забезпечують попередження ранового та перифокального запалення і підтримку життєздатності ушкоджених тканин та відновлення функції судин гемомікроциркуляторного русла.  5. Ранові ксенопротектори – клей БФ-6 і ГЦП завдяки власним фармакологічним властивостям стимулюють процеси регенерації, що підтверджується скороченням термінів перебігу фаз ранового процесу та загоєнням ран.  6. Застосування іммобілізованих на АВВМ-«Дніпро»-МП левоміцетину і декаметоксину при місцевому лікуванні експериментальних площинних інфікованих ран позитивно впливає на перебіг фаз ранового процесу завдяки наявності протекторних, сорбційних і антимікробних властивостей, що доводить перевагу двокомпонентних лікарських середників над лікарськими серендниками з монодією.  7. Експериментально доведено, що оптимальними термінами виконання аутодерматопластики є шоста-восьма доба, коли в дозрілій грануляційній тканині більша частина капілярів росташована вертикально до її поверхні, що призводить до створення сприятливих умов для відновлення кровотоку в пересаджених шкірних клаптях.  8. «Фероцель» і «Фероклеї» при місцевому лікуванні інфікованих ран та опіків ІІ-ІІІА ступеня в експериментальних умовах істотно стимулюють перебіг фаз ранового процесу, активізують репаративно-регенеративні і саногенетичні процеси, що призводить до скорочення термінів перебігу фаз ранового процесу, в середньому, на 6,4±1,6 доби. З третьої-п’ятої доби стимулюється проліферація фібробластів, що запобігає хронізації запального процесу і розвитоку проліферативних змін, які є чинниками формування грубого волокнистого або келоїдного рубця.   1. Створені нові лікарські середники не мають аналогів, можуть застосову-   ватися при місцевому лікуванні інфікованих ран, травматичних і термічних ушкоджень шкірних покривів впродовж всіх фаз ранового процесу завдяки таким перевагам: а) легко накладаються і знімаються за будь-яких умов не викликаючи кровотеч і больових подразнень; б) дозволяють візуально спостерігати за станом ран та перебігом ранового процесу. | |