

REFERENCES

1. El-Naggar A.K., Chan J.K.C., Grandis J.R., Takata T., Slootweg P.J. WHO Classification of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press, 4th edition, Volume 9, 2017:159-202.
2. Tian Z., Li L., Wang L., Hu Y., Li J. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39:235-242.
3. Lyu H.X., Wang Z.R., Gao Y.Q., Yu M., Li B.Q., Zhang Z.B. Clinical pathologic analysis on 3 724 cases of salivary gland tumors. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2019 Jan 9;54(1):10-16.
4. Spiro R.H. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. *Head Neck Surg.* [Internet]. cited 2017 Jul 9];8(3):177-184.
5. Wang X-d, Meng L-j, Hou T-t, et al. Tumours of the salivary glands in northeastern China: a retrospective study of 2508 patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015;53:132-137.
6. Gazal' A. S., Izatulin V. G., Leven I. I. i dr Morphological substantiation of improvement of puncture of the parotid salivary glands. *Sibirskij medicinskij zhurnal — Irkutsk.* 2007;5:17-20.
7. Sotelo-Gavito J.J., Pérez-Montaña M., Alderete-Vázquez G., Capetillo-Hernández G., Grube-Pagola P. Salivary gland tumors in Veracruz. Experience of two institutions. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018 Mar-Apr;56(2):148-153.
8. Da Silva L. P., Serpa M. S., Viveiros S. K., Sena D. A. C., de Carvalho Pinho R. F., de Abreu Guimarães L. D., de Souza L. B. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a 20-year retrospective and multicentric study of 2292 cases. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* Volume 46, Issue 12, December 2018, Pages 2227-2233.

Надійшла 21.02.19



УДК 616.311+617.52/.53]002.36:615.281:615.38:616-003.93

В. О. Маланчук д. мед. н., *А. В. СидорякоНаціональний медичний університет
ім. О. О. Богомольця*Державний заклад «Запорізька медична академія
післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я
України»

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ФЛЕГМОНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ
ДІЛЯНКИ ТА ШИЇ В ПОЄДНАННІ
З ЛІМФОТРОПНОЮ
АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЮ ТЕРАПІЄЮ,
ВАКУУМНИМ ДРЕНУВАННЯМ
ТА ПЛАЗМОЛІФТИНГОМ**

Лімфатична система відіграє важливу роль в розвитку та патогенезі гнійно-запальних захворювань. Вона забезпечує затримку мікробіотів у лімфатичних вузлах, де створюється, так зване, «токсичне депо». Отже, ендолімфатичне введення антибіотиків, імуномодуляторів, антиоксидантів, антикоагулянтів є патогенічно обгрунтованим. Другим дуже важливим методом лікування флегмон на стадії репарації - плазмоліфтинг. Це один з відомих засобів біомедичної терапії, при якому використовують власні біоматеріали пацієнта, що забезпечує повну біосумісність і виключає можливість виникнення алергічних реакцій.

Мета дослідження. Підвищити ефективність дії антибіотика на запальний процес в ексудативній фазі, та стимулювати репаративні процеси у рані на стадії проліферації при лікуванні хворих на флегмони щелепно-лицьової ділянки.

Матеріали та методи. Було проліковано 120 хворих з одонтогенними флегмонами. Хворі при надходженні до стаціонару були розподілені на 2 групи: 1 гр. – 60 хворих, в яких лікування проводилось традиційним методом. 2 гр. – 60 хворих, лікування яких проводилось в тому, що до традиційного методу лікування на стадії ексудації було застосовано введення лімфотропно другого антибактеріального препарату «Лінкомицину». На стадії репарації була застосована аутоплазма, збагачена тромбоцитами, яку отримували методом обробки крові пацієнта за допомогою спеціального набору вакуумних біотехнологічних пробірок і особливого принципу центрифугування.

Висновки. Регіонарне лімфотропне введення антибіотика при лікуванні флегмон щелепно-лицьової ділянки та шиї призводить до більш ефективної дії на запальний процес, прискорює перехід до другої фази розвитку запалення. Введення аутоплазми багатой тромбоцитами в м'які тканини навколо вогнища запалення стимулює проліферацію та прискорює процес регенерації, загоєння рани

Ключеві слова: Флегмона, щелепно-лицьова ділянка, регіонарна антибактеріальна терапія

В. А. Маланчук, *А. В. СидорякоНаціональний Медичний Університет
ім. А.А. Богомольця*ГУ «Запорожская медицинская академия
последипломного образования МЗ Украины»

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ И ШЕИ В СОЧЕТАНИИ
С ЛИМФОТРОПНОЙ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ВАКУУМНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ
И ПЛАЗМОЛИФТИНГОМ**

Актуальность. Лимфатическая система играет важную роль в развитии и патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний. Она обеспечивает задержку микроорганизмов в лимфатических узлах, где создается так называемое «токсическое депо». И так, эндолимфатическое введение антибиотиков, иммуномодуляторов, антиоксидантов, антикоагулянтов является патогенічно обоснованным. Вторым очень важным методом лечения флегмон на стадии репарации - плазмолифтинг. Это один из известных средств биомедичной терапии, при котором используют собственные биоматериалы пациента, обеспечивает полную биосовместимость и исключает возможность возникновения аллергических реакций.

Цель работы. Повысить эффективность действия антибиотика на воспалительный процесс в экссудативной фазе, и стимулировать репаративные процессы в ране на стадии пролиферации при лечении больных флегмоны челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Было пролечено 120 больных с одонтогенными флегмонами. Больные при поступлении в стационар были разделены на 2 группы: 1 гр. – 60 больных, у которых лечение проводилось традиционным методом. 2 гр. – 60 больных, лечение которых заключалось в том, что к традиционному методу лечения на стадии экссудации было применено введение лимфотропного второго антибактеріального препарата «Линкомицина». На стадии репарації была применена аутоплазма, обогащенную тромбоцитами, которую получали методом

обробки крові пацієнта з допомогою спеціального набору вакуумних біотехнологічних пробірок і особого принципу центрифугування.

Висновки. Регионарне лімфотропне введення антибіотика при ліченні флегмон челюстно-лицевої області і шее приводить к более ефективному воздействию на воспалительный процесс, ускоряет переход ко второй фазе развития воспаления. Введение аутоплазмы богатой тромбоцитами в мягкие ткани вокруг очага воспаления стимулирует пролиферацию и ускоряет процесс регенерации, заживления раны

Ключевые слова: Флегмона, челюстно-лицевая область, регионарная антибактериальная терапия.

V.A. Malanchuk, A.V. Sidoryaka

National Medical University named after A.A. Bogomolets
State Establishment "Zaporizhzhya Medical Academy
of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine"

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PHLEGMONAS OF THE MAXILLO-FACIAL AREA AND NECK IN COMBINATION WITH LYMPHOTROPIC ANTIBACTERIAL THERAPY, VACUUM DRAINAGE AND PLASMOLIFTING

ABSTRACT

Relevance. The lymphatic system plays an important role in the development and pathogenesis of purulent-inflammatory diseases. It provides a delay in the microorganisms in the lymph nodes where the so-called "toxic depot" is created. Thus, endolymphatic administration of antibiotics, immunomodulators, antioxidants, anticoagulants is pathogenically substantiated. The second very important method of treatment of phlegmon at the stage of reparation is plasmolifting. This is one of the well-known means of biomesotherapy, which uses the patient's own biomaterials, which provides complete biocompatibility and eliminates the possibility of allergic reactions.

The purpose of the experiment. To increase the effectiveness of the antibiotic on the inflammatory process in the exudative phase, and to stimulate the reparative processes in the wound at the proliferation stage during the treatment of patients with phlegmon of the maxillofacial area.

Materials and methods. 120 patients with odontogenic phlegmon were treated. At admission to the hospital all patients were divided into 2 groups: 1st group – 60 patients whose treatment was carried out by the traditional method. 2nd group – 60 patients, the treatment of which consisted in the fact that the lymphotropic injection of the second antibacterial drug was added to the traditional method of treatment. And autoplasm enriched with platelets was used at the reparation stage.

Conclusions. Regional lymphotropic injection of the antibiotic in the treatment of phlegmon of the maxillofacial area and neck leads to a more effective impact on the inflammatory process, accelerates the transition to the second phase of inflammation. The injection of platelet-rich autoplasm into the soft tissues around the inflammatory focus stimulates proliferation and accelerates the process of regeneration and wound healing.

Key words: Phlegmon, maxillofacial area, regional antibacterial therapy.

Вступ. Лімфатична система (ЛС) відіграє важливу роль в патогенезі гнійно-запальних захворювань. Там відбувається затримка мікроорганізмів у лімфати-

чних вузлах і створюється, так зване, «токсичне депо». Отже, ендолімфатичне введення антибіотиків, імуномодуляторів, антиоксидантів, антикоагулянтів є патогенетично обґрунтованим. [4, 8, 10, 11.]

ЛС грає одну з провідних ролей при гнійно-запальних захворюваннях, (Выренков Ю. Е. с соавт. 1990-2008, Ярема І.В. з співавт. 1992-2010 р), [5, 7, 9] так як розподіл і подальше проходження бактерій і токсинів відбувається по лімфатичних судинах і лімфовузлах і створюється, так зване, скупчення токсинів. [14-16] Однією з багатьох відмінних ознак одонтогенних інфекцій є те, що організм пацієнта не може самостійно без лікувальних заходів припинити надходження мікроорганізмів від джерела інфекції. А це означає, що на самолікування і повну ліквідацію інфекційного вогнища не доводиться сподіватися [1-3]. Другим дуже важливим методом лікування флегмон на стадії репарації - плазмоліфтинг. Це один з відомих засобів біомезотерапії, при якому використовують власні біоматеріали пацієнта, що забезпечує повну біосумісність і виключає можливість виникнення алергічних реакцій. Одним з варіантів мезотерапії є використання Plasmolifting TM (плазмоліфтинг) - комерційна запатентована назва PRP-терапії (Platelet Rich Plasma), що припускає використання ін'єкційної форми багатую тромбоцитами плазми (БТП). [12, 13, 17, 18].

Мета дослідження. Підвищити ефективність дії антибіотика на запальний процес в ексудативній фазі, та стимулювати репаративні процеси у рані на стадії проліферації при лікуванні хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки.

Матеріали та методи. Всі процедури, що проводилися в дослідженні за участю пацієнтів, відповідали етичним стандартам інституційного та національного дослідницького комітету, а також Гельсінкської декларації 1975 року та її перегляду 1983 року.

Було комплексно проліковано 120 хворих на одонтогенні флегмони у віці від 18 до 89 років (середній вік (39,2+1,9) років) (табл. 1) які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії на базі кафедри хірургічної та терапевтичної стоматології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», в 2016-2017 рр..

Хворі при надходженні до стаціонару були розподілені на 2 групи: 1 гр. – 60 хворих, в яких лікування проводилось традиційним методом. 2 гр. – 60 хворих, лікування яких полягало в тому, що до традиційного методу лікування на стадії ексудації було застосовано введення лімфотропно другого антибактеріального препарату «Лінкоміцину». На стадії репарації була застосована аутоплазма, збагачена тромбоцитами, яку отримували методом обробки крові пацієнта за допомогою спеціального набору вакуумних біотехнологічних пробірок і особливого принципу центрифугування (автор професор Ахмеров Р.Р.)

При надходженні в стаціонар всім хворим виконували комплексне обстеження. Оперативне втручання проводили за загальноприйнятою методикою під місцевим, або загальним знеболенням в залежності від поширеності запального процесу і полягала вона в широкому розтині і дрениванні гнійного вогнища. Під

час розтину флегмони видаляли «причинний» зуб, який був джерелом інфекції. Проводили цитологічний контроль стану рани як критерій динаміки стану рани та ефективності проведеної терапії, в два етапи: 1 – після розтину і дренивання гнійного вогнища, 2 – на 6 добу лікування. В післяопераційному періоді рану щодня промивали розчинами антисептиків і в неї на 3 добу вводили протеолітичні ферменти. Для лікування хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки та шиї на стадії ексудації було застосовано активне дренивання гнійних порожнин. Використовували «Спосіб

дренування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки та пристрій для його дренивання» заявка №а2018 02696, МПК А61М 27/00 (2006.01) від 16.03.18 р.

Гнійно-запальний процес при флегмонах може поширюватись на різні анатомічні ділянки (таб. 2). У наших хворих гнійно-запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки локалізувалися в підщелепній, біляушно-жувальній та навкологлоточній ділянках і дні рота. У 63 пацієнтів поширення гострого гнійно-запального процесу спостерігалось в двох і більше анатомічних просторах.

Таблиця 1

Розподіл хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки та шиї в залежності від віку

Пол	Вік (роки)				Всього
	15-20	21-40	41-60	61 та більше	
Чоловіки	6	53	9	2	70
Жінки	7	32	10	1	50

Таблиця 2

Розташування флегмон по анатомічним просторам

Ділянка розташування	кількість
Підборідочна	8
Підщелепна	45
Позашелепна	2
Щічна	6
Крило-щелепна	12
Біляушно-жувальна	10
Навкологлоточна	15
Підочна	5
Шия	4
Дно рота	12
Всього	120

Хворі отримували загальноприйнятую антибактеріальну та протизапальну терапію, в них проводили корекцію водно-електролітного балансу. У комплексі лікувальних заходів процесу призначали фізіотерапевтичне лікування УВЧ-терапію, ультразвук, СМВ-терапія, лазерне опромінення місцеве, внутрішньовенне лазерне опромінення крові, УФО у фазі дегідратації.

З перших годин перебування в стаціонарі всі госпіталізовані отримували антибактеріальну терапію, незалежно від локалізації та поширеності інфекційно-запального процесу. При виборі місця лімфотропного введення антибактеріальних препаратів ми виходили з регіонарного принципу на підставі наявних даних літератури про будову лімфатичної системи щелепно-лицевої ділянки з урахуванням анатомо-фізіологічного принципу лімфовідтоку.

Можливо одночасне введення антибактеріального препарату з декількох точок, спираючись на тяж-

кість запального процесу. Курс лімфотропної антибактеріальної терапії становив 5-10 днів.

В якості основного антибактеріального препарату був обраний «Цефтріаксон» – антибіотик групи цефалоспоринів 3 покоління. У доповненні другим антибіотиком вводився «Линкомицин 30 %» – протимікробний препарат групи лінкозамідів.

У всіх пацієнтів була відсутня будь-яка супутня патологія, яка могла б вплинути на загоєння післяопераційних ран. Всім пацієнтам на фоні продовження лікування післяопераційних ран виконували локальне введення аутологічної PRP.

Приготування і введення збагаченої аутоплазми проводили по методиці «Спосіб лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки та шиї в стадії проліферації» заявка № u 2018 06935, МПК А61 К 35/00 (2006.01) від 20.06.18 р. який передбачає використання тромбоцитарної аутоплазми як регенеруючого засобу, який володіє додатковим репаративним та проліферативним ефектом, що забезпечує підвищення швидкості та покращення якості регенеративного процесу, скорочення термінів загоювання рани. PRP готували за такою методикою. Забір венозної крові проводили з периферичного венозного руслу об'ємом від 20 до 30 мл у спеціальні стерильні пробірки з антикоагулятивним гелевим наповнювачем, вміст гепарину, в яких становив 14–20 ОД на 1 мл крові. Розділяли кров на фракції у центрифугі при швидкості 3000 об/хв. протягом 15 хвилин. Набирали у шприц з пробірки верхній та середній шари, не чіпаючи формених елементів, які після розподілу залишалися на дні пробірки. Весь отриманий вміст PRP рівномірно вводили по периметру рани з використанням голок калібру 30g, вводили у рану по її полюсам в підшкірно-жировий шар. При великому розмірі рани проводили ін'єкції у декількох місцях. Ін'єкції проводили один раз на добу через день, до повного загоювання рани, на протязі 5–7 днів. Проводили оцінку загоєння ран, Отримані дані оброблялися за допомогою пакета статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

Результати дослідження. Спостереження показали позитивну динаміку лікування хворих при використанні даних методів лікування у 2-й групі. 1. Виді-

лення ексудату зменшилося на 60 % з рани після оперативного втручання визначено по кількості мілілітрів в резервуарі для збирання його при вакуумному дренажу після введення додаткового антибактеріального препарату регіонарним шляхом;

2. Рани почали очищатися на 2-3 добу, покриваються фібрином, на третій день з'явилися перші грануляційні тканини, які починали проростати з дна рани, та об'єм запальної порожнини зменшувався на 0,5 см³ щодня його виміряли по відбитку з раневої порожнини, а на четвертій добі виділення ексудату практично не відбувалося, дренажні системи були зняті.

3. Об'єм інфільтрату зменшувався поступово, це свідчить крива яку ми побудували після дослідження, а саме у хворих всіх груп визначають крайні точки на протилежних межах здорових тканин та інфільтрату, вимірюють за допомогою механічного курвиметру відстань між цими точками до операції (вважаємо за 1 добу), потім на 3, 5, 7 добу після операції, та за отриманими величинами поетапно на 1, 3, 5, 7 добу будують криві змін цієї відстані, порівнюють їх з кривою норми при неускладненому протіканні процесу, і при відхиленні в бік зростання отриманої кривої від кривої норми в середньому на 5-8 сантиметрів діагностують розвиток ускладнень та коригують тактику лікування, а саме змінюють підхід до антибактеріальної терапії або проводять додаткові оперативні втручання.

Криву перебігу запального процесу у першій та другій групах, які є кривими порівняння, що були отримані внаслідок проведення власного дослідження і розрахунку середнього результату при спостереженні 120 хворих при лікуванні флегмони щелепно-лицевої ділянки у I групі. Криву будували наступним

чином. Пацієнтів об'єднували в групи, яку склали люди з традиційним методом лікування запального процесу та групу, що до традиційного методу лікування на стадії ексудації було застосовано введення другого антибактеріального препарату – лімфотропно, вакуумне дренажування та використання тромбоцитарної аутоплазми. Проводили виміри всім пацієнтам з запальним процесом розміру інфільтрату, загальну суму ділили на кількість хворих в групах і отримали цифру яку можна вважати середньою величиною поширеності запального процесу в групі, цю середню величину визначали на 1,3,5,7 добу в визначеній групі. Будували криву відповідності розміру запального процесу від дня протікання захворювання та порівнювали їх між собою.

Після визначення та підрахунку середніх величин в групі результати наносили на осі ординат. Де «X» відповідає дням зняття показань, а «Y» – розміру інфільтрату у сантиметрах. Після накладання величин на осі ординат отримали криву перебігу запального процесу у групах. Це середня цифра яка відображає розповсюдження запального процесу в групі I (N-перебігу) з традиційним лікуванням (рис. 1).

А крива у другій групі (рис. 2) відображає розвиток запального процесу при використанні поєднання традиційного лікування з лімфотропною антибактеріальною терапією, вакуумним дренажуванням та плазмоліфтингом.

Далі отримані середні результати порівнювали з даними середньої величини розповсюдження запального процесу в I групі при традиційному лікуванні. Після порівняння дві криві наносили на один графік. (рис.3)

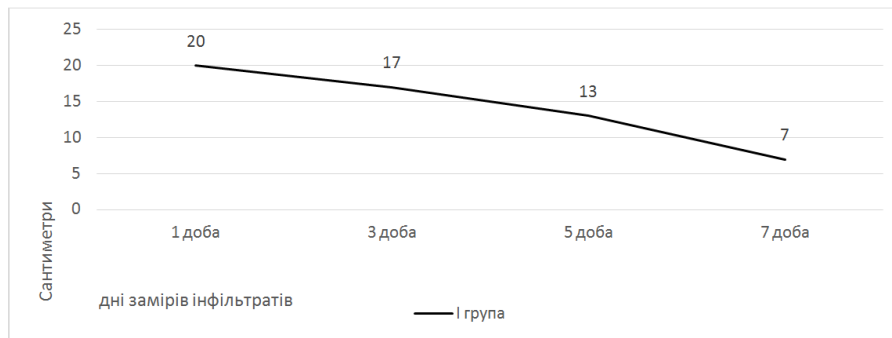


Рис. 1. Крива динаміки запального процесу у I групі (N-перебігу).



Рис. 2. Крива динаміки запального процесу у II групі.

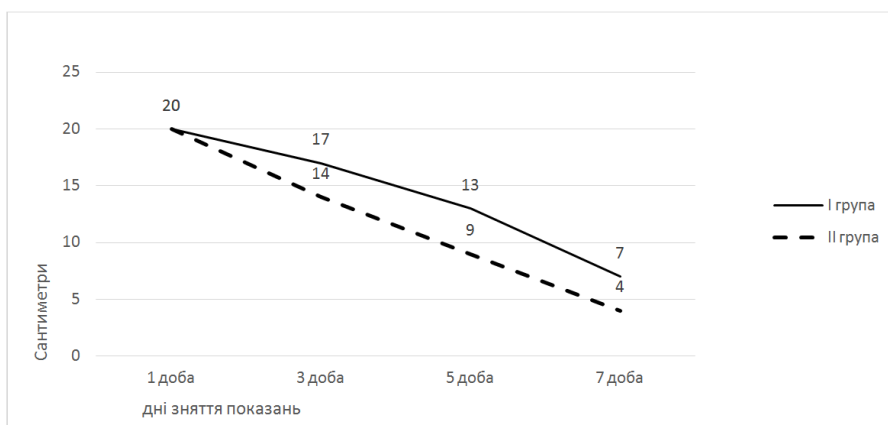


Рис. 3. Графік порівняння динаміки зміни розмірів запальних інфільтратів двох груп хворих

З отриманих результатів можливо оцінити ефективність лікування конкретного хворого та спрогнозувати можливий розвиток запального процесу та не втрачаючи часу відреагувати на ускладнення запального процесу.

4. Об'єктивно: больовий синдром зменшився вже через 2 години після оперативного втручання, якщо не спостерігалось розповсюдження запального процесу в сусідні анатомічні простори.

5. У 10 хворих запальний процес не зупинився в первісних межах, а розповсюджувався, мікрофлора вогнища була не чутливою до антибіотика, тому були проведені ревізії первісної рани та додаткове розкриття уражених нових анатомічних міжфасціальних просторів по класичній методиці, та антибактеріальний

препарат був змінений відповідно до антибіотикограми.

6. З третьої доби, після початку введення аутоплазми збагаченою тромбоцитами, рани починали активно загоюватися, краї їх почали наблизитися.

7. Епітелізація країв раневої поверхні проходила по звичній схемі.

Вже на 2-гу добу після початку лікування (табл. 3) було відзначено, що у пацієнтів знижалася температура тіла до $37,0^{\circ}\text{C}$, у загальному аналізі крові відмічалось поступове зменшення кількості лейкоцитів в середньому до $10-12 \cdot 10^9$, ШОЄ зменшувалось не так швидко, та залишалось вищим за нормальні показники перед випискою хворого зі стаціонару і складало від 20-27 мм/год.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика клінічних показників у хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки та шиї

Показник	Перша група (n=60)	Друга група (n=60)
Покращення загального стану, (доб.)	4,7 ± 0,6	2,4 ± 0,7
Зменшення больового синдрому, (доб.)	4,2 ± 0,4	2,5 ± 0,8
Зменшення гнійного виділення, (доб.)	5,2 ± 0,7	3,4 ± 0,6*
Поява грануляційної тканини, (доб.)	5,5 ± 0,9	3,2 ± 0,5*
Очищення рани, (доб.)	7,2 ± 0,8	5,2 ± 0,7*
Ліжко-доба, (доб.) (суб'єктивний показник)	13,7 ± 1,2	9,5 ± 0,6*

Спостереження показали позитивну динаміку лікування хворих при використанні даних методів лікування.

При цитологічному дослідженні рани під час лікування флегмон на третю добу відмічалась велика кількість лейкоцитів (від 40- 120 в полі зору), присутні були у рані нейтрофіли і зустрічались також епітеліальні клітини в кількості від 3-5 клітин в полі зору.

У хворих же 1 групи очищення та загоєння рани протікало триваліше і не виходило за стандартні рамки відновлення працездатності. Відзначено, що дані методи дуже добре і послідовно діють на рани запального характеру

Висновки: 1. Регіонарне лімфотропне введення антибіотика при комплексному лікуванні флегмон

щелепно-лицевої ділянки та шиї призводило до більш ефективної дії на запальний процес, прискорення переходу до другої фази розвитку запалення, а також переважання вираженої позитивної динаміки зі здвигом вліво в аналізах білої крові.

2. При використанні вакуумного дренажу спостерігалось зменшення кількості ускладнень, виникнення пролежнів в рані і запобігало поширенню запального процесу в сусідні міжклітинні простори.

3. Проведення лікування з використання способу введення аутоплазми багаті тромбоцитами забезпечувало прискорення процесу загоєння рани за рахунок додаткового репаративного та проліферативного впливу аутоплазми.

Список літератури

1. Автандилов Г.Г. Введение в количественную патологическую морфологию / Автандилов Г.Г. – М., Медицина. 1980. – 180 с.
2. Агапов В.В. Диагностика и лечение гнойных медиастинитов: автореферат дисс. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / В.В. Агапов. – Москва, 2005. – 38 с.
3. Алексеев А.А. Проблемы совершенствования антибактериальной терапии / А.А. Алексеев // Клиническая медицина. – 1999. – №3. – С. 4-8.
4. Алимов А.И. Использование регионарной лимфатической терапии при экссудативных формах синюита / А.И. Алимов // Актуальные проблемы клинической лимфологии. Андижан. 1991. – С. 113–115.
5. Антропова Ю.Г. Функциональная морфология лимфатических узлов при эндолимфатическом введении тактивина: дисс...канд. мед. н. Ю.Г. Антропова Москва, 1992. – 137 с.
6. Ахундов И.Т. Влияние эндолимфатической лимфостимуляции на дренажную и транспортную функции лимфатической системы при экспериментальном перитоните // Анестезиология и реаниматология. – 1998. – №3. – С. 61-64.
7. Борисов А.В. Архитектоника, гистотопография и взаимосвязь мио-цитов лимфатического сосуда и узла. В кн: «Лимфатический узел: анатомия, эксперимент, патология, клиника» / Борисов А.В. – Ленинград. – 1987. – С. 4– 14.
8. Буянов В.М. Лимфология эндотоксикоза / В.М. Буянов, А.А. Алексеев. – М. – Медицина. – 1990. – 272 с.
9. Выренков Ю.Е. Прямая эндолимфатическая, терапия острых воспалительных заболеваний органов брюшной1 полости / Выренков Ю.Е. / В кн: Всероссийская конференция. Новое в лимфологии: Клиника, теория, эксперимент. Москва. – 1993. – С. 35-36.
10. Лимфотропная терапия гнойно-воспалительных хирургических заболеваний / К.Ю. Данилов, Ю.М. Левин, Г.В. Родоман [и др.] тез. докл. 31 Всесоюзного съезда хирургов. Ташкент. – 1986. – С. 176-177.
11. Джумабаев С.У. Регионарная лимфо-тропная терапия / С.У. Джумабаев, М.С. Рахимов, В.А. Хакимов // Хирургия. – 1990. – № 11 – С.70-73.
12. Жданов Д.А. Функциональная анатомия лимфатической системы / Д.А. Жданов, Т.В. Золотарьова. – Горьковский мед институт. – 1945. – 308 с.
13. Ахмеров Р.Р. Применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы для лечения фотодерматоза / Р.Р. Ахмеров, Р.Ф. Зарудий // Регенеративная хирургия. – 2005. – №3. – С. 1-4.
14. Плазмолифтинг – гемологическое армирование кожи: новый взгляд на решение старой проблемы // Сборник тезисов I Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы в косметологии: традиционные и новые подходы в эстетической медицине». – Москва. – 2011. – 44 с.
15. Ушаков Р.В. Принципы применения антибиотиков в современной стоматологии / Р.В. Ушаков, В.Н. Царев, В.И. Чувилкин // Стоматология для всех. – 1999. – № 1. – С. 24-27.
16. Фильчев М.И. Эндолимфатическая антикоагулянтная терапия в комплексном лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: дисс... канд мед. наук. / М.И. Фильчев. – М. – 1992. – 277 с.
17. Belisle C. Blood vascular network of the rat lymph node: tridimensional studies by light and scanning electron microscopy / C. Belisle, G. Sainte-Marie // Am. J. Anat. – 1990. – v. 189. – №2. – P.111-126.
18. Fennis J.P.M. Mandibular reconstruction: A clinical and radiographic animal study on the use of autogenous scaffolds and platelet-rich plasma / J.P.M. Fennis, P.J.W. Stoeltinga, J.A. Jansen // Jansen International Journal of Oral Maxillofacial Surgery. – 2002. – №3, V 31. – P. 281-286.
19. Froum S.J. Effects of platelet-reach plasma on bone growth and osseintegration in human maxillary sinus grafts: Three bilateral case reports / S.J. Froum, S.S. Wallace, D.P. Tarnow, S.C. Cho / Int J Periodontics Restorative Dent. – 2002. – №22. – P. 45-53.

REFERENCES

1. Avtandilov G.G. Vvedenie v kolichestvennuju patologicheskiju morfologiju [Introduction to Quantitative Pathological Morphology]. M., Medicina; 1980:180.
2. Agapov V.V. Diagnostika i lechenie gnojnyh mediastinitov [Diagnosis and treatment of purulent mediastinitis]: Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. Moskva;2005:38.
3. Alekseev A.A. Problems of improving antibacterial therapy. Klinicheskaja medicina. 1999;3:4-8.
4. Alimov A.I. Use of regional lymphatic therapy in exudative forms of sinusitis. Aktual'nye problemy klinicheskoy limfologii. Andizhan. 1991:113–115.
5. Antropova Ju.G. Funkcional'naja morfologija limfaticeskikh uzlov pri jendolimfaticeskom vvedenii taktivina [Functional morphology of lymph nodes in endolymphatic administration of tactivin] Dissertation of candidate of medical sciences. Moskva; 1992:137.
6. Ahundov I.T. Effect of endolymphatic lymphostimulation on drainage and transport functions of the lymphatic system in experimental peritonitis. Anesteziologija i reanimatologija. 1998;3:61-64.
7. Borisov A.B. Arhitektonika, gistotopografija i vzaimosvjaz' mio-citov limfaticeskogo sosuda i uzla. V knige: «Limfaticeskij uzol: anatomija, jeksperiment, patologija, klinika» [Architectonics, histotopography and the relationship of myocytes in the lymph vessel and node. In the book: "Lymph node: anatomy, experiment, pathology, clinic"] Leningrad;1987:4– 14.
8. Bujanov V.M., Alekseev A.A. Limfologija jendotoksikoza [Lymphology of endotoxycosis]. M. Medicina; 1990:272.
9. Vyrenkov Ju.E. Prjamaja jendolimfaticeskaja, terapija ostryh vospalitel'nyh zabojevanij organov brjushnoj1 polostiju V knige: Vserossijskaja konferencija. Novoe v limfologii: Klinika, teorija, jeksperiment [Direct endolymphatic, therapy of acute inflammatory diseases of the abdominal cavity. In the book: all-Russian conference. New in lymphology: Clinic, theory, experiment] Moskva; 1993:35-36.
10. Danilov K.Ju., Levin Ju.M., Rodoman G.V. [i dr.] Lymphotropic therapy of purulent-inflammatory surgical diseases. Abstracts of 31 all-Union Congress of surgeons. Tashkent. 1986:176-177.
11. Dzhumabaev S.U., Rahimov M.S., Hakimov V.A. Regional lymphotropic therapy. Hirurgija. 1990;11:70-73.
12. Zhdanov D.A., Zolotar'ova T.V. Funkcional'naja anatomija limfaticeskoy sistemy [Functional anatomy of the lymphatic system]. Gor'kovskij med institut. 1945:308.
13. Ahmerov R.R., Zarudij R.F. The use of platelet-rich autoplasm for the treatment of photodermatosis. Regenerativnaja hirurgija. 2005;3:1-4.
14. Plasmolifting Gemological leather reinforcement: a new perspective on the solution to an old problem. Sbornik tezisov I Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii «Aktual'nye voprosy v kosmetologii: tradicionnye i novye podhody v jesteticheskoj medicine». Moskva; 2011:44.
15. Ushakov R.V., Carev V.N., Chuvilkin V.I. Principles of antibiotic use in modern dentistry. Stomatologija dlja vseh. 1999;1:24-27.
16. Fil'chev M.I. Jendolimfaticeskaja antikoagulantnaja terapija v kompleksnom lechenii ostryh hirurgicheskikh zabojevanij organov brjushnoj polosti [Endolymphatic anticoagulant therapy in the complex treatment of acute surgical diseases of the abdominal cavity]. Moskva; 1992:277.
17. Belisle C., Sainte-Marie G. Blood vascular network of the rat lymph node: tridimensional studies by light and scanning electron microscopy. Am. J. Anat. 1990;189;2:111-126.
18. Fennis J.P.M., Stoeltinga P.J.W., Jansen J.A. Mandibular reconstruction: A clinical and radiographic animal study on the use of autogenous scaffolds and platelet-rich plasma. Jansen International Journal of Oral Maxillofacial Surgery. 2002;3, 31: 281-286.
19. Froum S.J., Wallace S.S., Tarnow D.P., Cho S.C. Effects of platelet-reach plasma on bone growth and osseintegration in human maxillary sinus grafts: Three bilateral case reports. Int J Periodontics Restorative Dent. 2002;22:45-53.

Надійшла 18.02.19

