

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

© В.Ю. НИКОЛЬСКИЙ, К.В. ИМБРЯКОВ, 2013

УДК 617.92-002.34Ъ.35

В.Ю. Никольский, К.В. Имбряков

ФУРУНКУЛЫ И КАРБУНКУЛЫ ЛИЦА

Кировская государственная медицинская академия, 610027, г. Киров

В представленном обзоре литературы поднимается проблема лечения больных с фурункулами и карбункулами лица, которая в настоящее время приобретает все большую актуальность, поскольку ухудшение экологической обстановки, изменение традиционного питания, хронический стресс нарушают нейтрофильно-фагоцитарное и гуморальное звенья иммунитета.

Ключевые слова: фурункулы, карбункулы, лечение, обзор литературы

V.Yu. Nikolsky, K.V.Imbryakov

BOILS AND CARBUNCLES PERSON

Kirov state medical Academy, 610027, Kirov

In the present review of the literature highlights the problem of treatment of patients with boils and carbuncles persons who currently is becoming increasingly important, because environmental degradation, change in traditional foods, chronic stress violate neutrophil-phagocytic and humoral links of immunity.

Keywords: boils, carbuncles, treatment, literature review

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области характеризуются высокой медико-социальной значимостью [1], поскольку, во-первых, большую часть больных составляют молодые люди трудоспособного возраста, во-вторых, данный контингент больных нуждается в активном, подчас дорогостоящем лечении в условиях стационара, в-третьих, при этой патологии отмечаются высокие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности и, наконец, гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области – грозная патология, которая представляет собой одну из основных причин инвалидности и смертности [2].

Фурункул – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающих тканей. Название «фурункул» происходит от латинского слова «furiage» – приводить в ярость, возбуждение и определяет некоторые свойства этого заболевания – болезненность, отек и гиперемия кожи, нагноение и другие неприятные ощущения, которые испытывает больной. Фурункулы возникают только на участках тела, имеющих волосяной покров, и не развиваются там, где нет волос и сальных желез. При карбункулах поражается несколько волосяных фолликулов. В отличие от фурункула карбункул (от латинского слова «carbō» – уголь) является разлитым острым гнойно-некротическим воспалением волосяных фолликулов и сальных желез, распространяющимся на кожу, подкожно-жировую клетчатку, а иногда захватывающим фасцию и подлежащие мышцы [3, 4].

Возникновению фурункула или карбункула способствуют негигиеническое содержание кожи, плохие бытовые и производственные условия, переохлаждение, микротравмы, ослабление защитных сил организма вследствие гипо- и авитаминоза, туберкулез, сахарный диабет, анемия, ангина, грипп, желудочно-кишечное расстройство и другие заболевания [5].

Постоянно ухудшающиеся экологические условия, увеличение числа больных с исходным изменением иммунологической реактивности и наличием фоновой патологии (сахарный диабет, атеросклероз, сердечно-сосудистая недостаточность, заболевания мочеполовой системы), а также массовое бесконтрольное и часто неграмотное применение современных антибактериальных и противовоспалительных средств приводят к нарушению естественного биологического равновесия в микробных ассоциациях, выдвинув на первый план условно-патогенную микрофлору [6, 7].

Под влиянием этих факторов увеличилась частота возникновения гнойно-воспалительных процессов, протекающих тяжело, имеющих тенденцию к хронизации и развитию грозных осложнений – тромбозов лицевых вен, тромбоз пещеристого синуса, септическая пневмония, сепсис, менингит, менингоэнцефалит, медиастинит и др. [8–10].

Отмечены значительные колебания в возрастном составе пациентов с фурункулами лица. Фурункулы чаще (42%) развиваются в юношеском возрасте [2].

Карбункулы преимущественно наблюдаются в среднем и пожилом возрасте, чему способствуют

сопутствующие соматические заболевания у больного [11].

Большинство авторов указывает, что фурункулы одинаково часто встречаются как у мужчин, так и у женщин [12]. В то же время некоторые исследователи считают, что наиболее часто это заболевание наблюдается у мужчин (67,3%) [13].

Отмечается, что среди пациентов с фурункулами и карбункулами в 68,9% случаев преобладают лица в возрасте 21–40 лет, в 16,1% – 16–20 лет и в 15,0% – старше 40 лет. При некотором перевесе (53,1%) это заболевание чаще встречается у мужчин [14].

По локализации фурункулы чаще встречаются в щечной области, затем – в лобной, верхней губе и области носа [15].

Опубликованы данные о сезонности появления заболевания: 17,5% больных обращаются за медицинской помощью зимой, 21,3% – весной, 31,2% – летом и 30% – осенью. По мнению Т.К. Супиева, частота развития фурункула и карбункула определяется сезонными колебаниями температуры и характерным изменением иммунологического статуса организма [2].

Наиболее тяжелые формы фурункулов кожи встречаются весной и осенью [16] – 71,2%, по некоторым данным, 60% больных с фурункулами приходится на зимнее время [17].

Начало заболевания больные связывают с переохлаждением в 34,9%, простудными заболеваниями – 4,6%, микротравмами и загрязнением кожи – в 1,0%. 43,2% не могут указать какую-либо причину заболевания [18].

Данные, приводимые разными авторами, свидетельствуют о наличии сопутствующей соматической патологии у большинства больных с фурункулом и карбункулом [19, 20].

Возбудителями фурункула и карбункула лица являются патогенные стафилококки (золотистые, белые). Естественные очаги – кожные покровы. Инфицирование происходит через проток сальной железы или по волосяному стержню. В развитии заболевания большую роль играет состояние кожного покрова. Развитие патологического процесса обусловлено влиянием внешних неблагоприятных факторов и ослаблением защитных сил организма больного при наличии возбудителя заболевания. Угнетение защитных сил организма и прежде всего иммунитета происходит под влиянием эндогенных факторов, главным образом, нарушенного углеводного обмена [21].

Фурункулы проходят 3 стадии созревания: 1-я стадия – развитие инфильтрата, 2-я стадия – нагноение и некроза, 3-я стадия – заживление [1, 22].

С точки зрения патологической анатомии началом фурункула является воспаление волосяного фолликула. Вокруг волоса определяется пустула, окаймленная розовым венчиком. Затем развивается воспалительный инфильтрат, который быстро увеличивается в размере и выступает в виде

конуса. Вокруг инфильтрата развивается обширный отек мягких тканей. Через 3–4 дня в центре инфильтрата выявляется размягчение, свидетельствующее о наступившем гнойном расплавлении. В последующем пустула прорывается и подсыхает, некротизированные ткани в виде стержня с остатками волоса выделяются с гноем. После отторжения некротического стержня образуется небольшая глубокая воронкообразная язва, которая заживает с образованием рубца. При карбункуле процесс захватывает область нескольких близко расположенных волосяных фолликулов и сальных желез с образованием больших участков некроза кожи и подкожной клетчатки [23].

Изучив литературные данные, все методы лечения фурункулов и карбункулов лица можно разделить на консервативные и хирургические.

В 30–40-х годах XX столетия многие хирурги возлагали большие надежды на оперативное лечение фурункулов лица, стремясь предотвратить сепсис [24]. В настоящее время также имеются сторонники щадящего хирургического вмешательства при лечении абсцедирующих фурункулов лица [25].

Консервативный и оперативный методы лечения фурункулов лица не являются конкурирующими, а имеют определенные показания к применению, дополняя друг друга [26].

В.Ф. Войно-Ясенецкий (1956 г.) применял радикальный способ хирургического лечения карбункулов и абсцедирующих фурункулов лица путем кругового вырезания их в пределах здоровых тканей, особенно при злокачественном течении. Одним из недостатков метода была, как отмечал автор, некосметичность его из-за образования деформирующих рубцов. В.Ф. Войно-Ясенецкий обращал особое внимание на то, что крестообразный разрез не оставлял таких дефектов, проще выполнялся и по радикализму не уступал круговому вырезанию. При опасности возникновения тромбозов и тромбофлебитов лица, как возможных осложнений фурункулов и карбункулов на верхней губе и в области угла рта, всегда была угроза развития тромбоза кавернозной пазухи. Потому он считал необходимым проводить полное вырезание воспаленной вены с целью профилактики заранее перевязывать переднюю лицевую вену на шее, чтобы отрезать путь к яремной. Если выявлялся перифлебит указанных вен, они вырезались вместе с окружающими тканями, и разрез углублялся до кости. Иногда проводилась перевязка внутренней яремной вены. При фурункулах и карбункулах верхней губы, угла рта В.Ф. Войно-Ясенецкий разрезом распластывал губу на всем протяжении до передней лицевой вены [27].

Ю.И. Бернадский (1983) и А.Г. Шаргородский (1985) высказали мысль о том, что лечение осложненных форм фурункулов и карбункулов лица должно быть строго индивидуализировано [28, 29]. Зада-

ча врача заключалась в сокращении сроков лечения и предупреждении осложнений.

Вскрытие очага не рекомендуется из-за возможности развития таких осложнений, как флебит, тромбоз вен лица и сосудов головного мозга [30]. При лечении следует обращать внимание на сопутствующие заболевания (диабет, гемобластоз и др.).

Лечение, по мнению Ю.И. Бернадского, должно заключаться в обеспечении покоя, обработок кожи эфиром, 70% спиртом или 2% салициловым спиртом, инфильтрации около очага 0,5% раствором новокаина, при повышении температуры тела применять антибиотикотерапию, витамины, неспецифическую иммунотерапию, физиотерапию [28].

Рекомендуется калорийная поливитаминная диета с исключением пряностей, острых и жирных блюд, алкоголя [31, 32].

На начальных стадиях применяли гипотермию с помощью хлорэтила, что способствовало abortивному течению процесса у 23,39%, сокращая срок лечения в 2 раза. При абсцедировании выполняли разрез абсцесса, при появлении метастатических очагов применяли хирургический метод в комплексе с консервативной терапией. В случае злокачественного течения фурункулов только консервативное лечение небезопасно. Безрезультативность терапии была показанием к превентивной перевязке угловой или передней лицевой вены или радикального хирургического лечения [28].

Карбункулы также лечили индивидуализированно, причем в начальных стадиях также, как фурункулы, а в запущенных – проводилось хирургическое вмешательство. При небольших размерах фурункула делали линейный разрез, при больших – крестообразный. Во время лечения необходимым условием было обеспечение покоя [28, 29].

При возникновении осложнений применяется многокомпонентное лечение. Прогноз при этих осложнениях очень серьезен. Летальность колеблется от 9 до 65%. Имеется одна локализация, которая с самого начала представляет опасность для жизни больного – это фурункулы лица в области верхней губы и носогубного треугольника. Процесс на лице быстро переходит на клетчатку, в которой находятся разветвления передней лицевой вены. Распространение инфицированных тромбов из мелких вен в области инфильтрата при фурункуле может привести к тромбозу *sinus cavernosus* и гнойному менингиту. Летальность при этом осложнении достигает 80–100% [33, 34].

Общее лечение фурункулов неотделимо от местного, последнее способствует ограничению и более быстрому разрешению воспалительного процесса, отделению некротического стержня, предотвращению осложнений и ускорению заживления [35, 36].

В настоящее время не вызывает сомнения первостепенность проведения хирургического вмешательства при фурункулах лица, причем отдают предпочтение раннему комплексному лечению [37]. Это

служит профилактикой таких осложнений, как тромбоз вен лица, лимфангоит, тромбоз внутричерепного венозного пещеристого синуса [16, 26].

Проблема лечения больных с фурункулами и карбункулами лица в настоящее время приобретает все большую актуальность, поскольку ухудшение экологической обстановки, изменение традиционного питания, хронический стресс нарушают нейтрофильно-фагоцитарное и гуморальное звенья иммунитета. Опасность осложнений и нередко тяжелое общее состояние требуют госпитализации больного в гнойное хирургическое отделение. Важно не допустить развития тяжелейших форм фурункула лица и опасных осложнений; необходимы ранняя диагностика и своевременная госпитализация больного в первые дни от начала заболевания [28–40].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Имбрыков К.В., Никольский В.Ю.* Оценка заболеваемости и варианты стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами лица. *Стоматология.* 2012; 2: 29.
2. *Суниев Т.К.* Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: Медпресс; 2001; 65–71, 160.
3. *Федотов С.Н., Репин А.В., Лызганов В.А.* и др. Фурункулы, карбункулы лица и шеи. Архангельск. 2002. Режим доступа: <http://stomatburg.ru/articles/piter/202.htm>.
4. *Cambazard F.* Bacterial cutaneous infections furuncle. Etiology, diagnosis, course, treatment. *Rev. Prat.* 1994; 44: 9.
5. *Baddour L.M.* et al. Skin abscesses, furuncles and carbuncles. [Http://www.uptodate.com/home/index.html](http://www.uptodate.com/home/index.html). Accessed Aug. 2008; 27.
6. *Латюшина Л.С., Долгушин И.И.* Оценка влияния локальной иммунокоррекции циклофероном на показатели местного иммунитета гнойной раны у больных с одонтогенными флегмонами. *Медицинская иммунология.* 2006; 8 (2–3): 445.
7. *Лебедев К.А., Понякина И.Д.* Конфликт человека с его микрофлорой [Электронный ресурс]. М.; 2007. Режим доступа: <http://www.vivovoco.HTM> (12 февр. 2009 г.).
8. *Кудинова Е.С.* Септико-метастатические осложнения при фурункулах и карбункулах лица. *Стоматология.* 1999; 3: 22–5.
9. *Робустова Т.Г.*, ред. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М.: Медицина; 2000; т. 1.
10. *Сорокина Е.В., Курбатова Е.А., Масюкова С.А.* Особенности иммунного статуса у больных пиодермией. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2005; 5: 4–10.
11. *Bhumbra N., McMullough S.* Skin and subcutaneous infections. *Primary Care Clin. Office Pract.* 2003; 30: 2–3.
12. *Кириллов Б.П., Кириллов Ю.Б.* Карбункулы и фурункулы лица в эру антибиотиков и сульфаниламидов. В кн.: Сборник научных трудов Рязанского медицинского института им. академика И.П. Павлова. Рязань; 1962; 2: 144–8.
13. *Машкиллейсон Л.Н.* Фурункул. *Здоровье.* 1958; 7: 14–5.
14. *Баранова И.Д.* Новые подходы к лечению хронического фурункулеза с помощью современных иммуномодуляторов: Дис. М.; 1999.
15. *Суниев Т.К.* Материалы по этиологии, клинике и лечению фурункулов и карбункулов лица: Дис. Алма-ата; 1972.
16. *Соколов М.С.* Опыт оперативного лечения карбункулов (метод иссечения). *Хирургия.* 1937; 5: 29–32.
17. *Жаков М.П.* Острые гнойные воспалительные заболевания кожи лица и шеи и их лечение. М.; 1969.
18. *Каламкарян А.А., Федоровская Р.Ф.* Пиодермия. Итоги комплексных исследований вопросов этиологии, клиники, профилактики, терапии. В кн.: Тезисы докладов VI Всесоюзного

- съезда дерматовенерологов. М.; 1979: 538–40.
19. *Бобров В.М.* Фурункул носа, осложненный тромбозом кавернозного синуса. Российская отоларингология. 2005; 5: 131–3.
 20. *Сетдикова Н.Х., Латышева Т.В.* Комплексные механизмы развития хронического рецидивирующего фурункулеза и пути их коррекции. Иммунология. 2000; 21 (3): 48–50.
 21. *Gould I.M.* Antibiotics, skin and soft tissue infection and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: cause and effect. *Int. J. Antimicrob. Agents.* 2009; 1 (34 Suppl.): 8–11.
 22. Заболевания кожи полный справочник. Под ред. Елисева Ю.Ю. М.: ЭКСМО; 2009. Режим доступа: http://fictionbook.ru/author/kollektiv_avtorov/zabolevaniya_koji/read_online.html?page=5.
 23. *Wilkerson M.* Bacterial diseases of the skin. *Rakel: Conn's current therapy.* 54th ed. New York: Saunders; 2002.
 24. *Соколов В.Ю.* Опыт оперативного лечения карбункулов лица. Хирургия. 1937; 5: 59–70.
 25. *Нургалеев Р.А.* Оптимизация комплексного лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей: Дис. Уфа; 2000.
 26. *Федотов С.Н., Минин Е.А., Репин А.В.* и др. Фурункулы и карбункулы лица и шеи. В кн.: Актуальные проблемы стоматологии. М.; 1999; 162–4.
 27. *Войно-Ясенецкий В.Ф.* Очерки гнойной хирургии. М.: Медгиз; 1956.
 28. *Бернадский Ю.И., Заславский Н.И., Бернадская Г.П.* Гнойная челюстно-лицевая хирургия. Киев: Здоров'я; 1983.
 29. *Шаргородский А.Г.*, ред. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М.: Медицина; 1985.
 30. *Янушевич О.О., Ярыгин Н.В., Ярема Р.И.* Эндолимфатическая терапия в комплексе лечебных мер обширных флегмон челюстно-лицевой области и шеи. Научно-практический журнал «Хирург». 2009; 3: 31–9.
 31. *Семенов Б.Ф., Зверев В.В.* Принципы иммунопрофилактики новых и возвратных инфекций. Молекулярная медицина. 2004; 4: 37.
 32. *Lee M.C., Rios A.M., Aten M.F.* et al. Management and outcome of children with skin and soft tissue abscesses caused by community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2004;
 33. *Чеканов В.Н.* Сравнительная иммунотерапия в комплексном лечении фурункулов и карбункулов лица: Дис. М.; 2010.
 34. *Zetola N., Francis J.S., Nuermberger E.L.*, et al. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: an emerging threat. *Lancet Infect. Dis.* 2005; 5 (5): 86.
 35. *Вариавский И.М., Литвинов В.А.* Лечение больных с фурункулами и карбункулами лица и головы. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1996; 97 (): 80–91.
 36. *Игнатенко С.Н.* Методы усовершенствования хирургической обработки гнойных ран и их сравнительная оценка: Дис. 1987.
 37. *Кузин М.И., Костюченко Б.М.* Раны и раневая инфекция. М.: Медицина; 1990.
 38. *Кулешов Е.В.* Современная тактика лечения гнойной раны при сахарном диабете. Справочник поликлинического врача. 2002; 2 (3): 26–7.
 39. *Paul C., Graeber M., Stuetz A.* Ascomycins: Promising agents for the treatment of inflammatory skin diseases. *Expert. Opin. Invest. Drugs.* 2000; 9: 69–77.
 40. *Stevens D.L., Bisno A.L., Chambers H.F.* et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. *Clin. Infect. Dis.* 2005; 4: 1373.
 41. *Медпресс; 2001; 65–71, 160.*
 42. *Fedotov S.N., Repin A.V., Lyzganov V.A.* et al. Furuncles, carbuncles of the face and neck. *Arkhangelsk.* 2002. Mode of access: <http://stomatburg.ru/articles/piter/202.htm>.
 43. *Cambazard F.* Bacterial cutaneous infections furuncle. Etiology, diagnosis, course, and treatment. *Rev. Prat.* 1994; 44: 9.
 44. *Baddour L.M.* et al. Skin abscesses, furuncles and carbuncles. [Http://www.uptodate.com/home/index.html](http://www.uptodate.com/home/index.html). Accessed Aug. 2008; 27.
 45. *Latushina L.S., Dolgushin I.I.* Assessment of the impact of local immunocorrection циклофероном on indicators of local immunity of purulent wounds in patients with одонтогенными флегмонами. *Medical immunology.* 2006; 8 (2–3): 445.
 46. *Lebedev K.A., Ponyakina I.D.* Conflict of rights with its microflora [Electronic resource]. М.; 2007. Mode of access: <http://www.vivovoco.HTM> (12 Feb. 2009).
 47. *Kudinova E.S.* Septico-metastatic complications for blotches and carbuncles person. *Dentistry.* 1999; 3: 22–5.
 48. *Robustova T.G.*, ed. Guidance on surgical stomatology and maxillofacial surgery. М.: Medicine; 2000; т. 1.
 49. *Sorokina E.V., Kurbatova E.A., Masukova S.A.* Peculiarities of immune status in patients with pyoderma. *Journal of dermatology and venereology.* 2005; 5: 4–10.
 50. *Bhumbra N., McMullough S.* Skin and subcutaneous infection. *Primary Care Clin. Office Pract.* 2003; 30: 2–3.
 51. *Kirillov B.P., Kirillov Yu.B.* Carbuncles and boils persons in the era of antibiotics and sulfonamides. In: Collection of scientific papers of the I.P. Pavlov Ryazan medical Institute. academician. Ryazan'; 1962; 2: 144–8.
 52. *Mashkilleysen L.N.* A boil. *Health.* 1958; 7: 14–5.
 53. *Baranova I.D.* New approaches to treatment of chronic boils with modern immunomodulators: Dis. М.; 1999.
 54. *Supiev N.K.* Materials on the etiology, clinical picture and treatment of boils and carbuncles person: Dis. Alma-Ata; 1972.
 55. *Sokolov M.S.* Experience of the surgical treatment of carbuncles (method of excision). *Surgery.* 1937; 5: 29–32.
 56. *Zhakov M.P.* Acute purulent inflammatory diseases of the skin of the face and neck and their treatment. М.; 1969.
 57. *Kalamkaryan A.A., Fedorovskaya R.F.* Piodermia. The results of the complex research questions of etiology, clinics, prevention, therapy. In: Abstracts of the VI all-Union Congress of dermatovenereologists. М.; 1979: 538–40.
 58. *Bobrov V.M.* Boil nose, complicated thrombophlebitis of the cavernous sinus. *Российская отоларингология.* 2005; 5: 131–3.
 59. *Setdikova N.Kh., Latsysheva T.V.* Complex mechanisms of chronic recurrent boils and ways of their correction. *Immunology.* 2000; 21(3): 48–50.
 60. *Gould I.M.* Antibiotics, skin and soft tissue infection and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: cause and effect. *Int. J. Antimicrob. Agents.* 2009; 1 (34 Suppl.): 8–11.
 61. Skin disease is a complete reference. Ed. Eliseev Yu.Yu. М.: EKSMO; 2009. Mode of access: http://fictionbook.ru/author/kollektiv_avtorov/zabolevaniya_koji/read_online.html?page=5.
 62. *Wilkerson M.* Bacterial diseases of the skin. *Rakel: Conn's current therapy.* 54th ed. New York: Saunders; 2002.
 63. *Sokolov V.Yu.* Experience of the surgical treatment of carbuncles person. *Surgery.* 1937; 5: 59–70.
 64. *Nurgaliyev R.A.* Optimization of complex treatment of purulent-inflammatory diseases of soft tissues: Dis. Ufa; 2000.
 65. *Fedotov S.N., Minin E.A., Repin A.V.* et al. Furuncles and carbuncles face and neck. *Actual problems of stomatology.* М.; 1999; 162–4.
 66. *Voyno-Yasensky V.F.* Essays purulent surgery. М.: Medgiz; 1956.
 67. *Bernadskiy Yu.I., Zaslavskiy N.I., Bernadskaya G.P.* Purulent maxillofacial surgery. Kiev: 's Health; 1983.
 68. *Shargorodskiy A.G.*, ed. Inflammatory diseases of maxillofacial area and neck. М.: Medicine, 1985.
 69. *Yanushevich O.O., Yarygin N.V., Yarema R.I.* Endolymphatic

- therapy in the complex of therapeutic measures vast phlegmons of the maxillofacial area and neck. Scientific and practical journal "Surgeon". 2009; 3: 31–9.
31. *Semenov B.F., Zverev V.V.* Principles of immunoprophylaxis of new and recurrent infections. Molecular medicine. 2004; 4: 37.
 32. *Lee M.C., Rios A.M., Aten M.F.* et al. Management and outcome of children with skin and soft tissue abscesses caused by community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2004.
 33. *Chekanov V.N.* Comparative immunotherapy in treatment of boils and carbuncles person: Dis. M.; 2010.
 34. *Zetola N., Francis J.S., Nuernberger E.L.* et al. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: an emerging threat. *Lancet Infect. Dis.* 2005; 5 (5): 86.
 35. *Warsawskiy I.M., Litvinov V.A.* Treatment of patients with boils and carbuncles face and head. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova.* 1996; 97: 80–91.
 36. *Ignatenko S.N.* Methods of improvement of surgical treatment of purulent wounds and their comparative evaluation: Dis. 1987.
 37. *Kuzin M.I., Kostyuchenok B.M.* Wounds and wound infection. M.: Medicine; 1990.
 38. *Kuleshov E.V.* Modern tactics of treatment of purulent wounds in diabetes. *Directory of outpatient physician.* 2002; 2(3): 26–7.
 39. *Paul C., Graeber M., Stuetz A.* Ascomycins: Promising agents for the treatment of inflammatory skin diseases. *Expert. Opin. Invest. Drugs.* 2000; 9: 69–77.
 40. *Stevens D.L., Bisno A.L., Chambers H.F.* et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. *Clin. Infect. Dis.* 2005; 4: 1373.

Поступила 20.06.13

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

С 1 сентября на сайте Научной Электронной Библиотеки www.elibrary.ru открыта подписка на электронную версию нашего журнала на 2013 г., а также на другие журналы издательства «Медицина» на 2014 год. Также Вы можете оформить подписку на архивные номера или на отдельную заинтересовавшую Вас статью из любого номера журнала, начиная с 2012 г.