

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Е.В. САВЧУК

ФУРУНКУЛ І КАРБУНКУЛ НОСА *Повідомлення II*

*Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського
(ректор – чл.-кор. АМНУ, проф. Л.Я. Ковальчук)*

В попередній оглядовій роботі ми привели дані щодо загальних відомостей про фурункул і карбункул носа, а також стосовно їх етіології, патогенезу, клінічних проявів, діагностики, диференційної діагностики. В цьому повідомленні дається огляд літератури про лікування та профілактику фурункула і карбункула носа.

Лікування

Лікуванню фурункула носа присвячені численні наукові публікації [7, 13, 14, 17, 21, 28, 32, 35, 37, 42-44, 46, 47]. Своєчасне правильне лікування фурункула носа звичайно дозволяє запобігти нагнійним процесам в м'яких тканинах обличчя [10]. Своєчасна госпіталізація і раціональна терапія осіб з фурункулумом і карбункулумом носа мають велике значення для профілактики ускладнень і сприятливого наслідку захворювання [46]. Враховуючи можливість ускладнень, хворих з фурункулумом носа необхідно обов'язково госпіталізувати [9, 14, 19-21, 23-25, 34, 36, 41, 42, 51]. При цьому їм призначають ліжковий режим [23-25, 27]. С.Б. Безшапочний і Д.І. Заболотний [4], а також І.Б. Солдатов [40] і В.Х. Філатов [46] вважають, що госпіталізація показана у разі значних запальних явищ із підвищенням температури тіла, погіршенням загального стану, появою головного болю чи болю в очах на боці фурункула, виникнення набряку, який виходить за межі зовнішнього носа, розвитку регіонарного лімфаденіту та появи ознак ускладнень. С.Б. Безшапочний і Д.І. Заболотний [4], В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський [34], а також В.Х. Філатов [46] підкреслюють, що у разі легкого перебігу (в початковій стадії фурункула)

допускається амбулаторне лікування, хоча В.Х. Філатов [46] відмічає, що і в цьому випадку краще помістити хворого в стаціонар.

Лікувальні заходи при фурункулі носа повинні включати: а) місцеву дію на патологічний осередок; б) застосування антибактерійних засобів; в) дезінтоксикацію і десенсибілізацію; г) вплив на мікроциркуляцію, гіперкоагуляцію і регуляцію гомеостазу; д) седативні середники і препарати, що регулюють кровообіг і дихання; е) підвищення імунологічної реактивності [46]. Застосовують наступні методи лікування хворих з фурункулумом носа: медикаментозний; фізіотерапевтичний; хірургічний [35]. Лікування залежить від тяжкості захворювання і стадії його перебігу [10, 36].

Основа лікування – повний спокій [41], тому важливим є усунення всіх можливих факторів подразнення фурункула: забороняється виконання розрізів в стадії інфільтрації, витискування гною, витискування стержня, торкання фурункула руками хворого, активний рух мимічної мускулатури, мацерація шкіри вологими компресами [9, 16, 18, 21-25, 27, 48, 51], оскільки це може призвести до серйозних ускладнень внаслідок розповсюдження інфекції через венозні шляхи з порожнини носа в порожнину черепа [27]. Для запобігання мацерації запаленої ділянки входу в ніс маленьким дітям необхідно іммобілізувати руки [18].

Велике значення надається місцевому лікуванню фурункула носа. З цією метою застосовуються різні середники. Частіше рекомендують шкіру навколо фурункула змашувати спиртовими розчинами: борний, саліциловий спирт [9, 23-25, 34, 36, 46], левоміцетиновий спирт [23-25], 10% розчин

прополісу на 70° спирті [46] або одним 70° спиртом [1, 46]. М.І. Костров і І.С. Усачов [21] при доброякісному перебігу фурункула обережно протирають інфільтрат спиртом і змащують йодом. А.А. Лайко [23, 24], А.А. Лайко і Д.І. Заболотний [25] рекомендують примочки з спиртовими розчинами на 2-3-й день. С.Б. Безшапочний і Д.І. Заболотний [4] відмічають ефективність примочок зі спиртовим екстрактом прополісу. Л.Б. Дайняк [10] проводить обробку шкіри зовнішнього носа і входа в ніс 2% розчином борної кислоти, 1% розчином діоксиду. Діоксидин в 1% розчині застосовують Г.С. Протасевич і співавтор. [36]. Вони також використовують 10% синтоміцинову емульсію або 20% спиртовий екстракт прополісу. Р.Х. Абдусаметов [1] користується рідиною Кастеллані. К.Б. Ахмедова і Н.А. Шинбирев [2] змащують гнійнички 20% розчином перманганату калію. Ю.Б. Ісхакі і Л.Й. Кальштейн [18] місцево застосовують припікання 2% ляпісом. При локалізації фурункула в носовому ході Н.С. Тейман [41] рекомендує тампони з гарячим гіпертонічним розчином натрію хлориду, Л.Б. Дайняк [10], а також Г.С. Протасевич і співавтори [36] в ділянку переддвір'я носа уводять марльову турунду з гіпертонічним розчином натрію хлориду. А.Г. Лихачов [27] уводить в порожнину носа через кожні 3-4 год марльові тампони, змочені в буровській рідині.

Місцево використовуються антибактерійні мазі [4, 5, 9, 10, 18, 26, 27, 34, 40, 51, та ін.] шляхом нанесення тонким шаром на запалену шкіру носа зовні та переддвір'я [4], змащування уражених місць [51], закладання в ніс [46], на марльових турундах [10], тампонах [26] чи накладання пов'язок [46]. При цьому застосовуються різні мазі: пеніцилінова [10], дібіоміцинова [46], синтоміцинова [3, 9], 2% фурацилінова [10], фурациліно-левоміцетинова [46], 1-2% ртутна [5], бальзамічна [34], 30% прополісна [46], індиферентна [27], Вишневського [3], іхтіолова [26, 27, 34, 46]. Ю.Б. Ісхакі і Л.Й. Кальштейн [18] рекомендують мазі із антибіотиків, І.А. Яшан і співавтори [51] – мазі, що містять антибіотики з кортикостероїдами. А.А. Лайко [23, 24], А.А. Лайко і Д.І. Заболотний [25] вважають, що не слід застосовувати іхтіолову мазь, мазь Вишневсь-

кого, водні розчини та мазьові компреси. Автори нагадують про шкідливу дію іхтіолу, який усе ще широко застосовують лікарі для лікування фурункулів. У дітей іхтіол спричиняє опік шкіри, а тому він шкідливий [23]. Крім того, іхтіол має неприємний запах і забруднює білизну [23]. Мазь Вишневського подразнює шкіру дитини через наявність у ній дьохтю [23]. Мазі і компреси не рекомендують М.І. Костров і І.С. Усачов [21]. А.Б. Варшавський [5] також застосовувати компреси не рекомендує, оскільки волога тканина мацерує епідерміс, при цьому настає зараження суміжних мішечків і залоз.

Ряд авторів [9, 10, 26, 27, 36, 46] рекомендують місцево застосовувати синтоміцинову емульсію, а А.Б. Варшавський [5] – 5% сульфідінову емульсію, Б.М. Лебедєвський [26] – перувіанський бальзам.

На ранніх стадіях захворювання рекомендують теплові процедури [16, 51] у вигляді сухого тепла [5, 9, 23-25], припарок [16], грілки на ніс [5]. В неускладнених випадках призначають місцево фізіотерапевтичні процедури [18, 19, 26, 36, 46, 51]; на ранніх стадіях захворювання ефективна мікрохвильова терапія [5, 10, 34, 36, 46], яка сприяє відмежовуванню запального процесу і більш швидкому відторгненню стержня фурункула [10].

Ефективною є також УВЧ-терапія [4, 5, 9, 16-18, 20, 21, 23-27, 34, 36, 40, 46, 48, 51]. Л.Б. Дайняк [10] вважає, що УВЧ-терапію можна рекомендувати після розкриття фурункула для більш швидкого розсмоктування запального осередку.

В неускладнених випадках місцево застосовують опромінення кварцем [4, 5, 9, 17, 18, 21, 23-25, 34, 36, 38, 40, 46, 51]. З метою місцевої дії використовують солюкс [16, 20, 23-25, 36, 46, 51].

Ефективне застосування лазерного опромінення [4, 11, 17, 42]. С.Б. Безшапочний і Д.І. Заболотний [4] рекомендують опромінення гелій-неоновим лазером. Б.С. Іванов і М.С. Жуманкулов [17] з успіхом використали низькоінтенсивне лазерне опромінення в комплексному лікуванні фурункула носа у 42 хворих. Г.Е. Тімен і П.В. Вінничук [42] спостерігали позитивні результати і добились значного скорочення

строків лікування хворих з фурункулосом носу при застосуванні високоенергетичного лазерного випромінювання, яке отримували від вуглекислотного лазера „Саяни-МТ”. О.У. Дустбекова і Х.Е. Карабаєв [11] в комплексному лікуванні фурункула носа у дітей відмітили високу ефективність випромінювання арсенід-галієвого лазера. Лазерне опромінення надає протизапальну, знеболювальну дію, ліквідує колатеральний набряк, відмежовує гнійний процес, пришвидшує розсмоктування інфільтратів [11, 17]. Г.Е. Тімен і П.В. Вінничук [42] відмітили, що лікування за допомогою лазера скоротило строки перебування хворих на ліжку більше ніж у 2 рази порівняно з контрольною групою (лікування традиційними методами). Автори вважають цей метод методом вибору при лікуванні хворих на фурункулосом носу.

М.М. Обушинська [33] в комплексній терапії запропонувала метод лікування фурункула носа з використанням світлодіодного випромінювання червоного діапазона, яке альтернативне лазерному випромінюванню.

Добрий ефект дає фонофорез гіоксисонової мазі [13, 14, 35, 36, 51]. В стадії інфільтрації без порушення загального стану фонофорез гіоксисонової мазі на ділянку запального осередка може бути єдиним методом терапії [14, 35]. Одужання в більшості випадків настає після 3-4 сеансів [14, 35], іноді навіть після одного сеансу [35].

Введення гіоксисонової мазі методом фонофорезу безпосередньо в м'які тканини зовнішнього носа, де локалізується фурункул, дозволяє одержати позитивний ефект внаслідок сприятливої дії ультразвуку, який покращує мікроциркуляцію, підвищує імунологічну реактивність організму і має десенсибілізуючу, стимулюючу і розсмоктувальну властивість, а також в результаті створення в тканинах високих концентрацій окситетрацикліну хлориду, що бактерицидно впливає на мікрофлору, і гідрокортизону ацетату, що має протизапальну і десенсибілізуючу дію [14]. Обидва препарати входять до складу гіоксисонової мазі й не руйнуються під впливом лікувальних доз ультразвуку [14]. Застосування даного методу в ранні строки виникнення фурункула носа

сприяє швидкому розрішенню запального процесу, в результаті чого відпадає необхідність в парентеральному і пероральному введенні антибіотиків, відвертається можливість їх побічної дії на організм [14, 35, 36]. Можна застосовувати фонофорез еритромицинової чи тетрациклінової мазі в поєднанні з гідрокортизоновою [13, 14].

Добрий ефект дає протизапальна рентгенотерапія [20, 26, 46]. Місцеве застосування рентгенівських променів полегшує больові відчуття і пришвидшує ліквідацію запальних змін [26]. Завдяки високій чутливості лейкоцитів до рентгенівського опромінення швидко знімається інфільтрація тканин в ділянці фурункула, затихають запальні явища, відторгається некротичний стержень [46]. Разова доза - 50-100 рад [46]. Протипоказаннями до рентгенотерапії служать дитячий [23, 46] і юнацький вік [46], вагітність [46]. Поєднувати фізіотерапевтичні процедури з рентгенопромінням не рекомендується [46].

Іноді використовуються хірургічні і напівхірургічні методи: припікання електрокаутером центра і стержня фурункула [39]. До виконання хірургічного втручання при фурункулосом носу (видалення стержня) більшість авторів відноситься негативно [27]. Не варто швидко розкривати фурункул [4, 46]. В стадії інфільтрації хірургічне лікування фурункула носа не рекомендується, оскільки руйнується запальний бар'єр тканин і загострюється тромбофлебіт з розповсюдженням інфекції через вени обличчя [21]. Лише в період утворення абсцесу і стихання реактивних явищ в разі недостатнього відтоку гнійних мас застосовують хірургічне втручання – розкривання фурункула [4, 15, 16, 19-22, 26-29, 34, 37, 40, 41, 46-51]. Л.Б. Дайняк [10] вважає, що необхідно проводити розкриття фурункула лише у випадку абсцедування в ділянці перегородки носа і верхньої губи.

Виконують хрестоподібний розріз з висіченням некротизованих тканин [4]. Враховуючи косметичні вимоги, розріз, по можливості, варто проводити з внутрішнього боку носа [4, 26]. Після розкриття фурункула промивають і дрениують порожнину [4, 15, 21, 23-25, 28, 37, 47], для чого використовують турунди з гіпертонічним розчином

натрію хлориду [4, 21, 23-25], риванолом [21], діоксидином, дімексидом [4], антисептиками [23-25]. Краще дренивати рану за допомогою гумових дренажів [23-25]. Якщо з'являється кровотеча, то слід проводити тампонаду на нетривалий термін [23-25]. При карбункулі носа, що супроводжується тромбозом лицевих вен, вен орбіти з тенденцією до розповсюдження процесу на оточуючі анатомічні ділянки і тим більше в порожнину черепа, на фоні інтенсивної комплексної консервативної терапії, обов'язкове і розкриття гнояків з забезпеченням дренажу, підведенням до осередку антибактерійних середників і ферментів [30]. На думку Н.О. Московченко і співавторів [30], не варто чекати появи флюктуації, оскільки при карбункулі симптому флюктуації немає внаслідок переважання процесів інфільтрації і некрозу. Розтини варто проводити в місцях, де на шкірі має місце навіть точкове нагноєння. Такі ж розтини варто проводити в ділянці переддвір'я і перегородки носа [30].

При фурункулах з наростанням запального процесу і розвитком тромбофлебиту вен обличчя з набряком м'яких тканин щокки і повік перетинають кутову вену в ділянці внутрішнього кута ока [19, 21, 44]. В окремих випадках доцільно пересікати і інші вени обличчя (при розвитку в них гнійного тромбофлебиту) [21]. Своєчасне пересічення кутової вени обличчя (на 1-й – 2-й день тромбофлебиту) перешкоджає розповсюдженню запального процесу в печеристий синус [21]. В тяжких випадках В.Ф. Войно-Ясенецький [6] запропонував при карбункулах обличчя і носа застосовувати хірургічний метод з широким висіченням некротичних тканин і перев'язкою кутової і лицевої вен.

При фурункулі і карбункулі носа проводять загальне лікування, що включає протизапальні, знеболювальні, десенсибілізуювальні, дезінтоксикаційні, симптоматичні засоби. Застосовують антибактерійну терапію [14, 17, 19, 28, 36, 40, 46], яка, в залежності від тяжкості перебігу захворювання, може бути оральною і парентеральною. В легких стадіях перебігу фурункула застосовують досередини антибіотики [4, 9, 10, 16, 22, 27, 34, 36, 45, 46, 51]. Доцільно давати такі ан-

тибіотики, до яких найбільш чутлива мікрофлора при фурункулі носа [46]. З цією метою Л.Б. Дайняк [10], Г.С. Протасевич і співавтори [36] рекомендують олеандоміцин, олететрин, еритроміцин, В.Х. Філатов [46] – еритроміцин, оксацилін, олеандоміцин, олететрин, рондоміцин, римактан, В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський [34] – еритроміцин, тетрациклін, А.Г. Лихачов [27] – олететрин, левоміцетин, О.О. Гладков [9] – синтоміцин. Ю.В. Мітін і Л.Р. Джурко [28] вважають, що традиційно призначаемі в цій ситуації антибактерійні препарати широкого спектру дії (пеніцилін, тетрациклін, олететрин, левоміцетин, ампіцилін, ампіокс) втратили свою актуальність. Багато штамів мікроорганізмів, що викликають фурункул носа, не чутливі до перелічених препаратів, тобто антибіотикорезистентні. На зміну цим засобам прийшло нове покоління антибіотиків широкого спектру дії – цефалоспорины. Автори помітили, що позитивний ефект настає значно швидше при призначенні антибактерійних препаратів цефалоспоринового ряду. В комплексному лікуванні осіб з неускладненим фурункулом носа (після розтину, а також в стадії інфільтрації) вони застосовують антибіотик „Дурацеф” (цефадроксил). Його призначають перорально 2 рази на добу в дозі 500 мг. Тривалість терапії індивідуальна залежно від тяжкості процесу і визначається в ході лікування, враховуючи показники загального стану, реакцію пошкоджених тканин, показники крові. В основному курс лікування складає 10 днів.

Поряд з антибіотиками хворому досередини призначають сульфаніламідні препарати [4, 9, 10, 16, 20, 22, 27, 34, 36, 45, 46, 51]. А.В. Колодкін [20] рекомендує норсульфазол, В.Х. Філатов [46] – сульфадиметоксин за схемою, Г.С. Протасевич і співавтори [36] – сульфадимезин або сульфален за схемою. А.А. Лайко [23, 24], А.А. Лайко і Д.І. Заболотний [25] вважають, що призначення сульфаніламідних препаратів менш ефективно. Вони ефективні при фурункулах стрептококової етіології.

Застосовують також антибіотики внутрішньом'язово [2, 5, 9, 14, 20, 21, 23-25, 36]. З цією метою О.О. Гладков [9], а також Г.С. Протасевич і співавтори [36] рекомендують пеніцилін, К.Б. Ахмедова і Н.А. Ши-

нбирєв [2], А.Б. Варшавський [5], А.В. Колодкін [20], М.І. Костров і І.С. Усачов [21] – пеніцилін і стрептоміцин. А.А. Лайко [23,24], А.А. Лайко і Д.І. Заболотний [25] рекомендують антибіотики пеніцилінового чи цефалоспоринового ряду парентерально, які швидко купірують перебіг фурункула, запобігають внутрішньочерепним ускладненням. Л.Б. Дайняк [10] внутрішньом'язові ін'єкції антибіотиків призначає при тяжкому перебігу фурункула носа. При тяжкому перебігу фурункула носа призначають масивні дози антибіотиків [14, 18, 41]. З цією метою застосовують пеніцилін, карбеніцилін, ампіцилін, ампіокс та ін. [14]. В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський [34] антибіотики в великих дозах внутрішньом'язово призначають при підозрі на ускладнення фурункула носа.

Застосовувані антибактерійні препарати в останній час не завжди дають очікуваний ефект через наявність стійких до них штамів збудника [3]. В зв'язку з цим звичайно призначають два антибактерійні препарати [37], чи періодично чергують їх [21]. Досередини призначають ністатин [2, 29, 34, 46].

Доцільно провести десенсибілізувальну терапію [10, 14, 17, 23-25, 28, 46]. З десенсибілізувальних препаратів О.А. Євдощенко і А.Л. Косаковський [14] рекомендують димедрол, глюконат кальцію, діазолін, піпольфен, Г.С. Протасевич і співавтори [36] – димедрол, супрастин або діазолін, К.Б. Ахмедова і Н.А. Шинбирєв [2] – хлорид кальцію.

При затяжному перебігу призначають загальнозміцнювальне лікування [14, 27, 34, 42, 45, 46]. З цією метою рекомендують вітамінотерапію [10, 14, 23-25, 46], зокрема вітаміни С, В₁, В₂ та ін. [46]. О.У. Дустбекова і співавтори [12] запропонували модифіковане лікування з включенням вітамінів А, В, С і екстракта елеутерокока. О.У. Дустбекова і Х.Е. Карабаєв [11], а також Т.Х. Насретдінов і співавтори [31] рекомендують модифікований спосіб лікування – метаболічну корекцію з застосуванням аевіту в поєднанні з аскорбіновою кислотою.

При порушенні загального стану організму чи розповсюдженні запалення за межі зовнішнього носа при необхідності

призначають дезінтоксикаційну терапію [14, 46]. З цією метою використовують гемодез [14], уротропін внутрішньовенно [2]. У разі виражених больових явищ показані знеболювальні засоби [2, 4, 16, 17, 36, 51]. З анальгетиків К.Б. Ахмедова і Н.А. Шинбирєв [2] рекомендують амідопірин, Л.А. Зарицький [16] – анальгін, фенацетин. Г.С. Протасевич і співавтори [36] застосовують анальгін в таблетках чи в 2% розчині досередини.

При затяжному перебігу фурункула носа проводять гемо-, лакто- і піротерапію, а також специфічну імунотерапію (піовакцина, антистафілококові препарати, антифагін, бактеріофаг, стафілококовий анатоксин та ін.) [9, 42], антистафілококову плазму [40]. Доцільно провести аутогемотерапію [8-10, 27, 34]. В.А. Гетте і В.В. Бараненко [8] для лікування фурункула носа застосували аутогемотерапію і відмітили скорочення терміну лікування на 5-6 днів в порівнянні з методом уведення стафілококового анатоксину, що застосовувався ними раніше.

Для профілактики розвитку тромбозу вен обличчя хворим додатково призначають антикоагулянти прямої чи непрямой дії [4, 19, 40] під контролем коагулограми [4], показано внутрішньом'язове уведення протеолітичних ферментів [4].

Рекомендують симптоматичну терапію [17, 23-25, 28, 45].

Звичайно через 4-7 днів процес купірується, проходить розм'якшення тканин навколо стержня фурункула, який легко відторгається [46]. Самостійне розкриття абсцесу до госпіталізації спостерігається у 15,64 % хворих [45]. Після відторгнення стержня утворений дефект заповнюється грануляційною тканиною і швидко загоюється [46].

Профілактика

Профілактика фурункула носа має першочергове значення [5]. Для попередження фурункулів першочергове значення має дотримання правил особистої гігієни, чистоти тіла, білизни, одяжі, житла, робочого місця, попередження мікротравм [21]. Користуватись треба тільки носовою хусточкою (не пальцями) і тільки її внутрішньою

поверхнею. Носова хусточка повинна бути завжди чистою, міняти її треба не рідше 3 разів на тиждень, а при фурункулі носа щоденно і навіть частіше. Категорично забороняється користування чужими хусточками. Не дозволяти дітям колупатися в носі [5]. Дотримання гігієни шкірних покривів і спокою при появі гнійничкових явищ – важлива умова профілактики фурункула носа [20].

В комплекс профілактичних заходів входить лікування гострих і хронічних запальних захворювань носа і приноскових пазух [21, 51], лікування ендокринних захворювань (цукровий діабет) [51]. Корисні ра-

ціональні тренування і загартування організму [21, 51]. Фізична культура і спорт, раціональне харчування, нормальний сон мобілізують організм на боротьбу з будь-якою інфекцією, сприяють значному зниженню захворюваності на фурункул носа [21].

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що лікування при фурункулі і карбункулі носа є медикаментозне і хірургічне. При цьому застосовуються різні засоби місцевого і загального впливу на хворобу. Профілактика включає дотримання правил особистої гігієни, лікування захворювань, які можуть спричинити до виникнення фурункула і карбункула носа.

1. Абдусаметов Р.Х. Желудочный сок в терапии гнойничковых заболеваний кожи // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1962. - №7. – С. 42-46.
2. Ахмедова К.Б., Шинбирев Н.А. Фурункулы и карбункулы лица и их лечение // Клини. медицина. – 1962. – Т.40, №10. – С. 134-137.
3. Ашмарин Ю.Я., Крейнин В.М. Фурункулез. – М.: Медицина, 1974. – 96 с.
4. Безшапочний С.Б., Заболотний Д.І. Фурункул і карбункул носа // Оториноларингологія / Під ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. – К.: Здоров'я, 1999. – С. 217-219.
5. Варшавский А.Б. Фурункул носа // Мед. сестра. – 1970. - №5. – С. 24-26.
6. Войно-Ясенецкий В.Ф. (1956). Цит. по М.А. Шустеру и соавт. (1986).
7. Вульфсон С.И. К вопросу о лечении фурункул носа и верхней губы // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1929. – Т.6, №11-12. – С. 914-923.
8. Гетте В.А., Бараненко В.В. Влияние аутогемотерапии на показатели естественной резистентности у больных с фурункулами носа и уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. - №4. – С. 60.
9. Гладков А.А. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1973. – С. 110-111.
10. Дайняк Л.Б. Фурункул носа // Руководство по оториноларингологии / Под. ред. И.Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 239-240.
11. Дустбекова О.У., Карабаев Х.Э. Применение арсенид-галлиевого лазера при лечении детей с гнойно-воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1996. - №6. – С. 60-63.
12. Дустбекова О.У., Карабаев Х.Э., Мухамедиев Н.К. Изменения показателей состояния антиоксидантной системы у детей при гнойно-воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух и методы их коррекции // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1996. - №3. – С. 53-59.
13. Евдощенко Е.А., Косаковский А.Л. Лечение фурункула носа с использованием фонофореза лекарственных веществ: Информ. письмо. – К.: Б.и., 1986. – 3 с.
14. Евдощенко Е.А., Косаковский А.Л. Лечение больных с фурункулом носа методом фонофореза лекарственных веществ // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1988. - №1. – С. 40-43.
15. Елисеев В.Н. К вопросу диагностики, клиники и лечения фурункула носа у детей // Вопр. оториноларингологии детского возраста. – М.: Б.и., 1973. – Т.17, В.5. – С. 34-49.
16. Зарицкий Л.А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С. 153-154.
17. Иванов Б.С., Жуманкулов М.С. Использование низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении фурункул носа // Здравоохран. Казахстана. – 1986. - №7. – С. 64-65.
18. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. – Душанбе: Маориф, 1977. – С. 34-35.
19. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б. в., 1996. – С. 28-29.
20. Колодкин А.В. О фурункулах и карбункулах лица // Воен.-мед. журн. – 1964. - №1. – С. 76-77.

21. Костров Н.И., Усачев И.С. Тактика врача при осложненных фурункулах и карбункулах носа // Воен.-мед. журн. – 1978. - №9. – С. 75-77.
22. Кручинина И.Л., Смоликова В.И., Солдатова В.В. Фурункулы носа и их осложнения // Вестн. оториноларингологии. – 1982. - №1. – С. 86-87.
23. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 206-207.
24. Лайко А.А. Невідкладна допомога в дитячій оториноларингології. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 152-153.
25. Лайко А.А., Заболотний Д.І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. – К.: Логос, 2005. – С. 150-151.
26. Лебедевский Б.Н. Фурункул носа // Руководство по оториноларингологии / Под. ред. А.Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1963. – Т.3. – С. 34.
27. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 138.
28. Митин Ю.В., Джурко Л.Р. Применение антибиотика „Дурацеф” у больных с фурункулом носа, гематомой и абсцессом носовой перегородки // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1998. - №5, Додаток. – С. 78-80.
29. Митин Ю.В., Кунеевский В.А. Абсцедирующий фурункул носа, приведший к полной потере зрения на один глаз // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1975. - №2. – С. 106-107.
30. Московченко Н.А., Лесовая Н.Д., Шевченко Т.И. Особенности течения и принципы интенсивной терапии карбункулов носа, вызванных стафилококком // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1978. - №3. – С. 7-11.
31. Несретдинов Т.Х., Карабаев Х.Э., Шаматов И.Я. Нарушение перекисного окисления и обмена липидов в крови у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух и их коррекция // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1996. - №4. – С. 73-76.
32. Никонова О.С. Лечение септического тромбоза пещеристого синуса пенициллином // Сов. медицина. – 1948. - №11. – С. 16-17.
33. Обушинская М.М. Биомикроскопия – как критерий доказательной медицины в оценке эффективности светодиодной терапии фурункула носа // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. - №5-с. – С. 210-211.
34. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 30-33.
35. Протасевич Г.С. Застосування гіоксизонової мазі для лікування осіб з фурункулом носа // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. - №5, Додаток №2. – С. 93-94.
36. Протасевич Г.С., Ковалик П.В., Андрейчин Ю.М., Гавура І.А., Стахів О.В., Яшан Л.В., Савчук Е.В. Фурункул носа // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – №3-с. – С. 249-250.
37. Расунова А.К., Алешин В.А., Мирабдуллаева Х.М. К вопросу лечения фурункулов носа // Актуальные проблемы современной медицины. – М.: Медицина, 1977. – С. 66-69.
38. Ратенберг А.М. Физиотерапия в отоларингологии. – М.: Медицина, 1973. – 159 с.
39. Скидельский И.Р. Abortивное лечение фурункулов и гидраденитов методом электрокаустики // Врач. дело. – 1947. - №8. – С. 795.
40. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1990. – 288 с.
41. Тейман Н.С. Фурункулы и карбункулы лица и головы // Мед. сестра. – 1968. – №1. – С. 47-48.
42. Тимен Г.Э., Винничук П.В. Лазеротерапия больных с фурункулом носа // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1986. - №3. – С. 6-9.
43. Тумашева Н.И., Шелков Е.И., Власова Л.А. Опыт лечения больных фурункулами носа // Науч.-практ. конф. врачей медсанчасти Барнаульского комбината хим. волокна. 3-я: Материалы. – Барнаул: Б.и., 1971. – С. 212-214.
44. Усачев И.С., Ахи И.К. О лечении осложненных фурункулов и карбункулов носа // Воен.-мед. журн. – 1977. - №8. – С. 49.
45. Ушаков И.С., Шаяхметова Г.Р. Фурункул носа и его осложнения // Здравоохр. Казахстана. – 1982. - №7. – С. 62-63.
46. Филатов В.Ф. Лечебная тактика у больных с фурункулом носа и его осложнениями // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1979. - №2. – С. 65-68.
47. Шапошников О.К., Старченко М.Е. Тактика врача при осложненных фурункулах и карбункулах носа // Воен.-мед. журн. – 1979. - №11. – С. 63-65.
48. Шеврыгин Б.В., Хируг С.Е. Фурункулы и карбункулы носа // Фельдшер и акушерка. – 1979. - №12. – С. 22-24.
49. Шевченко А.М., Гладкий Н.И. Риногенные множественные абсцессы легких // Вестн. оториноларингологии. – 1975. - №6. – С. 103-104.
50. Шустер М.А., Трескина О.С., Ольшанский А.Я., Мельникова Е.В. Принципы комплексной терапии больных с гнойными осложнениями в ЛОР-клинике // Вестн. оториноларингологии. – 1986. - №4. – С. 40-45.
51. Яшан І.А., Заболотний Д.І., Яшан О.І., Ковалик П.В., Протасевич Г.С. Медсестринство в оториноларингології. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С. 48-50.

Надійшла до редакції 13.06.07.

© Г.С. Протасевич, Е.В. Савчук, 2008