

Г. А. МИРЗОЯН

ՔԼԵՇԻՆՈՒ ՄԵՍՏՆԻՅ ԳՆՈՒՆԻՅ ՍՐՈՇԵՍՍՈՎ ՆՈՎՈՔԱՅՆՈՎՈՅ ԲԼՈՔԱԴՈՅ ԲԵՅ ՍԵՆԻՇԻԼԼԻՆԱ Ի Վ ՏՈՇԵՏԱՆԻԻ Տ ՆԻՄ

Սո ճաՆՆԻՄ յՆՈՒՇԻՍԼԵՆՆԻՅ ԷՍՔՍԵՐԻՄԵՆՏԱԼՆԻՅ ԻՍՏԵԴՈՎԱՆԻՅ Ի
ԿԼԻՆԻՇԵՍԿԻՅ ՆԱԲԼՈՎՈՒՄԻՅ, ՍՏԱՆՈՎԵՆԱ ՏԵՍՆԱ ՏՎՅԱԶ ՏՈՍՏԱՆԻՅ ՆԵՐՎՈՒՅ
ՍԻՍՏԵՄԻ Տ ՎՈՅՆԻՔՆՈՎԵՆԻՄ Ի ՐԱՅՎԻՏԻՄ ՎՈՍՓԱԼԻՏԵԼՆՈ-ԳՆՈՒՆԻՅ ՅԱԲՈԼԵ-
ՎԱՆԻՅ. ՆաԻԲՈԼԵԷ ՕԲՏՈՅԱՏԵԼՆՈ ԷՏՈ ԴՈՔԱԶԱՆՈ ՐԱԲՈՏԱՄԻ Ա. Վ. ՎԻՏՆԵՎՍԿՈՅ
Ի ՍՐԵՏԱՎԻՏԵԼՅԱՄԻ ԷՂՈ ՏԿՈԼՅ.

ԹԵՐԱՓԵՎՏԻՇԵՍԿԻՅ ԷՓՖԵՔՏ 1/4%-ՆՈՅ ՐԱՏՎՈՐԱ ՆՈՎՈՔԱՅՆԱ ՕԲՅԱՏՆԻՅ
ԷՏՅԱ ՏԵՄ, ՇՈ ՏԼԱԲՈԷ ՐԱՅԴՐԱՅՈՒՄ ՆԵՐՎՈՒՅ ՍԻՍՏԵՄԻ, ՍՈԼՈՒՇԵՆՈ ՍՐԻ
ԲԼՈՔԱԴԵ ԻՅ ՕԲԼԱՍՏԻ ԳՆՈՒՆՈ-ՎՈՍՓԱԼԻՏԵԼՆՈՅ ՕՇԱԳԱ, ՏՆԻՄԱԵՏ ՏԻԼՅՈՒՅ
ՐԱՅԴՐԱՅՈՒՄ ՇԵՆՏՐԱԼՆՈՒ ՆԵՐՎՈՒՅ ՍԻՍՏԵՄԻ. ԷՏՈ ՍԼՈՒՇԱԵՏ ՕԲՇԵՑ ՏՈՍՏԱՆԻՅ
ՆՈՒՅ ԲՈԼՅՈՒՅ, ՍԿՈՐՅԱԵՏ ՍՐՈՇԵՍ ՅԱՅԻՎԼԵՆԻՅ Ի ԴԱԵՏ ԲՈԼԵԷ ՏՈՒՅԿՈԷ ՎՅԻԴՈ-
ՐՈՎԼԵՆԻԵ.

Ա. Տ. ԿՈՏԵՆԵՇԿԻՅ [7] ԷՍՔՍԵՐԻՄԵՆՏԱԼՆՈ ՍՏԱՆՈՎԻՄ, ՇՈ ՎՈՍՓԱԼԻՏԵԼՆՈՒ
ՍՐՈՇԵՍ ԿՈՇԻ Ս ՄՅՏԻՅ ԻՏՇԵԱԵՏ ՍՈԼԵ ՎՆՈՒՐԻՔՈՅՆՈՅ ՎՎԵԴՆԵՆԻՅ
1/4%-ՆՈՅ ՐԱՏՎՈՐԱ ՆՈՎՈՔԱՅՆԱ ՇԵՐԵՅ 10—12 Շ., ՇԵՂՈ ՆԵ ՆԱԲԼՈՎԱԼՈՅ Ս
ԿՈՆՏՐՈԼՆԻՅ ՄՅՏԻՅ, ԼԵՇԻՎՏԻՅՅԱ ԲԵՅ ՆՈՎՈՔԱՅՆՈՎՈՅ ԲԼՈՔԱԴԻ. ԱՎՏՈՐ ՏԱԿ-
ՅԵ ԴՈՍՏԻԳԱԼ ԲՅԻՏՐՈՒՅ ԻՏՇԵՆՈՎԵՆԻՅ ԳՆՈՒՆՈՅ ԻՆՖԻԼՏՐԱՏԱ ՍՐԻ ՖՈՐՈՆԿՈՒԼԱ
Ս ԿԱՐԲՈՆԿՈՒԼԱՅ ԼԻՇԱ ՍԼՈՒԵՅ ՆՈՎՈՔԱՅՆՈՎՈՅ ԲԼՈՔԱԴԻ ՍՐԻ ՎԻՏՆԵՎՍԿՈՒ.
ՆԵՂՈՏՐԵՅ ԱՎՏՈՐՅ [6, 9] ՏԿԻՏԱՅՆ ԱՆԻԼՈՒՇԻՄ ՏՈՍՈԲՈՒՄ ԼԵՇԻՎՏԻՅ
ԿԱՐԲՈՆԿՈՒԼՈՎ ԼԻՇԱ ՆՈՎՈՔԱՅՆՈՎՈՅ ԲԼՈՔԱԴԱ. Ա. Դ. ՏՍԵՐԱՆՍԿԻՅ [10], Ա. Ի.
ԱՏՎԱՇԱՏԱՐՈՎ [1] Ի ԴՐ. ՕԲՅԱՏՆԻՅ ԼԵՇԻՎՏԻՅ ԴԵՅՏՎԻԵ ՆՈՎՈՔԱՅՆՈՎՈՅ ԲԼՈՔ-
ԱԴԻ ՍՐԻ ԳՆՈՒՆԻՅ ՎՈՍՓԱԼԻՏԵԼՆԻՅ ՍՐՈՇԵՍՏԱՄ ՏԵՄ, ՇՈ ՆՈՎՈՔԱՅՆ ՆԵ ՏՈԼ-
ԿՈ ՏՆԻՄԱԵՏ ՏԻԼՅՈՒՅ ԲՈԼԻ, ՆՈ Ի ՍԼՈՒՇԱԵՏ ՕԲՄԵՆ ՎԵՇԵՍՏՎ Վ ՕԲԼԱՍՏԻ ՍԱՏՈ-
ԼՈԳԻՇԵՍԿՈՅ ՕՇԱԳԱ Ի ՎՈ ՎԵՍԵՄ ՕՐԳԱՆԻՅՄԵ.

ՏՐԵՄԼԵՆԻԵ ԽԻՐՈՒՐԳՈՎ ԻՅԲԵՅԱՏՅ ՍՐ ՎՈՅՄՈՅՈՒՄԻ ՐԱՅՐԵՅՈՎ Ի ԻՏՇԵՇԵՆԻՅ
ՏԿԱՆԵՅ, ՕՏԱՎՅԱԼՅՈՒՅ ԴԵՓՖԵՔՏՅ ԿՈՇԻ Ի ՍՈԴԿՈՅՆՈՒ ԿԼԵՇԱՏԿԻ, ԴՈՏ-
ՍՐՈՒՄՆՈՒՄ ՆՈՎՈՔԱՅՆՈՎՈՅ ԲԼՈՔԱԴԻ Վ ԱՄԲՈԼԱՏՈՐՆԻՅ ՍԼՈՎԱՆԻՅ Ի ԲԵՅՎՐԵԴՆՈՒՄ
ԷԷ ՕԲՍԼԱՎԼԻՎԱՅՈՒՄ ՏԻՐՈՒՅ ԼՐԱՍՐՈՏՐԱՆԵՆԻՅ ԷՏՈՅ ՄԵՏՈԴԱ ԼԵՇԻՎՏԻՅ.

ՆԱՄԻ ՆԱԲԼՈՎԱԼԻՅ ԲՈԼՅՈՒՅ Տ ՖՈՐՈՆԿՈՒԼԱՄԻ (70 ՇԵԼ.) Ի ԿԱՐԲՈՆԿՈՒԼԱՄԻ
(46 ՇԵԼ.) ՐԱՅԼԻՇՆԻՅ ԼՈՔԱԼԻՅԱՆԻՅ, ԼԵՇԻՎՏԻՅՅԱ ՆՈՎՈՔԱՅՆՈՎՈՅ ԲԼՈՔԱԴՈՒ
ՍՐԻ ՄԵՏՈԴՈՒ Ա. Վ. ՎԻՏՆԵՎՍԿՈՅ. ՎՈՅՐԱՏ ԲՈԼՅՈՒՅ—ՕՏ 25 ԴՈ 65 ԼԵՏ;
ՄՅՈՒՇԻՆ—82, ՅԵՆՇԻՆ—34.

ԴԵՒՆԻԿԱ ԼԵՇԻՎՏԻՅ: ՍՐԵԼԵ ՕԲՐԱԲՈՏԿԻ ՅԴՐՈՎՈՒՅ ԿՈՇԻ ՕԲԼԱՍՏԻ ՎՈՍՓԱԼԻՏԵԼՆՈՒ
ՍՐՈՇԵՍ ԻՆՖԻԼՏՐԱՏԱ 5%-ՆԻՄ ՐԱՏՎՈՐԱՄ ՄԱՐԳԱՆՇՈՎՈ-ԿԻՏԼՈՅ ԿԱԼԻՅ ՍՈԴ
ԻՆՖԻԼՏՐԱՏ ՄԵԴԼԵՆՆՈ ՎՎՈԴԻՏՅԱ 1/4%-ՆԻՅ ՐԱՏՎՈՐ ՆՈՎՈՔԱՅՆԱ 20—120 ՄԼ
ՍՐԻ ՆԱԿԼԱԴՅԱԵՏ ՍՈՎՅԱՅԿԱ Տ ՄԱՅՅՈՒ ՎԻՏՆԵՎՍԿՈՅ ԻԼԻ Տ ՎԱՅԵԼԻՆՈՎՅ ՄԱՏ-
ԼՈՒՄ. ՎՆՈՒՐՅ ԲՈԼՅՈՒՄ ՆԱՅՆԱՇԱԵՏՅ ՏՐԵՍՏՈՇԻԴ ՍՐ 0,3—4 ՐԱՅԱ Վ ԴԵՆՅ. ՍՐ-

вязку снимают через день. При наличии заметного улучшения общего состояния больного (снижение температуры и уменьшение инфильтрата) мы повторяем блокаду и смену повязки 2—3 раза, что обычно приводит к отторжению некротических стержней и очищению раневой полости от гноя. Полное заживление обычно наступает через 6—10 дней, особенно в случаях, когда больной обращается в поликлинику не позже чем через 2—3 дня с начала заболевания. Если через 3—4 дня заметного улучшения не наступает, мы назначаем ультрафиолетовое облучение или аутогемотерапию через день. Только в крайних случаях мы прибегаем к пенициллину. Если же и это не помогает (общее состояние остается тяжелым, ограничения гнойно-воспалительного очага не отмечается), тогда назначается новокаиновая блокада с пенициллином 200—300 тыс. ед. При появлении гноя и флюктуации делаем разрез. Если с самого начала гнойно-воспалительный процесс является проявлением общей септической инфекции, в таких случаях внутримышечно вводится пенициллин по 100—150 тыс. ед. каждые 4 ч. или больной направляется в стационар.

57 амбулаторных больных с фурункулами и карбункулами выздоровели в течение 6—10 дней после 3—5 новокаиновых блокад без применения других способов лечения, 33—выздоровели в течение 11—15 дней. Это были больные, обратившиеся в поликлинику через 2—3 дня после заболевания в первой стадии развития гнойного процесса.

26 больных с фурункулами и карбункулами обратились в поликлинику через 6—9 дней после заболевания. Новокаиновая блокада и у этих больных сняла боли и улучшила самочувствие, но исчезновение инфильтрата и обратное развитие гнойно-воспалительного процесса задерживалось, температура оставалась повышенной. После новокаиновой блокады с пенициллином, наложения жировой повязки температура, как правило, снижается. Область инфильтрата уменьшается, в центре его появляется очаг расплавленных тканей и гной.

У 15 больных этой группы были сделаны разрезы, удален гной и некротическая ткань, после чего наступило рассасывание инфильтрата, и больные успешно закончили лечение в поликлинике в течение 10—15 дней.

Из 26 больных, лечившихся новокаиновой блокадой в сочетании с пенициллином и хирургической операцией, 15 выздоровели, 11 чел. были направлены в стационар, ввиду недостаточности амбулаторного лечения. Ни новокаиновая блокада, ни пенициллин, ни хирургические операции не приостановили развития гнойного процесса.

При обследовании этих больных в клинике обнаружено нарушение углеводного, кислотно-щелочного обмена и авитаминоз С. После соответствующего комплексного лечения 10 чел. выздоровели, одна больная с карбункулом шеи, страдавшая диабетом, погибла от сепсиса.

В ы в о д ы

Лечение больных с фурункулами и карбункулами новокаиновой блокадой в первой фазе патологического процесса дает заживление в преоб-

ладающем числе случаев (77, 2%). Во второй фазе—новокаиновая блокада в сочетании с пенициллином снижает температуру, ускоряет рассасывание инфильтрата или гнойное расплавление некротической ткани.

Пенициллин, открывший новый этап в лечении общих и местных гнойных процессов, не всегда оказывается достаточным для излечения больного и тем более для предупреждения рецидивов.

При наличии общих симптомов инфекционного поражения только местное лечение не дает эффекта. В таких случаях необходимо лабораторное исследование больных, а также общее комплексное лечение антибактериальными средствами.

Поликлиника станции
Москва—Повелецкая ж/д.

Поступило 2 XI 1964 г.

Գ. Հ. ՄԻՐԶՈՅԱՆ

ՏԵՂԱԿԱՆ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՇՈՒՐՋԸ ՆՈՎՈԿԱՅԻՆԻ ԲՆՈՎԱԴԱՅՈՎ ԱՌԱՆՑ ՊԵՆԻՑԻԼԻՆԻ ԵՎ ՊԵՆԻՑԻԼԻՆԻ ՀԵՏ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ֆուրունկուլոզ և կարբունկուլոզ տառապող հիվանդների բուժումը նովոկայինի բուժադաշտով տալիս է լավ արդյունք մեծ մասամբ առաջին փուլում (77,2 %): Երկրորդ փուլում նովոկայինի բուժադաշտի պենիցիլինի հետ իջեցնում է հիվանդի ջերմաստիճանը, արագացնում է ինֆիլտրատի ներծծումը, կամ քայքայում է մահացած հյուսվածքները:

Պենիցիլին-նովոկայինի բուժադաշտից և վիրաբուժական միջոցառումներից հետո պոլիկլինիկայում հաջողությամբ բուժվեցին 15 հիվանդներ:

Պենիցիլինը, որը նոր էտապ է բացել ընդհանուր և տեղական թարախային բորբոքումների բուժման ասպարեզում, ոչ բոլոր դեպքերում է լինում արդյունավետ, հատկապես, նա չի կանխում հիվանդության կրկնությունը:

Նովոկայինի բուժադաշտի պենիցիլինի հետ և կիրառված վիրաբուժական միջոցները շօգնեցին 11 հիվանդների (9%):

Ծանր ընթացող ֆուրունկուլոզների և կարբունկուլոզների ժամանակ միայն տեղական միջոցները չեն օգնում հիվանդներին: Այդպիսի հիվանդներին պետք է ենթարկել լաբորատոր ստուգման, բացի տեղական բուժումից կատարել համապատասխան ընդհանուր կոմպլեքսային բուժում (հակաբակտերային միջոցներով, բուժանունով, վիտամիններով և այլն):

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аствацатуров М. И. Учебник нервных болезней. М., 1938.
2. Бурменко Е. Г. Диссертация. М., 1950.
3. Вишневский А. А. Труды III научной сессии отделения клинической медицины АМН СССР. М., 1950.

4. Горизонтов П. Д. Вопросы патологической физиологии в трудах И. П. Павлова. М., 1952.
5. Догаева К. Ф. Сборник рефератов научно-исследовательских работ. Клиника, наука, в. 6, М., 1949.
6. Зак Ю. И. Сборник рефератов научно-исследовательских работ. Клиника, наука, в. 6, М., 1949.
7. Костенецкий А. С. Вестник хирургии им. Грекова, 1936, 47, стр. 128.
8. Мальчиков Л. П. Труды госпитальной хирургической клиники Свердловского медицинского института, т. 6, вып. 27, 1960.
9. Пшеничников В. И. Трофическая язва конечностей и их лечение. М., 1954.
10. Сперанский А. Д. Проблема реактивности патологии. М., 1954.
11. Старошкловская Р. М. Хирургия, 1959, 7, стр. 57.