

որոնք ուղղված են ավտոճանապարհային վթարների կանխմանը, ավտոտնտեսությունների ղեկավարների և պետավտոտեսչության աշխատակիցների անպայման մասնակցության պայմաններով:

I. A. HOSEPIAN, E. S. GHARIBIAN, S. P. GASPARIAN, A. S. SAFYAN,
A. M. HOVANESSIAN

ON THE INFLUENCE OF THE CLIMATO-GEOGRAPHIC FACTORS ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE DRIVERS IN THE MOTOR ROADS OF DIFFERENT ALTITUDES

The study of the functional state of the drivers' nervous system, driving in the motor roads with different altitudes, has been carried out. The examination of the drivers has been conducted twice on different altitudes on the road Yerevan-Sevan, taking into consideration the initial background of the organism and the state of the nervous system.

The vegetative reactions, ECG and the arterial pressure were investigated. The practical conclusions are drawn about the necessity of the examination of the drivers before the regular-route trip.

УДК 615.33

C. A. КУРДИАН

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЯМОКИШЕЧНОГО МЕТОДА ВВЕДЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Приведены результаты применения прямокишечной инфузии антибактериальных препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний женских половых органов. Показана высокая эффективность лечения указанным методом.

В последние годы в практике здравоохранения нашел применение прямокишечный метод введения антибактериальных препаратов [1]. Как видно из данных экспериментальных и клинических наблюдений [3, 5], введенные в прямую кишку антибактериальные вещества быстро всасываются в кровь и уже через 5 мин выявляются в сыворотке, легких, сердце, печени, почках, мышцах, селезенке, лимфатических узлах, костном мозге, брыжейке, стенках желудка, тонкой и толстой кишках и в желчи. Антибактериальные препараты особенно концентрируются в органах брюшной полости, сохраняясь в них до 12 часов.

Согласно данным И. Х. Геворкяна [2, 4], преимущество прямокишечной инфузии дает возможность быстро доставить лекарственное средство в очаг воспалительного процесса, сохранить их фармакологическую активность, создать необходимую концентрацию лекарственных средств без выраженной сенсibilизации организма больного. При регионарной инфузии удастся получить терапевтический эффект, используя более малые дозы антибактериальных препаратов. Наконец, при

этом методе возникает целый ряд рефлекторных реакций, перестраивающих функциональное состояние пораженных патологическим процессом органов и тканей и улучшающих их нейротрофический статус, что благоприятно сказывается на течении и исходе заболевания (активная гиперемия, активация фагоцитоза, улучшение регенерации тканей и др.).

Методика инфузии антибиотиков прямокишечным путем заключается в следующем. Препарат вводится два раза в сутки в 9 часов утра и вечера. Утром перед инфузией ставится гипертоническая микроклизма (на $\frac{3}{4}$ стакана горячей воды одна столовая ложка поваренной соли и столько же сахарного песка). После действия кишечника в просвет прямой кишки вставляется на глубину 10—12 см резиновый катетер, через который с помощью 20,0 шприца антибактериальное вещество медленно вводится в кишку. Затем катетер удаляется. Вечером при очередной инфузии микроклизма не производится.

Противопоказанием для прямокишечной инфузии антибиотиков являются острые неспецифические и специфические воспалительные процессы слизистой оболочки прямой кишки и ее новообразования, в частности, злокачественные.

Для прямокишечной инфузии нами применялись тетрациклин, пенициллин, лизоцим, стрептомицин, канамицин (в виде водных растворов). В качестве растворителя использовали 0,25% раствор новокаина или 0,9% раствор хлористого натрия. В первые 3—4 дня применялись большие дозы антибиотиков, в последующем доза снижалась до общепринятой. Лечение продолжалось две недели. Каких-либо осложнений и аллергических реакций, связанных с прямокишечной инфузией антибиотиков, мы не наблюдали.

Лечению подверглись 118 женщин в возрасте от 18 до 48 лет, страдающих острыми и подострыми воспалительными процессами внутренних половых органов. Основную группу больных (85%) составляли женщины в возрасте от 25 до 45 лет.

По нозологическим формам больные распределялись следующим образом: острые воспаления придатков матки—20, обострение хронического воспаления придатков матки—34, трубно-яичниковые опухолевидные образования воспалительного характера—18, обострение хронического периметрита—21, метроэндометрит—5, воспалительная инфильтрация тазовой клетчатки после чревосечения—8, параметрит—8, пельвиоперитонит—4.

Большинство больных обострение заболевания связывали с абортами, осложнениями после родов и в послеоперационном периоде. Провоцирующим моментом являлось переохлаждение.

При поступлении все больные жаловались на боли внизу живота, в пояснице, паховых областях, нередко иррадирующие в ногу. Одни больные жаловались на кровянистые выделения, связанные с нарушением менструального цикла, другие (незначительное число)—тошноту, рвоту и нарушение функции соседних органов.

Всем больным производился бимануальный и зеркальный осмотр, исследовались периферическая кровь и моча, определялись С-реактив-

ный белок, степень чистоты влагалищной флоры, наличие трихомонад и гонококков.

В результате исследования выявлены изменения в крови, а именно: у больных с острыми и воспалительными заболеваниями внутренних половых органов наблюдались повышение СОЭ ($P < 0,001$), увеличение количества лейкоцитов ($P < 0,001$), а у некоторых положительный С-реактивный белок.

Бактериологическое исследование влагалищного отделяемого цервикального канала и уретры выявили: наличие палочковой флоры у 56, кокковой—у 45, рост дрожжевых грибов в сочетании с другими микроорганизмами—у 8, трихомоназ—у 9 больных.

При исследовании мочи патологических отклонений от нормы не установлено.

В первые три-четыре дня лечения у всех больных улучшилось общее состояние, уменьшились и исчезли боли, особенно у женщин с острыми и подострыми заболеваниями. Значительно уменьшилось среднее число койко-дней по сравнению с больными, не получившими регионарной инфузии.

Приводим выписку из истории болезни.

Больная С., 32 лет, поступила с острыми болями внизу живота, иррадирующими в прямую кишку, тошнотой. Имела двое родов. Два года назад по поводу кисты правого яичника удален яичник с маточной трубой. Часто болела ангиной. Состояние удовлетворительное. АД 140/90 мм рт. ст. Пульс 80 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. При аускультации выслушивается акцент второго тона на аорте, тоны приглушены. Симптом Пастернацкого отрицателен. Печень и селезенка не пальпируются. Живот мягкий, несколько болезненный в нижних отделах. Наружные половые органы сформированы правильно. Влагалище емкое, шейка матки в зеркалах чистая, зев закрыт. Матка нормальная в антеверзио флексию, подвижная и болезненная. Справа придатки отсутствуют, слева четко пальпировать придатки не удается из-за резкой болезненности.

Диагноз: острый периметрит и левосторонний аднексит. Произведены анализы: крови—лейкоциты 12,8/л, СОЭ—20 мм/час. С-реактивный белок—реакция слабо положительная (++) . Влагалищная флора—дрожжевые грибки. Другие анализы без особенностей. Получила комбинированное противовоспалительное рассасывающее лечение и регионарную инфузию канамицина 1,0 г два раза в сутки, утром и вечером после микроклизмы.

На 4—5-е сутки боли уменьшились и в дальнейшем исчезли. Общее состояние, бимануальные данные и показатели анализов улучшились. Выписалась на 20-е сутки.

После проведенного лечения рассасывание воспалительного процесса и выздоровление наступило у 103 (87,29%) больных, значительное улучшение общего состояния и внутренних половых органов—у 8 (6,87%), эффекта не получено у 7 (5,93%) больных в основном с тубовариальными воспалительными опухолевидными образованиями. Обострения во время лечения прямокишечной инфузией различных антибиотиков при воспалительных заболеваниях женских половых органов не наблюдалось.

Таким образом, прямокишечная инфузия различных антибиотиков способствует быстрейшему купированию острых и подострых воспалений женских половых органов, рассасыванию инфильтрата и ускорению выздоровления больных. Регионарная инфузия антибактериальных препаратов—антибиотиков в растворе—дает возможность воздей-

ствовать на очаг воспаления и может быть рекомендована как эффективный метод лечения острых и подострых воспалительных процессов женской половой сферы.

Широкому применению этого метода в лечебно-профилактических учреждениях в комплексном лечении воспалительных заболеваний женских половых органов способствуют общедоступность, простота, отсутствие аллергических реакций.

Абовянская центральная районная больница

Поступила 5/І 1984 г.

Ս. Ա. ԲՈՒՐԴԻԱՆ

**ՈՒՂԻՂ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՄԵԹՈԴԻՈՎ ՀԱԿԱՐԱԿՏԵՐԻԱԼ ԳԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ
ՆԵՐՄՈՒԾՈՒՄԸ ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ**

Կիրառվել է հակաբակտերիալ դեղամիջոցի ինֆուզիայի ուղիղաղիքային մեթոդը համաձայն ՀՍՍՀ Առողջապահության ՈՒՄՍ-ի մեթոդական երաշխավորության (հեղինակ ՀՍՍՀ ԳԱ թղթ. անդամ Ի. Ք. Գևորգյան) կանացի սեռական օրգանների բորբոքումով 118 հիվանդների մոտ: Որպես հակաբակտերիալ դեղամիջոցներ կիրառում էինք լիզացիմ, պենիցիլին, ստրեպտոմիցին, տետրացիկլին, կանամիցին և այլն:

Հիվանդների միջին տարիքը հիմնականում կազմում էր 25—45 տարեկան: Բուժումից հետո բորբոքային պրոցեսի ներծծումը և առողջացումը տեղի ունեցավ 103 (87, 29%) հիվանդի մոտ, ընդհանուր վիճակի և ներքին սեռական օրգանների նշանակալից բարելավում 8 (6, 87%), արդյունք չի ստացվել 7 դեպքում (5, 90 %-ի) հիմնականում տուբոովարիալ ուռուցքատիպի հիվանդությունների ժամանակ:

Ուղիղաղիքային ինֆուզիայի մեթոդով, տարբեր հակաբիոտիկներով կանացի սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունների բուժման ընթացքում սրացումներ չեն նկատվել:

Այդ մեթոդի պարզությունը և մատչելիությունը թույլատրում են նրա կիրառությունը բուժական պրոֆիլակտիկայի հիմնարկներում:

S. A. KOURDIYAN

**APPLICATION OF THE RECTAL METHOD OF INJECTION OF
ANTIBACTERIAL PREPARATIONS IN THE COMPLEX TREATMENT
OF GYNECOLOGIC DISEASAS**

The results are brought about the application of the rectal infuusion of antibacterial preparations in the complex treatment of inflammatory diseases of the female sexual organs. The high effectivlty of the treatment by this method is shown.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Геворкян И. Х. Прямокишечный метод введения антибактериальных препаратов. Методические рекомендации. Ереван, 1979.

2. Геворкян И. Х. В кн.: XXX Всесоюзный съезд хирургов. Минск, 1981, стр. 28.
3. Геворкян И. Х., Шакарян Г. А. и др. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм ССР, 1977, 2, стр. 3.
4. Геворкян И. Х. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм ССР, 1983, 4, стр. 328.
5. Шакарян Г. А., Даниелова Л. Т., Навасардян А. А. и др. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм ССР, 1976, 3, стр. 44.

УДК 616.441—003.83

А. Г. КАЗАРЯН

СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОГЕНА В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ЖИТЕЛЕЙ ТРЕХ АРЕАЛОВ АРМЯНСКОЙ ССР

Приведены данные, касающиеся содержания гликогена в щитовидной железе у жителей трех ареалов Армянской ССР. Показано, что содержание гликогена в щитовидной железе у жителей указанных ареалов различно, причем во втором и, особенно, третьем ареале оно заметно снижено.

Гликоген является пластическим веществом, обладающим большими энергетическими запасами, на что указывал еще в 1914 г. Biedl [9]. Почти все клетки и ткани организма содержат большие запасы гликогена, помимо корковых клеток головного мозга, где утилизации гликогена не происходит. Корковые клетки тесно связаны с капиллярной сетью эндотелиальных клеток капилляров и непосредственно соприкасаются с оболочками пирамидальных клеток. Как показывают исследования А. Л. Шабадаша [7], глюкоза в чистом виде проникает в нервные клетки, где распадается с выделением необходимого количества энергии, чем и обусловлена невозможность окраски зерен гликогена по методу А. Л. Шабадаша в корковых клетках головного мозга.

Большие запасы гликогена имеются в скелетной мускулатуре, гепатоцитах, в клетках крови—лейкоцитах [3] и лимфоцитах [4]. В указанных клетках при окраске по А. Л. Шабадашу гликоген выявляется в виде зерен вишнево-красного цвета.

Содержание гликогена в щитовидной железе у коренных жителей Армянской ССР, проживающих в разных гео-биоклиматических условиях (в трех ареалах разной высоты), у которых отмечается морфологически компенсаторная перестройка железы, мало изучено [1—3, 5, 6]. Целью настоящего исследования является изучение содержания гликогена в щитовидной железе у жителей низменного, предгорного и горного ареалов [8]. Исследованию подверглись 47 препаратов щитовидной железы, изъятых из трупов, вскрытых судебно-медицинской экспертизой Армянской ССР, из коих мужчин—21, женщин—26 в возрасте от 16 лет и выше.

Гликоген определялся гистохимическим методом [7]. Изучение препаратов выявило мозаичность структуры фолликула в зависимости от ареала. У жителей первого ареала при формировании фолликула щитовидной железы вначале определяются клеточные скопления, в