

пульс, улучшилось общее состояние. Выздоровление наступило к концу 1-й недели у 38, на 2-й — у 14 (это касается главным образом женщин после кесарева сечения).

Гистологическое исследование аспирата показало наличие послеродового эндометрита только у 8 женщин. У остальных 54 родильниц причиной субинволюции матки были обрывки плодных оболочек (17), остатки плаценты (14), сгустки крови, фибрин, некротическая ткань (23).

По сравнению с данными прошлых лет, когда вакуум-аспирацию содержимого полости матки после родов и кесарева сечения мы не производили, число койко-дней и стоимость пребывания больных в стациона-

ре удалось снизить вдвое, что позволило сэкономить большое количество дефицитных и дорогостоящих лекарственных средств.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В. И., Зак И. Р., Куликова Н. Н. // Акуш. и гинек. — 1978. — № 4. — С. 37—40.
2. Кулаков В. И., Зак И. Р., Куликова Н. Н. // Послеродовые инфекционные заболевания. — М., Медицина, 1984.
3. Савельева Г. М., Серов В. Н., Старостина Т. А. // Акуш. стационар. — 1984. — № 12. — С. 43.
4. Eschenbach D. A., Wager G. J. // Clum. Obstet. Gynec. — 1980. — Vol. 23. — P. 1003—1031.

Поступила 06.01.88.

УДК 618.15—008.8 : 615.28

## АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА НА МИКРОФЛОРУ ВЛАГАЛИЩА

В. Е. Григорьев, А. А. Байрашева, Л. М. Тухватуллина, Р. М. Галиакберова,  
Р. М. Булаева

*Кафедра эпидемиологии (зав.— проф. А. Г. Хисамутдинов), кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— доц. Л. М. Тухватуллина) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканская санэпидстанция (главврач — В. В. Морозов) МЗ ТАССР*

В последние годы отмечается повышение устойчивости клинических штаммов бактерий к антисептикам, что, несомненно, осложняет борьбу с гнойно-воспалительными заболеваниями, вызываемыми условно-патогенными возбудителями в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля.

В настоящее время в практике здравоохранения довольно широко используется антисептический препарат хлоргексидина биглюконат, выпускаемый промышленностью в виде 20% раствора. Хлоргексидин применяется в соответствующих водных и спиртовых концентрациях для дезинфекции рук и инструментария перед хирургическим вмешательством, обработки операционного поля, промывания мочевого пузыря, плевры, обеззараживания конъюнктивальных мешков и при обработке пупочного остатка с целью профилактики омфалита и пупочного сепсиса у новорожденных [1].

В доступной нам литературе данных об антисептическом действии хлоргексидина на микрофлору влагалища женщины нам обнаружить не удалось, несмотря на злободневность профилактики гнойно-воспалительных заболеваний в стационарах акушерско-гинекологического профиля [2, 4].

Известно, что в норме во влагалище женщины содержится только влагалищная палочка (палочка Дедерлейна), но примерно у 25—30% рожениц имеется дисбиоз влагалища и (или) они являются носителями патогенной или условно-патогенной

флоры с измененными свойствами [3], то есть у таких женщин чистота влагалища была III или IV степени.

Целью работы был выбор оптимальной концентрации раствора хлоргексидина биглюконата, эффективно уничтожающего микрофлору, которая заселила влагалище женщины, в наиболее короткое время профилактически очищающее его до естественной степени чистоты (минимум до II степени).

Под наблюдением находились небеременные женщины в периоде менопаузы, леченные во 2-й акушерско-гинекологической клинике Казанского ГИДУВа по поводу бесплодия, генитального инфантилизма, склерокристовоза яичников и т. п. Были выделены 4 группы женщин, которых подвергали санации соответствующими растворами хлоргексидина биглюконата в следующих концентрациях: 1, 2, 3 и 4%. Растворы готовили в стерильных условиях путем разведения 20% водного раствора хлоргексидина (промышленная форма выпуска) дистиллированной или охлажденной кипяченой водой в соответствующих пропорциях (приготовленный раствор хранится в темной посуде и в темном месте).

У всех женщин до начала санации в обязательном порядке определяли степень чистоты влагалища (брали сухой мазок) и патогенную микрофлору. Бактериологические исследования проводили на базе Республиканской санэпидстанции. По данным лабораторных исследований чистота влагалища

у всех женщин была III или IV степени; среди различной микрофлоры преобладали *S. epidermidis* (47,8%), *E. coli* (39,3%), *P. mirabilis* (4,1%) и т. д. У 30% женщин из влагалища были выделены микст-культуры, преимущественно *S. epidermidis* в сочетании с *E. coli*.

Результаты изучения действия различных концентраций водного раствора хлоргексидина на микрофлору влагалища показали, что оптимальными и наиболее эффективными концентрациями рабочих растворов являются 3% и 4% водные растворы хлоргексидина биглюконата, так как именно они позволяли получать оптимальную степень чистоты влагалища непосредственно сразу же после санации и в течение срока наблюдения соответственно в 80 и 100% случаев; положительный же эффект 1% и 2% растворов (вместе взятых) составлял не более 10% ( $P < 0,01$ ).

Согласно результатам бактериологических исследований, после санации 3—4% водным раствором хлоргексидина возбудители *S. epidermidis* и *E. coli* повторно заселялись в полость влагалища у 40% женщин не ранее чем через 24 ч и весь последую-

щий срок наблюдения не превышали указанного процента, в то время как при санации 1% и 2% растворами хлоргексидина биглюконата патогенные микроорганизмы погибали в течение 1 ч голько у 40%, а через 72 ч они вновь заселяли влагалище женщин в 100% случаев. Объективно было отмечено, что ни одна из примененных концентраций водного раствора хлоргексидина не оказала какого-либо раздражающего действия на стенки влагалища.

Таким образом, оптимальными являются 3% и 4% растворы, которые эффективны против основных патогенных возбудителей, представляющих потенциальную опасность для новорожденных во время родов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Машковский М. Д.* // Лекарственные средства. — М., Медицина, 1986. — Т. 2.
2. *Прозоровский С. В., Генчиков Л. А.* // ЖМЭИ. — 1984. — № 7. — С. 21.
3. *Шабалов Н. Н.* // Педиатрия. — 1986. — № 9. — С. 50.
4. *Чистович Г. Н.* // Эпидемиология и профилактика стафилококковых инфекций. — Л., Медицина, 1969.

Поступила 11.03.88.

УДК 617.753.2—08—039.71

## МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БЛИЗОРУКОСТИ СЛАБОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ

*А. П. Нестеров, А. В. Свирин, В. И. Лапочкин, Ю. Е. Батманов*

*Кафедра глазных болезней лечебного факультета (зав. — чл.-корр. АМН СССР, проф. А. П. Нестеров) 2-го Московского медицинского института имени Н. И. Пирогова*

Существующие методы консервативного лечения миопии, направленные на стабилизацию клинической рефракции, не получили достаточно широкого распространения и редко применяются для профилактики прогрессирования близорукости слабой и средней степени. Эти методы отличают необходимость постоянного врачебного контроля и частых посещений поликлинических отделений, сложность их практического использования как пациентами, так и медицинским персоналом, существенные ограничения в жизни или учебе.

Разработанный нами профилактический метод (заявка на изобретение «Способ медикаментозной профилактики прогрессирования близорукости» № 4171900/14-467 от 04.01.1987) прост и не связан с какими-либо ограничениями в обычной жизни, учебе или работе. Его проведение не требует значительных затрат труда и времени как от медицинского персонала, так и от пациента. Кратко остановимся на сущности и обосновании нашего метода.

В настоящее время выделяют три основ-

ных фактора в механизме прогрессирования близорукости: 1) перенапряжение и вызванное этим утомление цилиарной мышцы; 2) относительно высокий уровень внутриглазного давления; 3) механическую слабость склеры, обуславливающую относительно низкий порог ее пластической деформации [2, 4—7].

Известно, что во время сна повышается тонус парасимпатической нервной системы [3]. Поэтому у спящего человека, особенно в детском возрасте, возникает спазм внутренних глазных мышц; резко сужается зрачок и повышается тонус цилиарной мышцы. Таким образом, внутренние мышцы глаз (кроме дилататора зрачка) ночью не отдыхают, а находятся в состоянии повышенной активности. Эта активность носит спастический характер, хотя медленные волнообразные колебания мышечного тонуса, по-видимому, соответствуют изменениям активности парасимпатического парного ядра Якубовича — Эдингера — Вестфала. В дневное время преобладает тонус симпатической нервной системы, но зрительная нагрузка