

К ВОПРОСУ О МИКРОФЛОРЕ ВЛАГАЛИЩА РОЖЕНИЦ И КОНЪЮНКТИВАЛЬНОГО МЕШКА НОВОРОЖДЕННЫХ

Ассистент Н. Ф. ЛЫЗИКОВ

**Из кафедры акушерства и гинекологии
(зав. — проф. Г. Е. Гофман)**

Вопрос о значении бактериоскопических исследований влагалищных выделений обсуждался на шестом Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов в 1925 году и на восьмом Всесоюзном съезде в 1928 году.

Однако до настоящего времени нет единого мнения по вопросу микрофлоры влагалища женщин.

Известно, что кроме влагалищной палочки, во влагалище встречаются стрептококки, стафилококки, гонококки, туберкулёзные, кишечные, дифтерийные и псевдодифтерийные палочки, дрожжевые грибки, простейшие, трихомонады и др. В зависимости от числа и характера этих микроорганизмов большинством авторов принято различать четыре степени чистоты флоры влагалища.

Этой классификации мы и придерживались при изучении выделений у рожениц.

В настоящее время не нашел своего окончательного разрешения вопрос о том, какая микрофлора влагалища беременных и не беременных женщин является нормальной, а какая патологической.

Дозорцева Г. Л. считает нормальной флорой влагалища здоровой женщины первую и вторую степень чистоты. Другие авторы считают все четыре степени нормальной флорой влагалища.

Своими исследованиями Корнилова А. И. показала, что для здоровых беременных женщин в 90,9 проц. характерна I и II степени чистоты влагалищного содержимого.

Нами произведено бактериоскопическое исследование содержимого конъюнктивы глаз у 1082 новорожденных и микрофлоры влагалища у 798 матерей этих детей. Взятие мазков из влагалища рожениц производилось стерильными тампон-

чиками сразу после отхождения вод. Окраска мазков 301 роженицы производилась по Грамму. Остальные 497 мазков из влагалища рожениц красились метиленовой синькой.

В результате бактериоскопического исследования мазков из влагалища установлено, что сразу после отхождения вод 1-я степень чистоты влагалища определена у 81,4 проц. рожениц, вторая степень — у 4,6 проц. женщин, третья степень — у 4,8 проц. рожениц и четвертая степень — у 9,2 проц. женщин.

В мазках из влагалища 19,2 проц. женщин микрофлора отсутствовала. У 6 рожениц были обнаружены грамположительные диплококки, а у 13 женщин — грамтрицательные диплококки. Из них в мазках четырех рожениц было большое количество лейкоцитов, а диплококки по своим морфологическим свойствам можно считать гонококками. При этом необходимо иметь в виду, что под влиянием сульфамидо- и пенициллинотерапии изменяются морфологические и тинкториальные свойства гонококков.

Полученные нами результаты исследования микрофлоры влагалища рожениц несколько отличаются от данных других авторов.

При бактериоскопическом исследовании влагалищного содержимого 475 рожениц Дозорцева Г. Л. установила у 30 женщин первую, у 33 — вторую и у 12 рожениц — третью степень чистоты. Четвертая степень чистоты влагалищного содержимого не отмечена ни разу.

Коган А. А., Манулкин А. Э. и Гилязутдинова З. Ш. при исследовании влагалищной флоры 150 женщин во втором периоде родов определили у 13,3 проц. рожениц первую степень чистоты влагалища, у 32 проц. — вторую степень, у 45,3 проц. — третью степень и у 8 проц. — четвертую степень.

Исследования влагалищного содержимого 302 рожениц, проведенные Джамаловой З. М., показали первую степень чистоты влагалищной флоры у 15,9 проц., вторую — у 45 проц., третью — у 32,1 проц. и четвертую — у 7 проц. рожениц.

Общее количество рожениц, имеющих первую и вторую степени чистоты влагалищного содержимого, составляет по результатам наших исследований 86 проц., по данным Дозорцевой Г. Л. — 83 проц. и Джамаловой З. М. — 60,9 проц.

Наши данные основаны на исследовании наибольшего количества женщин (798 рожениц).

Небольшие колебания чистоты I и II степени влагалища зависят от различного времени взятия мазков из влагалища в течение родов: Джамаловой З. М. мазки брались во втором периоде родов, нами же — сразу после отхождения вод.

Среди рожениц с четвертой степенью чистоты влагалища послеродовые заболевания нами отмечены более чем в три раза чаще, чем среди рожениц с первой степенью чистоты влагалища.

Зависимость флоры конъюнктивального мешка новорожденных от микрофлоры влагалища рожениц отмечена уже давно.

Мазки содержимого конъюнктивального мешка новорожденных брались трижды на предметные стекла стерильными тампончиками (отдельными для каждого глаза). Первый раз — сразу после рождения, до обработки глаз синтомициновой эмульсией с целью профилактики офтальмобленнорей. Вторично мазки брались через 3 часа перед второй обработкой глаз эмульсией синтомицина. Третий раз мазки содержимого конъюнктивального мешка брались через 48 часов после рождения.

Окраска мазков 585 новорожденных производилась по Грамму, а 497 детей — метиленовой синькой.

При бактериоскопическом исследовании содержимого конъюнктивального мешка 1082 новорожденных сразу после рождения нами отмечена в обоих глазах у 91,3 проц. детей только слизь без форменных элементов и микрофлоры. При исследовании через 3 часа после первой профилактической обработки глаз 1-проц. синтомициновой эмульсией у 95,3 проц. детей, а при исследовании через 48 часов — у 92,6 проц. новорожденных форменные элементы и микрофлора в конъюнктивальном мешке глаз отсутствовали.

Из приведенных данных видно, что картина микрофлоры и форменных элементов в течение двух суток после обработки глаз 1-проц. синтомициновой эмульсией улучшается.

Это свидетельствует о том, что однопроцентная синтомициновая эмульсия оказывает дезинфицирующее действие в конъюнктивальном мешке в течение продолжительного времени и не раздражает глаз новорожденного.

У 56,7 проц. новорожденных в конъюнктивальном мешке сразу после рождения обнаружены микроорганизмы. Из них у 49 детей микрофлора мазков из конъюнктивального мешка совпала с микрофлорой мазков из влагалища их матерей.

Следует отметить, что из 153 случаев, когда в мазках из влагалища рожениц микрофлора отсутствовала, в конъюнктивальном мешке их детей микрофлора была обнаружена только у одного ребёнка (0,7 проц.).

Среди 645 новорожденных, у матерей которых во влагалище обнаружены микроорганизмы, количество детей, у которых в конъюнктивальном мешке определена микрофлора, возросло до 55 (8,5 проц.), т.е. более чем в 12 раз.

В отдельных мазках из конъюнктивы новорожденных обнаружена специфическая влагалищная палочка.

Всё это свидетельствует о том, что инфицирование конъюнктивального мешка ребёнка может происходить уже во время родов микрофлорой, находящейся в родовых путях роженицы.

• В связи с этим, с целью профилактики офтальмобленнорей у новорожденных, большое значение имеет тщательное

исследование беременных в женской консультации для выявления и своевременного лечения больных гонореей до родов.

Нами проведено бактериологическое исследование микрофлоры конъюнктивального мешка 30 новорожденных сразу после рождения, до обработки глаз 1-проц. синтомициновой эмульсией, а также через 3 и 24 часа после профилактики офтальмогонорреи эмульсией синтомицина.

Стерильным ватным тампоном производился посев содержимого конъюнктивального мешка обоих глаз ребёнка в отдельные пробирки с сахарным бульоном. Пробирки с посевами помещались в термостат при температуре 37°. При обнаружении роста в пробирках бульон высевался на чашки с 5-проц. кровяным сахарным агаром и в пробирки с 1-проц. сахарным косым агаром. Чашки и пробирки с посевом помещались в термостат. Бактериоскопией окрашенных по Граму мазков выросших колоний определялся характер микрофлоры.

При бактериологическом исследовании содержимого конъюнктивального мешка новорожденных сразу после рождения, до обработки глаз 1-проц. синтомициновой эмульсией, у 6 детей микрофлора отсутствовала и обоих глазах, у 17 новорожденных флора отсутствовала в одном глазу. В другом глазу (этих 17 детей) у троих обнаружена грамположительная кокковая микрофлора и у одного ребёнка — смешанная микрофлора. У 7 детей микрофлора определена в конъюнктивальном мешке обоих глаз.

Эти исследования также показывают, что микроорганизмы попадают в конъюнктивальный мешок ребёнка во время родов.

При исследовании микрофлоры конъюнктивального мешка новорожденных через 3 часа после профилактической обработки глаз 1-проц. синтомициновой эмульсией, посев из обоих глаз оказался стерильным у одного ребёнка.

В конъюнктивальном мешке 6 детей в одном глазу микрофлора отсутствовала. Во втором глазу этих 6 новорожденных определена грамположительная кокковая микрофлора. У остальных 23 детей микрофлора обнаружена в конъюнктивальном мешке обоих глаз, из них у 11 новорожденных — смешанная микрофлора, у 10 — грамположительная кокковая, у одного — грамотрицательная и у одного — грамположительная палочковидная микрофлора.

Исследованием содержимого конъюнктивального мешка новорожденных через 24 часа после профилактики офтальмогонорреи 1-проц. синтомициновой эмульсией, установлено, что микрофлора отсутствовала в обоих глазах у четырех детей. У 9 новорожденных посев оказался стерильным в одном глазу. Во втором глазу 8 детей определена грамположительная кокковая флора и у одного ребёнка — грамотрицательные палочки.

У 17 детей определен рост микрофлоры в посевах из конъюнктивального мешка обоих глаз. Из них у 9 новорожденных установлен рост грамположительной кокковой микрофлоры, у 7 — выросла смешанная флора и у одного ребёнка — грамотрицательная бациллярная микрофлора. Никаких патологических изменений в состоянии глаз новорожденных, служивших объектом бактериологического исследования, не отмечено.

Бубличенко Л. И., Холина А. и Чернобыльская Р. установили, что при исследовании флоры конъюнктивального мешка глаз новорожденных через 1—2—3 суток после профилактики офтальмобленноррех 2-проц. раствором ляписа, сулемой, количество детей со стерильным содержимым конъюнктивального мешка с каждым днём уменьшается.

Учитывая большую инфицированность глаз новорожденных, мы считаем правильным предложение Холиной А. и Чернобыльской Р. проводить повторную профилактическую дезинфекцию конъюнктивального мешка глаз новорожденных. Для этой цели очень удобным средством является 1-проц. синтомициновая эмульсия, которая не раздражает нежную конъюнктиву и обладает хорошими дезинфицирующими свойствами.

Проведенные нами бактериологические исследования показали, что 1-проц. синтомициновая эмульсия оказывает на бациллярную и кокковую флору конъюнктивального мешка, главным образом, бактериостатическое действие. В результате микрофлора в конъюнктивальном мешке изменяет свои биологические свойства, не размножается и не оказывает патологического действия на глаз.

По данным Першина Г. Н., Подейской Е. Н. и Макаренко Т. П., изучавших изменение микрофлоры ран в процессе лечения эмульсией и порошком синтомицина, в ранах, как правило, обнаруживались микроорганизмы, несмотря на хорошую эффективность лечения.

При профилактике офтальмобленноррех новорожденных имеет значение не только дезинфицирующее средство, но и иммунно-биологические реакции организма ребёнка.

Однопроцентная синтомициновая эмульсия, в отличие от двухпроцентного раствора ляписа, не оказывает повреждающего действия на конъюнктиву, поэтому её защитные реакции в борьбе с инфекцией будут выражены в полной мере.

Известно, что действие большинства антибиотиков бактериостатическое. Антибиотическое вещество оказывает на микробы повреждающее действие. Окончательная гибель бактерий и выделение их из организма зависит от иммунно-биологического состояния макроорганизма.

Кроме того, действие антибиотиков не ограничивается их влиянием только на микробов. Некоторые антибиотики улуч-

шают окислительно-восстановительные процессы в организме, повышают иммунно-биологические реакции, в частности стимулируют фагоцитоз.

Ермольева З. В., Ссмиц А. И., Гаузе Г. Ф., Бражникова М. Г. на основании опытов с ауреомицином показали, что антибиотик в 5—10 раз сильнее действует на микробов в организме, чем в опытах.

Аналогичное положение мы наблюдаем при сравнении наших экспериментальных данных с хорошими результатами клинического применения 1-проц. синтомициновой эмульсии для профилактики офтальмобленнорреи новорожденных.

На основании наших исследований мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Степень чистоты влагалищного содержимого здоровых роженец сразу после отхождения вод является преимущественно первой.

2. Во время родов происходит инфицирование не только ресниц и кожи вокруг глаз, но и конъюнктивального мешка детей микрофлорой родовых путей. Поэтому, с целью предупреждения офтальмобленнорреи, необходимо сразу после рождения ребенка подвергать профилактической дезинфекции не только окружающую глазную щель, кожу век и ресниц, но и конъюнктивальный мешок новорожденного.

3. Частота инфицирования конъюнктивального мешка новорожденных зависит от степени инфицирования влагалища роженец.

В связи с этим, в профилактике офтальмобленнорреи у новорожденных большое значение имеет раннее выявление и своевременное лечение гонорреи у беременных в женских консультациях.

4. Однопроцентная синтомициновая эмульсия в отличие от других средств, применяемых для профилактики офтальмобленнорреи, оказывает дезинфицирующее действие в конъюнктивальном мешке в течение продолжительного времени и не раздражает глаза новорожденных.