

УДК 618.11-006.2:618.11-008.61-089-055.26

І.З. Гладчук, \*О.Я. Назаренко, Н.А. Димитрова

## ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ СПЕЦИФІЧНОЇ УРОГЕНІТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТОК З АПОПЛЕКСІЄЮ ЯЄЧНИКА

Одеський національний медичний університет

\*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса

**Резюме.** З метою виявлення зв'язку між апоплексією яєчника (АЯ) й інфекційно-запальними захворюваннями статевих органів, спричиненими специфічною урогенітальною мікрофлорою, нами обстежено 90 пацієнтів із внутрішньочеревними кровотечами яєчникового походження. У досліджуваних пацієнток проводилася діагностика наявності хламідійної, міко-, уреоплазмозової та герпетичної інфекції в сироватці крові й у мазку із цервікального каналу, що здійснювали методами імуноферментного аналізу й полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). У тканинах стінки кістозного геморагічного утворення яєчника (КГУЯ) наявність досліджуваних мікроорганізмів вивчали за допомогою реакції прямої імунофлуоресценції. Встановлено, що апоплексія яєчника в більшості випадків розвивається на тлі

загострення хронічної асоційованої хламідійної, міко- або уреоплазмозової інфекції. Клінічні випадки апоплексії яєчника, що супроводжуються помірною або значною внутрішньочеревною кровотечею, здебільшого пов'язані із загостренням хронічної асоційованої специфічної інфекції – *C. trachomatis* і *M. hominis*. Найбільший рівень інфікованості специфічними мікроорганізмами виявлений у пацієнток із макроперфораціями ендометрію кист, що може бути зумовлено не тільки етіологічною роллю інфекційного чинника, але й значним імуносупресивним впливом ендометріозу на природну резистентність.

**Ключові слова:** апоплексія яєчника, внутрішньочеревні кровотечі, хламідії, мікоплазми, уреоплазми.

**Вступ.** Протягом останніх десятиліть багатьма вченими підкреслюється важливе значення специфічної урогенітальної інфекції у виникненні й прогресуванні запальних процесів жіночої репродуктивної системи. Практично всіма дослідниками відзначається хронічний, торпідний перебіг запальних процесів геніталій, спричинених хламідійною, мікоплазмозовою та вірусною інфекціями [4, 7, 9]. Пацієнтки протягом тривалого періоду не відзначають практично ніяких симптомів інфікування або симптоматика його дуже мізерна, що маскується під широко розповсюджену неінфекційну функціональну патологію оваріально-менструального циклу [5, 8].

Останніми роками з'явилася значна кількість наукових праць, присвячених етіологічній ролі специфічної урогенітальної інфекції у формуванні доброякісних пухлин (ДП) і пухлиноподібних утворень яєчників (ППУЯ) [2, 3, 6]. Проте деякі автори (Э.К. Айламазян, 2004; В.Н. Серов, М.В. Царегородцева, 2006) відзначають етіологічну роль хламідійно-уреоплазмозової інфекції в порушенні процесів фізіологічної овуляції.

Апоплексія яєчників (АЯ) являє собою раптову кровотечу в тканину яєчника й у черевну порожнину. У більшості випадків – це результат порушення процесів фізіологічної овуляції й фолікулолютеальної трансформації, чи то ускладненого клінічного перебігу таких ППУЯ, як кіста жовтого тіла (КЖТ), фолікулярна (ФК) та ендометрію киста (Е) [1].

**Мета дослідження.** Вивчити особливості інфікування специфічною урогенітальною інфекцією пацієнток з АЯ.

**Матеріал і методи.** Обстеженню підлягали 90 (100,0 %) пацієнток з АЯ, які були розподілені на три головні групи, по 30 жінок у кожній, залежно від об'єму інтраабдомінальної кровотечі. До I

групи включено жінок із гемоперитонеумом до 200 мл, до II – пацієнток із внутрішньочеревною кровотечею 200-500 мл, до III – жінок, у яких гемоперитонеум перевищував 500 мл. Кожна група поділялася на три додаткові підгрупи, залежно від морфологічної будови джерела яєчникової кровотечі: фолікулярна кіста (ФК), кіста жовтого тіла (КЖТ) та ендометрію киста (Е). Контрольну групу (К) склали 20 (100,0 %) жінок репродуктивного віку без гінекологічної та соматичної патології, які проходили плановий диспансерний огляд.

Діагностику специфічної інфекції (хламідійної, мікоплазмозової, уреоплазмозової, герпетичної) у сироватці крові й у мазку із цервікального каналу здійснювали методами імуноферментного аналізу і полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР); у тканині яєчника стінки кістозного геморагічного утворення (КГУЯ) вивчали за допомогою реакції прямої імунофлуоресценції.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведене дослідження на наявність антигенів специфічної інфекції в нижніх відділах статевих шляхів, сироватці крові і тканині кістозного геморагічного утворення яєчника, отриманого при оперативному лікуванні жінок із АЯ, дозволило виявити низку закономірностей. Імуноферментний аналіз (ІФА) сироватки крові й ПЛР-діагностика мазка із цервікального каналу в жінок контрольної групи не виявили наявності антигенів специфічної інфекції.

Методом ПЛР-діагностики в обстежуваних пацієнток з АЯ виявлена специфічна мікрофлора – *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* і *Chlamydia trachomatis*. У табл. 1 представлений видовий склад специфічної мікрофлори за частотою виявлення в цервікальному каналі.

У цервікальному каналі найчастіше виявлялися фрагменти ДНК *Chlamydia trachomatis* – у

71 (78,9 %) обстеженої хворої; *Mycoplasma hominis* і *Ureaplasma urealyticum* – у 27 (30,0 %) і 24 (26,7 %) пацієнток з АЯ відповідно. У III групі з найтяжчим клінічним перебігом захворювання в 1,6 раза частіше, ніж у I групі, виявлялася *Chlamydia trachomatis* – 29 (96,6 %) і 18 (60,0 %) відповідно; у 24 (80,0 %) – виявлялося в пацієнток із помірно внутрішньочеревною кровотечею. У 10 (33,3 %) пацієнток III групи в цервікальному каналі в жінок виявлялися *Ureaplasma urealyticum*, тоді як у I групі – 6 (20,0 %), а в II – 8 (26,7 %) відповідно. У I групі відзначається збільшення частоти виявлення *Mycoplasma hominis* – 13 (43,3 %), порівняно з II і III групами – по 7 (23,3 %).

Найчастіше специфічна інфекція виявлялася в пацієнток із макроперфораціями ендометріюїдних кіст і кіст жовтого тіла: *Chlamydia trachomatis* – у 6 (66,7 %); 6 (100,0 %) і 7 (100,0 %) у I Е, II Е і III Е підгрупах відповідно; *Mycoplasma hominis* – у 4 (44,4 %); 2 (33,3 %) і 2 (28,6 %) жінок у підгрупах I Е, II Е і III Е; *Ureaplasma urealyticum* – у 2 (22,2 %); 2 (33,3 %), 3 (42,9 %) обстежених із підгруп I Е, II Е і III Е. У кожній третій пацієнтки КЖТ підгруп виявлявся той або інший антиген специфічної інфекції.

Серед пацієнток, у яких гістоструктура джерела кровотечі відповідала фолікулярній кістці, рідше за все в цервікальному каналі виявляли специфічну інфекцію: *Mycoplasma hominis* – у 2 (33,3 %) у I ФК, 1 (16,7 %) у II ФК і III ФК підгрупах; *Ureaplasma urealyticum* – в 1 (16,7 %) у всіх ФК-підгрупах; *Chlamydia trachomatis* – у 3 (50,0 %) в I ФК, у 2 (33,3 %) – у II ФК і 5 (83,3 %) – у III ФК.

Водночас з антигеном проводили визначення концентрації специфічних імуноглобулінів А і G у сироватці крові (антихламідійних, антиуреаплазмозових і антимикоплазмозових). Молекулярно-біологічним методом ПЛР у сироватці крові жінок, у яких при оперативному втручанні виявляли везикулярні висипи по поверхні яєчника й очеревини, визначали ділянки геному вірусу простого герпесу. У табл. 2 представлені результати імуноферментного аналізу й ПЛР-діагностики.

Дослідження, проведені методом ІФА у сироватці крові, дозволили виявити найбільшу групу жінок з підвищеним рівнем Ig G до *Chlamydia trachomatis* у 33 (36,7 %) осіб із АЯ, а також 16 (17,8 %) – Ig G до *Chlamydia trachomatis* + Ig G до *Mycoplasma hominis* і 14 (15,6 %) – Ig G до *Chlamydia trachomatis* + Ig G до *Ureaplasma urealyticum*. Всім 10 (11,1 %) жінкам із наявністю «пухирцевих висипів» на яєчниках і очеревині проведено дослідження крові методом ПЛР на герпетичну інфекцію, результат виявився позитивним у всіх пацієнток.

У II та III групах пацієнтів із помірним і значним об'ємом внутрішньочеревної кровотечі в абсолютній більшості в сироватці крові визначалися Ig G до того або іншого мікроорганізму. Так, у II групі в 14 (46,7 %) випадках визначалися антихламідійні антитіла (Ig G і Ig A), у 2 (6,7 %) – антимикоплазмозові або антиуреаплазмозові (Ig G). У 10 (33,3 %) випадках виявилися як ті, так і інші антитіла, що дозволило припустити асоційовану інфекцію. У III групі антихламідійні антитіла виявлені в 15 (50,0 %) жінок, у половини, що залишилася, тобто у 15 (50,0 %) пацієнток, виявлена асоційована інфекція (асоціація антихламідій-

Таблиця 1

**Видовий склад специфічної мікрофлори цервікального каналу в обстежуваних жінок, абс. кільк. (%)**

Група обстеження, абс. кільк. (%)	Специфічна флора		
	<i>Mycoplasma hominis</i> n=27 (30,0 %)	<i>Ureaplasma urealyticum</i> n=24 (26,7 %)	<i>Chlamydia trachomatis</i> N=71 (78,9 %)
I, n=30 (100 %)	13 (43,3 %)	6 (20,0 %)	18 (60,0 %)
КЖТ, n=15 (50,0 %)	7 (46,7 %)	3 (20,0 %)	9 (60,0 %)
ФК, n=6 (20,0 %)	2 (33,3 %)	1 (16,7 %)	3 (50,0 %)
Е, n=9 (30,0 %)	4 (44,4 %)	2 (22,2 %)	6 (66,7 %)
II, n=30 (100 %)	7 (23,3 %)	8 (26,7 %)	24 (80,0 %)
КЖТ, n=18 (60,0 %)	4 (22,2 %)	5 (27,8 %)	16 (88,9 %)
ФК, n=6 (20,0 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	2 (33,3 %)
Е, n=6 (20,0 %)	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)	6 (100,0 %)
III, n=30 (100 %)	7 (23,3 %)	10 (33,3 %)	29 (96,6 %)
КЖТ, n=17 (56,7 %)	4 (23,5 %)	6 (35,3 %)	17 (100,0 %)
ФК, n=6 (20,0 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)
Е, n=7 (23,3 %)	2 (28,6 %)	3 (42,9 %)	7 (100,0 %)
К, n=20 (100,0 %)	—	—	—

Таблиця 2

Результати імуноферментного аналізу і полімеразної ланцюгової реакції в сироватці крові при діагностиці специфічної інфекції обстежуваних жінок з апopleксією яєчника, абс. знач. (%)

	I група, n=30			II група, n=30			III група, n=30			Контр. група, n=20
	КЖТ n=15	ФК n=6	Е n=9	КЖТ n=18	ФК n=6	Е n=6	КЖТ n=17	ФК n=6	Е n=7	
<i>Chlamydia trachomatis</i> Ig G	4 (26,7%)	1 (16,7%)	2 (22,2%)	8 (44,4%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	9 (52,9%)	2 (33,3%)	4 (57,1%)	3 (15,0%)
<i>Chlamydia trachomatis</i> Ig A	-	-	1 (11,1%)	2 (11,1%)	-	1 (16,7%)	-	-	-	-
<i>Ureaplasma urealyticum</i> Ig G	1 (6,7%)	-	1 (11,1%)	-	1 (16,7%)	-	-	-	-	1 (5,0%)
<i>Mycoplasma hominis</i> Ig G	2 (13,3%)	1 (16,7%)	2 (22,2%)	-	1 (16,7%)	-	-	-	-	-
<i>Chlam. trach.</i> Ig G + <i>Mycopl. hom.</i> Ig G	4 (26,7%)	1 (16,7%)	2 (22,2%)	2 (11,1%)	-	1 (16,7%)	3 (17,6%)	1 (16,7%)	2 (28,6%)	1 (5,0%)
<i>Chlam. trach.</i> Ig G + <i>Ureapl. ureal.</i> Ig G	-	-	1 (11,1%)	4 (22,2%)	-	1 (16,7%)	5 (29,4%)	2 (33,3%)	1 (14,3%)	-
<i>Mycopl. hom.</i> Ig G + <i>Ureapl. ureal.</i> Ig G	-	-	-	-	1 (16,7%)	-	-	1 (16,7%)	-	-
<i>Chlam. trach.</i> Ig G + <i>Mycopl. hom.</i> Ig G + <i>Ureapl. ureal.</i> Ig G	-	1 (16,7%)	-	-	-	1 (16,7%)	-	-	-	-
Вірус простого герпесу-2 (ПЛІР)	-	-	-	1 (5,5%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (17,6%)	1 (16,7%)	2 (28,6%)	-
Усього антигіла до <i>Chlam. trach.</i> , <i>Mycopl. hom.</i> , <i>Ureapl. ureal.</i>	11 (73,3%)	4 (66,7%)	9 (100,0%)	16 (88,8%)	4 (66,7%)	6 (100,0%)	17 (100,0%)	6 (100,0%)	7 (100,0%)	5 (25,0%)

Таблиця 3

Результати виявлення антигену специфічної інфекції в стінці кістозного геморагічного утворення яєчника в пацієнток з апоплексією яєчника залежно від об'єму гемоперитонеума й морфологічної структури джерела кровотечі, n=45, абс. знач. (%)

Результати дослідження n=45	I група n=15			II група n=15			III група n=15		
	КЖТ n=7	ФК n=4	Е n=4	КЖТ n=9	ФК n=3	Е n=3	КЖТ n=8	ФК n=3	Е n=4
C. trachomatis	1 (14,3 %)	1 (25,0 %)	1 (25,0 %)	1 (11,1 %)	-	1 (33,3 %)	1 (12,5 %)	1 (33,3 %)	1 (25,0 %)
M. hominis	1 (14,3 %)	-	1 (25,0 %)	-	1 (33,3 %)	-	-	-	-
U. urealyticum	1 (14,3 %)	-	-	-	-	-	-	-	-
C. trachomatis + M. hominis	-	-	-	3 (33,3 %)	-	1 (33,3 %)	2 (25,0 %)	1 (33,3 %)	2 (50,0 %)
C. trachomatis+U. urealyticum	1 (14,3 %)	-	-	-	1 (33,3 %)	-	1 (12,5 %)	-	1 (25,0 %)
C. trachomatis + M. hominis +U. urealyticum	1 (14,3 %)	-	1 (25,0 %)	3 (33,3 %)	-	1 (33,3 %)	2 (25,0 %)	1 (33,3 %)	-
M. hominis + U. urealyticum	-	1 (25,0 %)	-	-	-	-	1 (12,5 %)	-	-
Усього	5 (71,4 %)	2 (50,0 %)	3 (75,0 %)	7 (77,7 %)	2 (66,7 %)	3 (100,0 %)	7 (87,5 %)	3 (100,0 %)	4 (100,0 %)

них і антиуреа-, антимікоплазмових антитіл). Характерно, що вірусна інфекція – вірус герпесу 2-го типу виявлений у 4 (13,3 %) пацієнток II групи і в 6 (20,0 %) – III групи. У цій групі абсолютно домінували виявлені в сироватці крові антихламідійні антитіла – окремо або в асоціації з антимікоуреаплазмовими антитілами (100,0 % жінок).

У табл. 3 представлені результати реакції прямої імунофлуоресценції (РПФ) у стінці вилученого оперативним шляхом КГУЯ в 45 пацієнток з АЯ залежно від об'єму гемоперитонеума і морфологічної структури джерела кровотечі. Методом РПФ у джерелі яєчникової кровотечі специфічна інфекція виділена в 10 (66,7 %) жінок I групи. Найвність одного мікроорганізму виявлялась у 6 (40,0 %) жінок: хламідії – у 3 (20,0 %), мікоплазми – у 2 (13,3 %), уреаплазми – в 1 (6,7 %). Асоціації специфічної мікрофлори встановлені в 4 (26,7 %) пацієнток. У цілому хламідійна інфекція виявлена в 6 (40,0 %) жінок, мікоуреаплазмова – у 7 (46,7 %), асоційовані між собою – у 4 (26,7 %) жінок. При ІФА-діагностиці в сироватці крові у 26,7 % жінок цієї групи виявлені Ig A й Ig G до *C. trachomatis*, Ig G до *C. trachomatis* + Ig G до *M. hominis* – у 23,3 %, що підтверджує активність хронічної інфекції в яєчнику.

У жінок II та III груп специфічна інфекція виділена в тканинах КГУЯ практично у всіх випадках. Як впливає з представлених даних, у пацієнток II та III груп хламідійна інфекція абсолютно домінувала, в основному вона була виявлена в асоціації з *M. hominis*. Тільки у 2 (6,7 %) жінок у цих групах основною інфекцією в тканинах КГУЯ виявилася мікоуреаплазмова. У цих групах значно збільшується кількість випадків хламідійно-мікоуреаплазмових асоціацій – 9 (60,0 %) і 10 (66,7 %). *C. trachomatis* у КГУЯ осіб II групи виявлена в 11 (73,3 %) випадків, а в III групі – у 13 (86,7 %).

Асоціації мікоуреаплазмових інфекцій виділені тільки в пацієнток III групи. Виявлені в цих групах методом ІФА Ig G і Ig A до *C. trachomatis* у 48,3 % пацієнток і Ig G до *C. trachomatis* + Ig G до *M. hominis* в 15,0 % у стійко підвищених титрах дозволили дійти висновку, що стійке виявлення антитіл доводить наявність вогнищ інфекції в яєчниках при АЯ, яка супроводжується помірною і значною внутрішньочеревною кровотратою.

### Висновки

1. Апоплексія яєчника розвивається на тлі загострення хронічної асоційованої хламідійної, міко- або уреаплазмової інфекції. Клінічні випадки апоплексії яєчника, які супроводжуються помірною та значною внутрішньочеревною кровотратою, у більшості випадків поєднані із загостренням хронічної асоційованої специфічної інфекції – *C. trachomatis* і *M. hominis*.

2. Більш ніж у половини пацієнток із мінімальною внутрішньочеревною кровотечею виявляється специфічна інфекція, однак серед цієї

групи жінок хламідійно-мікоуреплазмова моноінфекція переважає над асоційованими формами. При порівнянні результатів клінічно-лабораторних досліджень виявлена залежність між клінічними проявами апоплексії яєчника (обсягом гемоперитонеума) і ростом інфікування асоційованими формами хламідійно-мікоуреплазмової інфекції.

3. Найбільший рівень інфікованості специфічними мікроорганізмами виявлено у жінок із макроперфораціями ендометріюїдних кіст, що може бути зумовлено не тільки етіологічною роллю інфекційного фактора, але і значним імуносупресуючим впливом ендометріозу на чинники природної резистентності.

#### Література

1. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія: підруч. для післядиплом. освіти лікарів, студентів, магістрів, аспірантів вищих мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації, клін. ординаторів: У 2-х т. / В.М. Запорожан, М.П. Цегельський, Н.М. Рожковська. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – Т. 2: Гінекологія. – 418 с.
2. Кисты и опухоли яичников / А.Д. Попандупло, К.В. Латышов, О.В. Мановицкая [и др.] // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: труды Крымского гос. мед. ун-та им. С.М. Георгиевского. – 2007. – Т. 143, ч. III. – С. 194-197.
3. Матыцина Л.А. Опухолевидные образования яичников и воспалительные заболевания половых органов у девочек-подростков. Этиопатогенетические аспекты и тактика ведения / Л.А. Матыцина, В.Ю. Яценко // Вісн. асоціації акушерів-гінекологів України. – 2000. – № 1 (6). – С. 41-46.
4. Пухнер А.Ф. Скрытые формы генитального герпеса и урогенитального хламидиоза / А.Ф. Пухнер, В.И. Козлова. – М.: Триада-Х, 2006. – С. 11-38.
5. Хламидиоз. Клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации / В.Н. Серов, В.И. Краснопольский, В.В. Делекторский [и др.]. – М., 1997. – С. 46.
6. Серов В.Н. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников / В.Н. Серов, Л.И. Кудрявцева. – М.: ТриадаХ, 1999. – С. 149.
7. Серологические аспекты диагностики персистирующей хламидийной инфекции / Т.А. Скирда, В.А. Алешкин, З.А. Плиева [и др.] // Гинекология. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 180-182.
8. Генитальные инфекции / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, О.Р. Баев, П.В. Буданов. – М.: Династия, 2003. – 140 с.
9. Фофанова И.Ю. Роль микоплазменной инфекции в акушерстве и гинекологии / И.Ю. Фофанова // Гинекология. – М.: Медиа Медика, 2000. – Т. 2, № 3. – С. 70-72.

### ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА

*И.З. Гладчук, О.Я. Назаренко, Н.А. Димитрова*

**Резюме.** С целью обнаружения связи между апоплексией яичника (АЯ) и инфекционно-воспалительными заболеваниями половых органов, вызванными специфической урогенитальной микрофлорой, нами было обследовано 90 больных с внутрибрюшными кровотечениями яичникового происхождения. У исследуемых пациенток проводилась диагностика наличия хламидийной, мико-, уреаплазменной и герпетической инфекции в сыворотке крови и в мазке из цервикального канала, которую осуществляли методами иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции (ПЦР); в тканях стенки кистозного геморрагического образования яичника (КГОЯ) наличие исследуемых микроорганизмов изучали с помощью реакции прямой иммунофлуоресценции. Установлено, что апоплексия яичника в большинстве случаев развивается на фоне обострения хронической ассоциированной хламидийной, мико- или уреаплазменной инфекции. Клинические случаи апоплексии яичника, сопровождающейся умеренной или значительной внутрибрюшной кровопотерей, в большинстве случаев связаны с обострением хронической ассоциированной специфической инфекции — *C. trachomatis* і *M. hominis*. Наибольший уровень инфицированности специфическими микроорганизмами обнаружен у больных с макроперфораціями ендометриюїдних кіст, что может быть обусловлено не только этиологической ролью инфекционного фактора, но и значительным иммуносупрессивным влиянием эндометриоза на естественную резистентность.

**Ключевые слова:** апоплексия яичника, внутрибрюшные кровотечения, хламидии, микоплазмы, уреаплазмы.

### THE PECULIARITIES OF DETECTING SPECIFIC UROGENITAL INFECTIONS IN FEMALE PATIENTS WITH OVARIAN APOPLEXY

*I.Z. Hladchuk, O.Ya. Nazarenko, N.A. Dymytrova*

**Abstract.** *Object.* A study of the specific characteristics of infecting with specific urogenital infections of patients with ovarian apoplexy (OA).

*Material and methods.* The diagnosis of specific urogenital infections (chlamydial, mycoplasmal, ureaplasma, herpetic) in 90 patients with OA in the excretory cervical canal and blood serum was carried out by means of the methods of the immune-enzyme analysis (IEA) and the polymerase chain reaction (PCR); the walls of the cystic hemorrhagic formation in the ovarian tissue (CHFOT) in 45 cases was carried out by means of the reaction of direct immunofluorescence.

**Results.** Specific flora – *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* and *Chlamydia trachomatis* were detected in the subjects with OA, employing the PCR method of the cervical mucus. The following antigens were most frequently detected in the patients' cervical canal: *Chlamydia trachomatis* – 78,9 % of the subject, *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* – in 30,0 % and 26,4 % of the subjects respectively. The studies carried out by means of the IEA-method in the blood serum enabled to reveal the largest group of women with an elevated level of IgG to *Chlamydia trachomatis* – in 33 (36,7 %) patients with OA, in 16 (17,7 %) IgG to *Chlamydia trachomatis* + IgG to *Mycoplasma hominis* and in 14 (15,6 %) – IgG to *Chlamydia trachomatis* + Ig to *Ureaplasma urealyticum*. All the 10 (11,1 %) women with the presence of "vesicular eruption" on the ovaries and peritoneum underwent a blood analysis by means of the PCR method for herpetic infection, the result turned out to be positive in all the cases. The number of cases of chlamydial-mycoureaplasma associations considerably increases in these persons – 60,0-70,0 %. Using the method of IEA IgG and IgA to *C. trachomatis* detected in these groups in 48,3 % of the patients and IgG to *Mycoplasma hominis* in 15 % in steadily elevated titers made it possible to arrive at a conclusion that a persistent detection of antibodies proves the presence of infection foci in the ovaries in case of OA accompanied with a blood loss of over 200 ml.

**Conclusion.** Ovarian apoplexy develops against a background of an exacerbation of chronic associated chlamydial, myco- or ureaplasma infection. Clinical cases of OA accompanied with a moderate or considerable intraperitoneal blood loss are largely connected with an exacerbation of the chronic associated specific infection – *C. trachomatis* and *M. hominis*.

**Key words:** ovarian apoplexy, intraperitoneal bleeding, chlamydiae, mycoplasmas, ureaplasmas.

National Medical University (Odesa),  
Military-Medical Clinical Centre of the Southern Region (Odesa)

Рецензент – проф. О.А. Андрієць

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 53-58

Надійшла до редакції 16.07.2012 року

© І.З. Гладчук, О.Я. Назаренко, Н.А. Димитрова, 2012

УДК 616.314.18-002.4-055.2

*Т.А. Глущенко*

## ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПРАЦІВНИЦЬ ШВЕЙНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ БУКОВИНИ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** Наведені дані поширеності та інтенсивності захворювань тканин пародонта у працівниць швейних підприємств залежно від віку і виробничого стажу. Проведено порівняльний аналіз динаміки розвитку захворювань тканин пародонта у

працівниць, які безпосередньо перебувають під впливом професійних шкідливостей і групою порівняння.

**Ключові слова:** швейна промисловість, хронічний катаральний гінгівіт, генералізований пародонтит.

**Вступ.** Проблема впливу професійних шкідливостей на загальний стан організму і стоматологічний статус, зокрема, в умовах сучасного виробництва стоїть особливо гостро [1, 2, 6]. Шкідливі виробничі чинники призводять до виникнення або обтяжують перебіг захворювань тканин пародонта. Останнім часом з'явилось багато робіт, в яких дослідники вказують на пряму залежність ступеня тяжкості захворювань тканин пародонта від інтенсивності та терміну впливу шкідливих професійних чинників [1, 2, 3, 4].

У швейній промисловості основний контингент працюючих (за даними 2001 року) становлять жінки – більше 86,35 %. Свою професійну діяльність швачки починають, переважно, у молодому віці, тобто вже з 17-19 років зазнають впливу шкідливих виробничих чинників. На робочих місцях швачок, різниць і настільниць тканин, термообробниць, прасувальниць у сучасному швейному виробництві має місце вплив ком-

плексу несприятливих чинників: підвищеної температури, високої вологості, фіксованої або вимушеної пози, великої кількості дрібних стереотипних рухів, напруженої праці, локальної дії електромагнітних полів. Згідно з Гігієнічною класифікацією праці умови і характер праці на даних робочих місцях відносяться до шкідливих, що не відповідають гігієнічним нормативам.

У доступній літературі ми не виявили публікацій про пародонтологічний статус працівниць швейної промисловості, хоча й відомо, що цей вид діяльності характеризується негативним впливом на загальний стан здоров'я робітниць, певно на рівень стоматологічної захворюваності і пародонтологічної зокрема.

**Мета дослідження.** Вивчити поширеність, інтенсивність, динаміку розвитку захворювань тканин пародонта у працівниць швейних підприємств Буковини.

**Матеріал і методи.** Для вирішення завдань дослідження нами проведено обстеження 436