

# Особливості клінічних проявів та перебігу ІПСШ у хворих чоловіків з маласезійною інфекцією статевих органів

Дюдюн С. А., Горбунцов В. В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ ИППП У МУЖЧИН С МАЛАСЕЗИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ Дюдюн С. А., Горбунцов В. В.

Приведены результаты исследования 124 пациентов с ИППП и сопутствующей маласезиейной инфекцией гениталий. Рассмотрены особенности клинических проявлений патологии и течения заболевания при наличии сопутствующего урогенитального маласезиоза у больных с ИППП.

## FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND COURSE OF STI IN MEN WITH GENITAL MALASSEZIA-INFECTIIONS Dyudyun S. A., Gorbuntsov V. V.

The results of study of 124 patients with STI's and concomitant genital malassezia-infection are presented. The features of clinical manifestations and course of the disease in patients with STI's which concomitant with urogenital malasseziosis are considerate.

**Актуальність проблеми.** Підвищення ефективності терапії ІПСШ – одна з актуальних проблем сучасної наукової та практичної медицини, що пов'язано зі значним розповсюдженням, різноманітним проявом, складністю та тривалістю лікування цієї патології [9-11, 13-15].

Визнано, що ІПСШ є складною медико-соціальною проблемою сучасності; це обумовлено їх широким розповсюдженням, тяжкістю спричинених наслідків та впливом на репродуктивне здоров'я населення. За даними ВООЗ, у світі щорічно реєструється більше 330 млн. хворих на ІПСШ. Соціально значущим є також те, що ця патологія частіше зустрічається у молодих людей і є причиною безплідності у 17-20 % подружніх пар [13, 15, ].

На цей час практична медицина розглядає більш ніж кількадесят збудників ІПСШ. Відомо також, що майже кожний з них обумовлює певні особливості проявів захворювання та визначає особливості у обстеження та лікуванні хворих. Тому є загальноприйнятим, що одним з головних аспектів проблеми лікування хворих з ІПСШ є обов'язкове визначення в кожному конкретному випадку всіх можливих збудників процесу та вибір лікарського засобу відповідно чутливості до нього визначеної інфекції [8, 10, 14, 22].

Проблема ефективної терапії ІПСШ не обмежується необхідністю визначення окремого збудника захворювання та вибору відповідного лікарського засобу. У сучасних дослідженнях,

присвячених ІПСШ, підкреслюється, що в переважній більшості випадків у хворих має місце поліінфекція. Треба відзначити, що фігурантами такого поліінфекційного процесу часто виступають не тільки явно патогенні збудники, але й такі мікроорганізми, патогенність яких рядом авторів вважається умовною або патогенність яких до цього часу не повністю з'ясована [8, 10, 14, 15].

Для практичної медицини важливими є наукові дані про те, що у співіснуванні, через можливість симбіозу та антагонізму мікроорганізми набувають таких особливих властивостей, якими не володіють окремо; усе це обумовлює особливості проявів патології, а також суттєві складнощі у діагностиці та лікуванні подібних випадків [8, 10, 14].

Наявність асоціацій збудників ІПСШ робить обов'язковим для призначення ефективної терапії визначати в кожному клінічному випадку всі інфекційні агенти, які є у конкретного пацієнта і які можуть брати участь у розвитку в нього урогенітальної патології, та враховувати всі їх особливості (як зокрема, так і у співіснуванні), що визначають обумовлені ними особливості патологічного процесу [3, 8, 10, 14].

Дослідженнями останніх років виявлено та встановлено патогенну роль багатьох «нових» інфекційних агентів, які можуть передаватися статевим шляхом та призводити до розвитку захворювання у людини. Вивчення особливостей фізіології та патології відомих збудників ІПСШ

дали можливість значно підвищити ефективність лікування хворих з цією патологією; але не всі аспекти цієї проблеми з'ясовані; дослідження у цьому, безумовно актуальному для сучасної медицини напрямку тривають.

Досягнення сучасної медицини та мікробіології дають можливість отримання нових даних щодо ролі та значення відомих та недостатньо відомих практичній медицині мікроорганізмів.

**Перспективу подальшого розвитку науково-практичних досліджень ППСШ** можна бачити в тому, що дослідженнями останніх років виявлено та встановлено патогенну роль багатьох «нових» інфекційних агентів, які можуть передаватися статевим шляхом та призводити до розвитку захворювання у людини [3, 8, 10, 15]. Значна кількість з цих інфекційних агентів (коринебактерії, йерсинії та ін.) уже якийсь час була добре відома клініцистам – за можливістю спричинення ними захворювань (інших, ніж уrogenітальні) органів та систем, але роль їх у розвитку уrogenітальної патології стало можливо визначити лише завдяки цілеспрямованим дослідженням. Результати цих досліджень також дозволили суттєво підвищити ефективність лікування хворих з ППСШ; тому роботи щодо вивчення ролі відомих збудників патології та коменсалів організму людини у виникненні та розвитку уrogenітальної патології визнано перспективним напрямком досліджень.

Треба відзначити, що особливу роль у патології людини відіграють грибові мікроорганізми. Проблеми медичної мікології посідають одне з чільних місць у переліку першочергових напрямків сучасних досліджень.

Визначення ролі та значення дріжджеподібних грибів роду *Candida* у виникненні та розвитку генітальної патології відкрило для клінічної медицини в цілому та дерматовенерології зокрема широкий напрям досліджень проблеми кандидозу [13, 18, 27]. Значення кандидозної інфекції, – як збудника захворювання, так і сапрофіту, – для виникнення та розвитку генітальної патології загальновідомо. Багато робіт було присвячено дослідженню цього аспекту патології ППСШ, і результати цих досліджень мають беззаперечну практичну значимість, дозволивши суттєво підвищити ефективність лікування хворих з уrogenітальною патологією [13, 18, 20].

При цьому необхідно зазначити на те, що у вивченні патології ППСШ існує певний брак досліджень ролі інших, ще більш розповсюджених збудників захворювань людини – дріжджеподібних грибів роду *Malassezia* (іноді до цих грибів ще застосовують стару назву роду *Pityrosporum*, запропоновану Кастелані у 1908 р.).

Пандемічна поширеність цих ліпофільних дріжджеподібних грибів у навколишньому се-

редовищі та серед населення, різноманітність проявів цієї інфекційної патології, численні спостереження вісцеральних форм маласезіозу та летальних випадків, пов'язаних з цією інфекцією, проблеми її діагностики та лікування, – усе це обумовлює актуальність досліджень у цьому напрямку. Більшість дослідників епідеміології маласезійної інфекції згодна у тому, що різні види цього збудника присутні на шкірі більш, ніж у 90 % усього населення. Наведене вище дає підстави вважати проблему маласезіозу однією з проблем сучасної наукової та практичної медицини таких, що у наш час найбільш динамічно розвиваються [1, 2, 5, 6, 19, 27, 30].

Нагальна потреба скорішого вирішення проблем лабораторної діагностики грибів роду *Malassezia* при захворюваннях людини стала підставою для стрімкого розвитку досліджень проблеми маласезіозу; уже отримані результати дали можливість розширити уявлення про спектр спричиненої цим збудником патології (де проблеми ППСШ та інфекційних захворювань сечостатевої системи, беззаперечно, мають посісти чільне місце) [2, 5, 6, 19].

Удосконалення класичних та впровадження нових методів мікологічних досліджень забезпечило виявлення багатьох видів грибів роду *Malassezia*, який на цей час налічує тринадцять видів [2, 6, 18, 19] (відзначимо, що у найближчі роки спеціалісти прогнозують виявлення ще багатьох нових видів). Головними збудниками захворювання вважаються *M. globosa*, *M. sympodialis* та *M. restricta*, причому в значній кількості випадків виявляються комбінації збудників декількох видів [2, 5, 6, 19, 30].

Рядом досліджень також показано, що грибам роду *Malassezia* притаманні особливі та складні взаємовідношення з іншими представниками мікробіоти людини, частина яких відома, як збудники ППСШ [1, 5, 18, 19, 24]; це також дає підставу для цілеспрямованих досліджень ролі і місця цих ліпофільних дріжджів у формуванні та розвитку патології органів сечостатевої системи у хворих з ППСШ.

Досвідом практичної медицини встановлено за аксіому те, що ефективність лікування значною мірою залежить від урахування лікарем особливостей перебігу та клінічних проявів захворювання.

Зважаючи на часте співіснування у хворого декількох інфекційних агентів одночасно, перед практичними лікарями зазвичай виникає питання: чи одночасно сталося зараження пацієнта декількома інфекціями та чи не сталося так, що до існуючої одної хронічної інфекції додалася ще одна. У подібних випадках перебіг та прояви патології у хворих набувають певних особливостей, без врахування яких не може бути

повноцінного лікування [8, 10, 14].

Цей аспект у дослідженнях ІПСШ є новим та актуальним з огляду на сучасну динаміку інфекційних процесів у суспільстві. Однак, враховуючи відомі дані про велику можливість існування у хворих маласезійної інфекції хронічно (часто – з перших днів їх життя) [5, 18, 19], треба зазначити, що при лікуванні ІПСШ у таких хворих також необхідно враховувати можливі особливості перебігу, які можуть набути обидва (чи більше) інфекційні процеси при подібному співіснуванні. Але слід відмітити, що в сучасній спеціальній літературі бракує даних щодо дослідження цієї проблеми.

Варте уваги й те, що зазвичай у якості (пускових) факторів, провокуючих у хворих виникнення та розвиток маласезіозу, визначали різноманітні імуносупресивні, екзогенні та ендогенні, природні, побутові, професійні та ятрогенні чинники, що негативно впливають на обмін речовин та мікроекологію (мікробіоценоз) макроорганізму, а саме [5, 6, 18, 19]:

- стреси;
- гострі та хронічні супутні інфекційно-запальні захворювання;
- антибіотикотерапію;
- інтоксикації та хронічні порушення обміну речовин;
- фізіологічні, патологічні та ятрогенні ендокринопатії та імунопатії;
- нераціональну гігієну окремих ділянок шкіри та ін.

Зараження та подальше лікування ІПСШ, безумовно, пов'язане з виникненням у хворих усіх цих проблем. Особливу увагу при цьому треба приділити антибіотикотерапії, яка є відомим фактором, провокуючим розвиток у хворих часто тяжких торпідних проявів грибкової інфекції.

Урахування особливостей розвитку та проявів кандидозної інфекції геніталій при проведенні антибіотикотерапії при лікуванні бактеріальних ІПСШ є безумовно важливим моментом, обов'язковим у будь-якому випадку [9, 13, 18]. Але треба відмітити, що брак досліджень особливостей розвитку та перебігу у хворих на ІПСШ маласезійної інфекції (більш розповсюдженої, ніж кандидозна) можна вважати суттєвим недоліком сучасної дерматовенерології (а також пов'язаних з нею суміжних дисциплін).

Відомо, що через особливості своєї морфології та фізіології збудники ІПСШ мають різний тропізм до клітин та субстратів організму хворих і викликають суттєво різні типи та реакції захисту макроорганізму; це обумовлює наявність суттєвих особливостей та різниці клініко-морфологічних проявів захворювання, які залежать не тільки від роду, але й навіть від виду збудників ІПСШ [14, 15, 22].

Численними дослідженнями були встановлені важливі для діагностики, лікування та профілактики особливості клінічних проявів ІПСШ стосовно відомих інфекційних агентів – гонококів, трихомонад, хламідій, мікоплазм, грибів роду *Candida* тощо. З огляду на проблему, яку розглядаємо, треба зазначити на безумовну важливість досліджень, присвячених вивченню особливостей клінічних проявів кандидозної інфекції [9, 13, 18, 20, 24, 27].

Важливо те, що, у порівнянні з грибами роду *Candida*, гриби роду *Malassezia* мають цілу низку своєрідних чинників патогенності; вони частіше спричиняють у хворих [2, 5, 18-21]:

- порушення проліферації та диференціювання клітин (у першу чергу – епітеліальних);
- порушення імунітету та розвиток запалення;
- реакції непереносимості .

Виходячи з цього, треба зазначити на те, що відсутність досліджень особливостей клінічних проявів маласезійної урогенітальної інфекції є безумовним недоліком досліджень ІПСШ.

На цей час достовірно встановлено маласезійну етіологію багатьох відомих проявів патології, розроблено критерії їх диференційної діагностики. Визначення всіх існуючих різновидів маласезійної інфекції ще не завершено; перелік клінічних форм маласезіозу й досі поновлюється новими різновидами уражень [1, 2, 5, 6, 18, 19].

Важливим аспектом проблеми маласезіозу, дослідження якої стрімко й динамічно розвиваються, є:

- маласезіоз інших органів (вуха, ока, внутрішніх органів);
- маласезіоз слизових;
- системні форми маласезійної інфекції.

Сучасні особливості епідеміології, особливостей клінічних проявів, діагностики, лікування та профілактики цих форм суттєво привертають до себе увагу науковців та практичних лікарів [5, 6, 18, 19].

Встановлено, що недерматологічними проявами маласезіозу можуть бути:

- маласезіоз слизових ротової порожнини, ока, статевих органів;
- маласезійний зовнішній сухий отит, блефарит;
- вісцеральні ураження і явища системної інфекції, –

особливо у хворих з імунodefіцитом чи як наслідок нераціональної терапії антимікробними засобами, гормонами або цитостатиками [5, 6, 18, 19, 23-25, 28-31].

**Невирішеною раніше частиною проблеми** можна вважати те, що урогенітальним проявам маласезійної інфекції присвячені лише окремі дослідження. Варте уваги те, що ще у 1898 р. у своєму відомому посібнику проф. *Josehp Max*



звертав увагу на наявність у хворих на «себорею» особливих проявів баланопоститу, які були схожі з проявами баланопоститу діабетиків (кандидозного баланопоститу) [26].

У відомих публікаціях відзначається, що клінічними проявами уrogenітального маласезіозу у чоловіків може бути [5, 6, 18, 19, 23-25, 28-31]:

- баланопостит;
- уретрит (навікуліт);
- ураження тизонієвих залоз тощо;

проте обсяг досліджень цієї проблеми не можна визнати достатньо задовільним.

До цього треба додати також зауваження на відсутність даних досліджень щодо особливостей проявів уrogenітальної патології у хворих при одночасному співіснуванні маласезійної інфекції та ППСШ (також надзвичайно поширених серед населення).

Ці, а також багато інших даних примушують серйозніше відноситися до проблеми уrogenітального маласезіозу, особливо при наявності у хворих ППСШ. Недоліки в області діагностики і лікування цієї патології можна вважати небажаним явищем сучасної наукової і практичної медицини.

**Постановка проблеми у загальному вигляді** полягає у тому, що, враховуючи наведене вище, є доцільним та необхідним проведення дослідження особливостей перебігу та клінічних проявів ППСШ у хворих при наявності у них маласезійної інфекції геніталій, що, безумовно, може сприяти підвищенню ефективності лікування хворих з ППСШ.

**Мета дослідження** – вивчення комплексно у динаміці особливості клінічних проявів ППСШ у чоловіків, у яких є маласезійна інфекція статевих органів.

**Зв'язок дослідження з важливими науковими та практичними завданнями** полягає в тому, що дослідження особливостей клінічних проявів ППСШ у чоловіків, у яких є маласезійна інфекція статевих органів, є одним з шляхів, який може бути використаний для підвищення ефективності лікування хворих на ППСШ чоловіків через розробку методики комплексної диференційованої терапії, яка б враховувала наявність супутньої маласезійної інфекції статевих органів.

Робота є фрагментом теми НДР Кафедри шкірних та венеричних хвороб ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» – ІН 21.11 «Комплексна диференційована терапія хворих на дерматози та інфекції, що передаються статевим шляхом, з урахуванням порушень адаптаційних механізмів в умовах коморбідності»; державний реєстраційний № 0111 U 002791 (2011-2013 рр.).

## Виклад основного матеріалу.

**Матеріал дослідження.** Основну групу досліджуваних хворих, у яких вивчалися особливості клінічних проявів, перебігу ППСШ при наявності у них супутньої маласезійної інфекції та зміни клініко-лабораторних показників, склали 124 пацієнти чоловічої статі, що проходили в період 2009-2013 рр. обстеження і лікування в клініці шкірних та венеричних хвороб ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» та ОШВД м. Запоріжжя.

Групу порівняння склали 108 хворих на ППСШ чоловіків, у яких не відзначено клініко-лабораторних проявів маласезіозу, що проходили обстеження та лікування одночасно з хворими основної групи дослідження без додаткових умов відбору.

### Методи дослідження:

- фізикальні та загальні клініко-лабораторні дослідження;
- комплексне клініко-лабораторне дослідження на збудники ППСШ;
- комплексне клініко-інструментальне обстеження стану уrogenітальної системи (УЗД, уретро- та цистоскопія, рентгенологічне дослідження), передбачені чинними нормативними актами МОЗ України;
- комплексне мікроскопічне і культуральне мікологічне дослідження на гриби роду *Malassezia* для встановлення етіологічного діагнозу маласезіозу;

Дослідження для виявлення етіологічних факторів запальних процесів уrogenітального тракту проводили згідно методичним рекомендаціям: «Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом / Мавров І. І. і співав., 2002».

Культуральні дослідження для оцінки умовно-патогенних мікроорганізмів проводили згідно Наказу МОЗ СРСР від 22.05.85 р. «Про уніфікацію мікробіологічних (бактеріологічних) методів дослідження, застосовуваних у клініко-діагностичних лабораторіях лікувально-профілактичних установ» з дотриманням загальноприйнятих методів, згідно з рекомендаціями виробників діагностичних систем.

Мікроорганізми ідентифікували згідно 9-му виданню Визначника бактерій Берджи (1997).

Виявлення збудника хламідіозу проводилося у зішкрябах слизової оболонки уретри, центрифугаті першої порції ранкової сечі, сироватці крові (при дослідженні на специфічні IgG та IgA антитіла) за допомогою:

- цитологічної діагностики забарвлених за Романовським-Гімзою препаратів;
- реакції прямої імунофлуоресценції (ПФ);
- імуноферментного аналізу (ІФА) та ПЛР з використанням діагностичних систем:

- 1) «Хламоноскрин» («Ніармедик», РФ);
- 2) «*Chlamydia DFA*» та «*Chlamydia Microplate EIA*» («Санofi Діагностик Пастер», Франція);
- 3) тест-системи «Амплі Сенс» (НДІ епідеміології МЗ РФ, Москва, РФ) для ПЛР діагностики.

Виявлення збудника трихомоніазу здійснювалося за допомогою мікроскопії та культурального дослідження, виявлення антитіл – за допомогою ІФА, а також ПЛР із застосуванням:

- середовища СКДС та тесту *IN Pouch* (*Biomed Diagnostics, Inc.* США);
- діагностичних тест-систем «ЛАГІС» та ЗАТ «ВСМ» (РФ) для ПЛР;
- тест-систем для ІФА («Вектор-Бест», РФ).

Виявлення *U. urealyticum* проводилося культуральним методом з використанням рідкого живильного середовища на основі плацентарного бульйону зі збагаченими добавками, з подальшим пересіванням на агарове диференціальне середовище.

Виявлення *M. hominis* проводилося культуральним методом з використанням рідкого живильного середовища на основі агару й бульйону *PPL0*.

Виявлення вірусу папіломи людини з диференціацією ДНК ВПЛ високого канцерогенного ризику 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58, 59, 66 проводилося методом ПЛР з використанням тест-системи «АмпліСенс» (ЦНДІ епідеміології МОЗ РФ, Москва, РФ).

Виявлення вірусу герпесу простого (ВПГ-2) проводилося у мікропрепаратах тканин методами полімеразної ланцюгової реакції з використанням тест-системи *Biokom «Gene Paktm PCR test HSV»*, (РФ) та імунофлуоресценції (Герпес Скан, «ЛАБдіагностика», РФ); а також методом імуноферментного аналізу сироватки крові (Векта ВПГ-ІgM-стрип, ЗАТ «Вектор Бест», РФ).

Діагноз кандидозу вважали підтвердженим при наявності типової клінічної картини та виявленні мікроскопічно вегетуючих форм *Candida spp.* (дріжджових клітин, що брунькуються, та псевдоміцелію) в забарвлених за Грамом мазках зі шкіри та слизової оболонки уретри, а також при зростанні культури на селективному середовищі не менш за  $10^3$  КУО/мл.

**Діагностика маласезіозу.** Діагноз маласезіозу шкіри та маласезійної інфекції геніталій досліджуваним хворим встановлювався на підставі:

- наявності у них характерних клінічних проявів маласезіозу;
- виявлення мікроскопічно в лусочках ураженої шкіри, комедонах та матеріалу зі слизової оболонки клітин дріжджеподібних грибів;
- результатів верифікації роду через засів на середовище Сабуро під шар маслинової олії;
- результатів кількісного культурального до-

слідження.

Дослідження на маласезійну інфекцію проводилося у комплексі з дослідженням на збудники ІПСШ за загальновідомими методиками [4-7, 12, 19]. Критерієм для визначення маласезіозу було виявлення не менш за  $8 \times 10^5$  на  $\text{cm}^2$  числа КУО (у контролі у здорових, а також при маласезієносійстві –  $5 \times 10^5$  КУО на  $\text{cm}^2$ ).

**Результати дослідження.** Було встановлено, що маласезіоз шкіри у досліджених хворих проявлявся як комбінація декількох, щонайменш трьох або більше різних окремих клінічних форм. Більш, ніж у половини досліджених (69 осіб) відмічалася комбінація трьох-чотирьох, а у 55 осіб одночасно існувало п'ять і більше різних клінічних форм маласезіозу шкіри. Найчастіше маласезіоз шкіри проявлявся у хворих, як комбінація:

- керозу, чорних комедонів та пітиріазу волосистої частини голови (19 осіб з 124);
- керозу, комедонів, пітиріазу волосистої частини голови та негнійного фолікуліту тулуба та кінцівок (14 осіб).

Різнокольоровий лишай частіше існував у комбінації з керозом, чорними комедонами, негнійним фолікулітом тулуба і кінцівок та пітиріазом волосистої частини голови (17 осіб).

Маласезійна інфекція у досліджених хворих мала хронічний (з перших років життя) рецидивуючий перебіг з послідовною стадійною трансформацією та метаморфозом проявів; це залежало та обумовлювалося певними визначеними несприятливими факторами:

- нераціональна гігієна та забруднення шкіри;
- стреси, психічні та фізичні перевантаження;
- гормональні зміни;
- гострі захворювання, загострення хронічних захворювань, інтоксикації;
- перегрівання, переохолодження, сезонність;
- дія окремих зовнішніх хімічних чинників, УФО;
- механічні подразнення і травми шкіри;
- зараження (суперінфекція);
- прийом ліків та нераціональна терапія проявів маласезіозу;
- нераціональне харчування, а також періодами життя хворих.

Загострення окремих явищ маласезіозу у хворих зазвичай провокувалися не одним, а декількома чинниками; значення різних факторів було неоднаковим для різних ділянок шкіри і було пов'язане з індивідуальними особливостями (віком, звичаями та родом заняття).

Клінічні прояви маласезіозу у досліджених хворих мали поширений характер. Частіше за все патологічний процес локалізувався на шкірі волосистої частини голови, обличчя, грудей, верхньої частини спини та плечей, на тулубі та стегнах. Менш типовим було ураження дис-

тальних частин кінцівок; при цьому в усіх досліджених прояви маласезіозу були відсутніми на шкірі долонь та підшов. Окремі клінічні форми маласезійної інфекції у досліджених хворих мали виражену тенденцію до локалізації на строго визначених ділянках шкіри.

Також було встановлено, що всі без винятку хворі основної групи дослідження неодноразово та нерегулярно лікувалися з приводу проявів маласезіозу шкіри самостійно або за приписами лікарів; систематично, але нераціонально застосовували додаткові спеціальні лікувально-гігієнічні заходи (зовнішнє використання антимікотиків, препаратів саліцилової кислоти тощо).

Клінічні прояви та перебіг ППСШ характеризуються численними та різноманітними особливостями, урахування яких є обов'язковим для раціональної терапії хворих, вибору методів та засобів лікування.

Встановлено, що вид проявів уrogenітальної патології та її перебіг у значній мірі обумовлюється видом інфекційного чинника, але при цьому індивідуальні особливості хворого (конституціональні, анатомічні особливості, наявність супутньої патології, іншої інфекції) також мають певне значення.

Особливості клінічних проявів ППСШ у хворих з маласезійною інфекцією геніталій досліджувалися шляхом порівняльного аналізу даних обстеження хворих на ППСШ групи порівняння (в яких не було маласезійної інфекції) та хворих на ППСШ основної групи (в яких було виявлено супутню маласезійну інфекцію геніталій). Дані про виявлення окремих збудників ППСШ у досліджених хворих представлені в табл. 1; було встановлено:

- свіжу форму ППСШ:

1) у 32 (26 %) пацієнтів основної групи;

2) у 24 (22 %) пацієнтів групи порівняння;

- хронічну форму ППСШ:

1) у 92 (74 %) (загострення хронічної інфекції – у 15 (12 %)) пацієнтів основної групи;

2) у 84 (78 %) (загострення – у 41 (38 %)) пацієнтів групи порівняння.

Аналіз даних клінічного обстеження показав відсутність патогномонічних клінічних проявів хламідійної, трихомонадної, уре- та мікоплазмозової інфекції. Характерними симптомами цієї інфекції при неускладненій формі захворювання були прояви переднього уретрити та простатиту.

Треба також зазначити, що, за даними клініко-анамнестичного дослідження, було відмічено, що в усіх пацієнтів з супутньою маласезійною інфекцією геніталій мали місце прояви хронічної уrogenітальної патології, які поєднувалися з гострими чи підгострими проявами свіжої форми або загостренням хронічної форми ППСШ.

Дані про наявність окремих видів уrogenітальної патології у досліджених хворих представлені в табл. 2. З аналізу наведених даних можна відзначити, що прояви уретрити були найбільш типовими і відмічалися в усіх досліджених. Вираженість проявів патології залежала від форми такої інфекції – більш маніфестна (гостра або підгостра) – при свіжому або загостренні хронічного процесу; маломаніфестна або безсимптомна – при хронічній інфекції. Було також відмічено, що прояви запалення були більш маніфестними у пацієнтів з поліетіологічним характером захворювання (з наявністю двох або більше збудників ППСШ).

Таблиця 1 - Виявлення окремих збудників ППСШ у досліджених хворих

Виявлені збудники	Основна група, N = 124		Група порівняння, N = 108	
	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
<b>Моноінфекція</b>	15	12	10	9
<i>C. trachomatis</i>	7	6	5	4,5
<i>U. urealitycum</i> (або <i>M. genitalium</i> )	5	4	3	2,7
<i>T. vaginalis</i>	3	2	2	1,8
<b>Подвійна інфекція</b>	99	80	90	83,5
<i>C. trachomatis</i> , <i>U. urealitycum</i> (або <i>M. genitalium</i> )	45	36,3	14	13
<i>C. trachomatis</i> , <i>T. vaginalis</i>	19	15,3	28	26
<i>C. trachomatis</i> , гриби роду <i>Candida</i>	0	0	7	6,5
<i>C. trachomatis</i> , HSV	7	5,5	5	4,5
<i>C. trachomatis</i> , HPV	1	1	1	1
<i>U. urealitycum</i> (або <i>M. genitalium</i> ), гриби роду <i>Candida</i>	0	0	8	7,5
<i>U. urealitycum</i> (або <i>M. genitalium</i> ), <i>T. vaginalis</i>	24	19,4	25	23
<i>U. urealitycum</i> (або <i>M. genitalium</i> ), HPV	2	1,5	1	1
<i>T. vaginalis</i> , HPV	1	1	1	1
<b>Потрійна інфекція</b>	10	8	8	7
<i>C. trachomatis</i> , <i>U. urealitycum</i> (або <i>M. genitalium</i> ), <i>T. vaginalis</i>	6	5	6	5
<i>C. trachomatis</i> , <i>U. urealitycum</i> (або <i>M. genitalium</i> ), HPV	2	1,5	1	1
<i>C. trachomatis</i> , <i>U. urealitycum</i> (або <i>M. genitalium</i> ), HSV	2	1,5	1	1

Таблиця 2 - Вид урогенітальної патології у досліджених хворих

Прояви патології	Основна група N=124		Група порівняння N=108	
	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
<b>Баланопостит</b>	124	100	19	18
баланопостит гострий	4	3	16	15
баланопостит підгострий	92	74	3	3
баланопостит маломаніфестний	28	23	-	
<b>Уретрит</b>	124	100	108	100
уретрит гострий	17	14	26	24
уретрит підгострий	30	24	39	36
уретрит маломаніфестний	77	62	43	40
<b>Простатит</b>	88	71	46	42,5
простатит гострий	3	2	3	3
простатит підгострий	12	10	8	7,5
простатит маломаніфестний або безсимптомний	73	59	35	32
<b>Патологія органів мошонки</b>	73	59	21	19,5
патологія органів мошонки – гострі прояви	2	2	3	3
патологія органів мошонки – підгострі прояви	14	11	5	4,5
патологія органів мошонки – маломаніфестні прояви або безсимптомна	57	46	13	12

Таблиця 3 - Локалізація проявів окремих клінічних форм маласезіозу шкіри у досліджених хворих

Локалізація проявів	Кількість хворих з окремими локалізаціями	Окремі клінічні форми маласезіозу шкіри								
		Кероз	Комедони, інші різновиди ретенційних кіст сальних залоз	Пітіріаз	Негнійний фолікуліт	Фолікулярний екзематид	Екзематид пітіріаз-формний	Екзематид псоріазиформний	Себореїчний дерматит	Різнокольоровий лишай
		Кількість хворих з окремими клінічними формами маласезіозу шкіри								
Живіт	113	108	-	17	21	3	20	3	16	13
Нижня частина спини	121	119	26	13	43	3	8	2	2	10
Сіднична ділянка	98	98	2	19	80	8	7	2	2	-
Пахові та перигенітальні ділянки	98	37	-	86	27	12	13	6	9	10
Шкіра статевого члену та мошонки	124	-	124	120	35	-	24	6	8	9
Стегна	109	102	-	26	85	14	17	2	4	-

Характер виділень був переважно серозний, слизистий, у меншості хворих – слизисто-гнійний. Кількість виділень відповідала клінічним проявам гостроти запального процесу і була дещо більшою у хворих з трихомонадною інфекцією (типичним для якої була наявність пухирчиків газу та рідкий серозний характер виділень). При мікроскопічному дослідженні цих виділень звертала на себе увагу прямо пропорційна залежність зростання чисельності лейкоцитів в уретральних виділеннях та клінічних проявів гостроти процесу (поширеності та глибини ураження слизової оболонки уретри). Пропорційно гостроті запалення у виділеннях також збільшу-

валася кількість клітин циліндричного, парабазального та базального епітелію, характерними змінами якого були явища мацерації та вакуольної дегенерації. Також пропорційно гостроті запалення у виділеннях хворих зменшувалася кількість умовно патогенної коко-бацилярної флори.

Наявність проявів простатиту була встановлена у 46 хворих з хламідійною, уре- та мікоплазмозною інфекцією та, переважно, старшої вікової групи. У переважній більшості була форма хронічного запалення з маломаніфестною картиною клінічних проявів (коли діагноз можна було достовірно встановити лише за допомогою додаткових лабораторних та інстру-



ментальних досліджень). Суб'єктивні прояви:

- біль над лоном, у промежині відчували 35 хворих (76 % хворих з простатитом);

- іррадіацію больових відчуттів у ячках відзначали 12 хворих (26 % хворих з простатитом).

Більш часто у цих пацієнтів спостерігались дизуричні явища:

- часте сечовипускання турбувало 23 хворих (50 % хворих з простатитом);

- переривчасте сечовиділення та відчуття неповного випорожнення сечового міхура – 9 (19,5 % хворих з простатитом);

- біль на початку акту сечовипускання – 7 (15 % хворих з простатитом);

- ніктурія – 12 хворих (26 % хворих з простатитом).

Сексологічні розлади (зменшення лібідо, нестабільність адекватних ерекцій, прискорення еяколяції, болісні відчуття, пов'язані з оргазмом) відмічали 17 хворих (37 % хворих з простатитом).

Ультразвукове дослідження передміхурової залози і сім'яних міхурців із застосуванням трансректального датчика виявило у цих хворих ознаки катарального (більш рідко – паренхіметозного) простатиту.

Патологія органів мошонки (хронічні маломаніфестні за проявами епідидиміти, орхоепідидиміти) була виявлено у 21 (19,5 %) пацієнта.

Явища баланопоститу, що мали місце у чотирьох хворих на урогенітальний трихомоніаз, мали форму гострого ексудативно-катарального запалення, особливістю якого було:

- наявність симптомів гострого уретрити;

- значна кількість серозно-слизистих пінистих виділень;

- виражений набряк та гіперемія крайньої плоті;

- мацерація, ерозії, численні тріщини в місцях натягування та стоншення епітелію.

Прояви генітального герпесу та папіломавірусної інфекції у 10 досліджених пацієнтів мали характерні симптоми чітко обмеженого серозного запалення з наявністю мікроевезикуляризації та нейропатії при герпесі та дрібновузликової епітеліальної вегетуючої неоплазії – при папіломавірусній інфекції.

Було відмічено, що прояви кандидозної інфекції мали місце виключно у хворих, які перед цим нерационально лікувалися системно та місцево антимікробними засобами. Проявами урогенітального кандидозу у 12 пацієнтів були гострий або підгострий баланопостит та передній уретрит.

Кандидозний баланопостит у досліджених хворих проявлявся у типовій псевдомембранозній формі:

- гіперемія, набряк;

- наявність характерного сироподібного фібриноідного нальоту, який легко видалявся і після видалення якого оголювалася ерозивна поверхня, що кровить;

- фестончасті обриси вогнищ уражень;

- наявність «відсівів»;

- виражені суб'єктивні відчуття печії та болю, – з переважним розвитком ерозивного акропоститу та баланіту, болючими тріщинами вільного краю крайньої плоті, надривами вуздечки.

Мікроскопічно наліт був складений переважно з мас фібрину, серед яких спостерігалися численні окремі клітини та псевдоміцелій філаментуючого дріжджеподібного гриба, дистрофічно змінені клітини шарів мацерованого епітелію, численні лейкоцити. Відмічалися також характерні ознаки проникаючої інвазії псевдоміцелію гриба у глибини епітелію.

Явища кандидозного уретрити за морфологією були подібні до явищ баланопоститу, але мали суттєво меншу вираженість гостроти процесу. Характерною особливістю його було поступове зменшення явищ запалення від зовнішнього отвору та губок у глибину уретри, без відмінності у характері ураження окремих відділів (човноподібної ямки, випинань слизової в утвореннях заслінок Герену, залоз та лакун уретри). Відокремлених ознак ураження тизонових залоз у пацієнтів з урогенітальним кандидозом не відмічалось.

Аналіз даних клінічного обстеження 124 хворих основної групи, у яких ППСШ поєднувалися з маласезійною інфекцією, показав наявність визначених особливостей у проявах урогенітальної патології.

У цілому патологічний процес у них відрізнявся, маючи ознаки інфільтративно-фолікулярно-паракератотично-десквамативного характеру у вигляді баланопоститів, уретритів, простатитів, епідидимітів, везикулітів, периуретральних уражень тощо, з хронічним в'ялим перебігом і частими рецидивами.

Типовим проявом патології у цих хворих була наявність підгострого баланопоститу, характерними особливостями якого була топіка (переважна локалізація проявів у заголовочній борозні, у місці переважного розташування та функціонування залоз) та морфологічні прояви ураження – катаральний тип запалення без клінічних ознак ексудації з:

- наявністю еритеми, атрофічного стоншення шкіри та слизової;

- явищами керозу, кератозу усть фолікулів та вивідних протоків залоз, – як дрібних, так і великих (тизових) залоз головки та крайньої плоті, що в маніфестних проявах мали вигляд «шипиків»;

- численними ретенційними кістами залоз внутрішнього листка крайньої плоті;

- явищами лейкоплакії.



Явища акропоститу та патологічних змін дистальної частини внутрішнього листка крайньої плоті, які відмічалися у 26 хворих, мали особливості у тому, що були подовженням пітиріазо-, псоріазоформних проявів маласезійного ураження шкіри зовнішнього листка крайньої плоті або явищ себорейного дерматиту.

Сироподібний білий наліт, що утворювався у цих хворих, на відміну від дещо схожих проявів, що мали місце у хворих на урогенітальний кандидоз, складався з ліпоїдного та білкового секрету залоз (смегми) і містив численні кератотично змінені клітини. Серед таких клітин спостерігалися численні окремі клітини та псевдоміцелій філаментуючого дріжджеподібного гриба (при цьому, на відміну від явищ кандидозного процесу, явищ інвазії гриба у глибину шарів епітелію не було). Також звертала на себе увагу й мізерна кількість лейкоцитів (поодинокі еозинофіли, поліморфоядерні лейкоцити та мононуклеари), – на відміну від хворих групи порівняння.

Явища уретриту у хворих з маласезійною інфекцією також мали визначені особливості. Так, на відміну від проявів у пацієнтів групи порівняння, у хворих з маласезійною інфекцією у явищах підгострого уретриту переважали явища дистального уретриту (навікуліту), аденіту залоз уретри. При мікроскопічному дослідженні характерними були явища кератозу (дискератозу) та десквамації епітеліоцитів. Важливо також відмітити, що кількість лімфоцитів при цьому була значно нижчою і не відповідала активності запального процесу, як то було у хворих групи порівняння.

Особливостями проявів вірусних захворювань у 13 пацієнтів основної групи було визначено:

- дисемінований характер герпетичних уражень, що поширювалися практично на всю поверхню голівки та внутрішнього листка крайньої плоті, переходячи й на зовнішній її листок та шкіру статевого члену;

- вираженість та чисельність проявів папіломавірусної інфекції, що були представлені кондилوماتозними розростаннями, щільно укриваючими поверхню голівки та крайньої плоті, переважно у заголовочній борозні, також локалізуючись й на зовнішньому листку крайньої плоті та шкіри статевого члена, переважно у місцях проявів маласезійного процесу.

Важливо відмітити, що таку особливість проявів вірусних ІПСШ усі пацієнти пов'язували з попередньою наявністю та хронічним існуванням проявів запальної патології, характерні особливості якої описано вище.

Наявність проявів простатиту було встановлено у 88 хворих (частіше, ніж у групі порівняння – 71 % проти 42,5 %) при хронічній хламідійній, уре- та мікоплазмовій інфекції та старшої

вікової групи. У переважної більшості була фолікулярна та паренхиматозна форма хронічного запалення з вираженим конгестивним компонентом, інфільтративно-проліферативними явищами, конкрементоутворенням.

Характерними клінічними проявами цієї патології у пацієнтів основної групи була наявність таких дизуричних розладів, як:

- ніктурія с позивами до сечовиділення у передранкові часи (що, можливо, було пов'язано з особливостями добового обміну кортикостероїдних гормонів) – у 72 хворих (82 % хворих з простатитом);

- відчуття неповного випорожнення сечового міхура – у 49 хворих (56% хворих з простатитом).

При цьому такі суб'єктивні прояви, як біль над лоном, у промежині, яєчках, біль на початку акту сечовипускання для пацієнтів цієї групи (на відміну від групи порівняння) не були типовими: 17 хворих (19% хворих з простатитом) також вказувало на відмінність морфологічних проявів запального процесу.

Найбільш характерним було виявлення при УЗД ділянок чергування дрібних зон підвищеної ехогеності (ділянки фіброзу та клітинної інфільтрації) та зниженої щільності (зони запального набряку, інфільтрації та ретенційних кіст):

- потовщення та деформація капсули залози спостерігались у 57 хворих (65 % хворих з простатитом);

- розширення і неоднорідність сім'яних міхурців з однієї або обох сторін відмічено у 14 хворих (16 % хворих з простатитом).

Визначене шляхом трансабдомінального ультразвукового дослідження середня кількість остаточної сечі у цих хворих склала в середньому  $42,5 \pm 4,8$  мл (проти  $28,3 \pm 3,5$  мл у хворих групи порівняння та  $10,5 \pm 1,5$  мл – у пацієнтів, що не мали проявів простатиту).

Звертала на себе увагу також більш часта патологія органів мошонки (хронічні маломаніфестні за проявами епідидиміти, орхоепідидиміти), що виявлялися у 73 (59 %) хворих – проти 21 (19,5 %) хворих групи порівняння – і відмічалися частіше у молодих осіб; при цьому:

- локалізовані запальні процеси органів мошонки спостерігалися у 15 (12 % від 124 обстежених) хворих;

- поширені на кілька органів (уретру, передміхурову залозу, сім'яні міхурці, придатки яєчок тощо) – у 68 (55 % від 124 обстежених) – проти 19 (18 % від 108 обстежених) хворих групи порівняння з поліорганним ураженням.

Вивчення особливостей перебігу урогенітальної патології за анамнестичними даними показало, що у хворих на ІПСШ групи порівняння початок захворювання (прояви запалення) виникало у тісно-

му причинно-наслідковому зв'язку з зараженням при статевому контакті; були відсутніми випадки урогенітальної запальної патології до початку статевого життя. На відміну від цього, у хворих основної групи, що мали маласезійну інфекцію сечостатевих органів, було встановлено, що в минулому (навіть з дитинства) вони неодноразово звертали увагу на прояви запальних процесів з боку статевих органів (баланопостити, навікуліти). Зазвичай ці прояви були маломаніфестні та проходили самостійно без додаткового лікування при додержанні гігієнічних заходів; або ці хворі лікувалися епізодично несистематично та нераціонально з приводу «баланопоститу» або «урогенітального кандидозу» (без урахування наявності маласезійної інфекції – за приписами лікарів та самостійно – протимікробними та протигрибковими засобами).

Характерним у результатах цього лікування було:

- погіршення процесу при використанні протимікробних засобів;
- відсутність ефекту при використанні протигрибкових засобів, що не були активні проти маласезійної інфекції (ністатин, леворин, нітроксолін, клотримазол);
- швидкий виражений ефект при місцевому або системному використанні засобів, що мали активність проти маласезійної інфекції (кетоназол, ітраконазол, флуконазол).

Важливим також було визначення у 18 (15 % від 124 обстежених) пацієнтів основної групи – проти трьох (3 % від 108 обстежених) пацієнтів групи порівняння – наявності в минулому хронічної патології органів мошонки (новоутворення, епідидиміти, орхоепідидиміти), що не була пов'язана з ПСШ і трактувалася зазвичай, як ускладнення загальних захворювань (паротиту), травм та порушень венозного кровообігу (варикоцеле).

Аналіз тригерних факторів, що призводили до загострення хронічного процесу та сприяли його поширенню та розвитку ускладнень, показав, що за значимістю звичайних факторів:

- механічного або хімічного місцевого подразнення;
- аліментарної провокації (гострою їжею та алкоголем);
- впливу загальних інфекційно-запальних та токсичних захворювань, –
- відмінностей у пацієнтів основної групи та групи порівняння не було.

Особливістю перебігу захворювання у пацієнтів основної групи було значення впливу по-

переднього лікування ПСШ, окремих спеціальних засобів гігієни статевих органів та профілактичних засобів. Так, попереднє лікування ПСШ з використанням системно та місцево антимікробних засобів (без урахування наявності у хворих маласезійної інфекції геніталій) призводило у всіх хворих до маніфестації та загострення хронічного баланопоститу, розвитку навікуліту, маніфестації явищ простатиту та суб'єктивних його проявів. У пацієнтів групи порівняння подібне значення цей фактор мав лише у хворих з кандидозною інфекцією, але він мав ознаки не провокуючого фактора, а фактора маніфестації первинних проявів кандидозу, а саме – баланопоститу та уретриту, особливості яких описано вище.

Також особливістю перебігу урогенітальної патології у пацієнтів з маласезійною інфекцією було загострення явищ маласезійної інфекції шкіри та слизових після епізодів використання профілактичних (препарати хлоргексидину та патентовані засоби) та гігієнічних (дезодоранти, антиперспіранти, миючі засоби, засоби догляду за шкірою) засобів, що мали антимікробну дію. Подібної особливості перебігу урогенітальної патології у пацієнтів групи порівняння не відмічалось; навпаки, використання антимікробних засобів приводило у них до регресу явищ патології.

Особливістю перебігу захворювання у пацієнтів основної групи було також загострення явищ обумовленої маласезійною інфекцією урогенітальної патології (дерматиту шкіри геніталій та перигенітальних ділянок шкіри, баланопоститу, уретриту) при перегріванні, надмірному потінні (чого не відмічалось у пацієнтів групи порівняння). Аналіз даних щодо наявності та особливостей патології шкіри у досліджених хворих показав, що в усіх хворих на ПСШ, що мали супутню маласезійну інфекцію, спостерігалися прояви маласезіозу шкіри статевих органів та сусідніх ділянок шкіри. Особливості клініко-морфологічних проявів маласезійної інфекції шкіри такої локалізації у досліджених хворих представлені в табл. 3.

При аналізі клінічних проявів маласезіозу у досліджених, звертає на себе увагу певна «вибірковість» окремих клініко-морфологічних проявів щодо місць локалізації. Можна зазначити, що така вибірковість наочно демонструє значення морфо-функціональних відмінностей окремих ділянок шкірного покриву у розвитку специфічного патологічного процесу, і це треба враховувати при призначенні та проведенні лі-

кування, – насамперед, локальної терапії.

Особливості локалізації проявів окремих клінічних форм маласезіозу шкіри також мали визначений взаємний зв'язок з індивідуальними та фенотипічними особливостями хворих і суттєво залежали від особливостей конституції, розвитку підшкірної клітковини та товщини шкіри, її оволосяння та наявності волосся, а також і з особливостями гігієни статевих органів (бритья волосся, епіляція). Так, явища пітиріазу, пітиріазиформного та псоріазиформного екзематидів та себорейного дерматитів були відсутні у пацієнтів, які видаляли волосся зі шкіри геніталій та перигенітальних ділянок; і, навпаки, у хворих з надмірним оволосянням подібні прояви маласезійної інфекції зустрічалися частіше.

Особливістю проявів патології у хворих, що мали маласезійну інфекцію, було наявність на шкірі статевих органів численних, фолікулярних, цяткових, міліарних та лентикулярних, кулеподібної форми, вузликоподібних елементів жовтуватого кольору, розташованих під поверхнею верхніх шарів шкіри (статевого члена) та у товщині шкіри (мошонки). Такі елементи спостерігалися в усіх досліджених хворих основної групи. Типовим було ураження всіх фолікулів означених ділянок шкіри.

При більш детальному огляді під збільшенням, в отворі уражених фолікулів відмічалася комедонні закупорки. При стискуванні, з елементів видавлювався кашцеподібний сальний вміст цих утворень. При мікроскопічному дослідженні з окраскою гематоксиліном-еозином, у комедонному утворенні виявлялася значна кількість клітин дріжджеподібних грибів (доречним буде зазначити на те, що окраска гематоксиліном-еозином є родоспецифічною ознакою дріжджеподібних грибів виключно роду *Malassezia*).

Варто зазначити, що в сучасній спеціальній літературі описання цих проявів патології відомі, але, можливо, за браком належної уваги існують численні суттєві розбіжності та непорозуміння.

Найбільш коректним та відповідаючим суті цих проявів патології є описання цих елементів, як ретенційних кіст сальних залоз. У англомовній літературі вони відомі під назвою «*sebaceous gland hyperplasia of the penis and scrotum*» або «*sebaceous hyperplasia*» [11, 22]. Більшість авторів також застосовують у своїх роботах стару назву цих утворень – «себорейні кісти» (з огляду на більшу зрозумілість цього терміну практичними лікарями), оговорюючись про застарілість

цього терміну, але не даючи пояснень, у чому полягає його сучасна непридатність. Дійсно, у старих фундаментальних роботах авторами минулого зосереджувалася увага лікарів саме на себорейному характері цих проявів патології (що об'єктивно має місце й у сучасних хворих). При цьому авторами оговорюється, як можливе, те, що зміна складу шкірного сала при себорейі також може викликати обтурацію протоків і утворення таких кіст; відмічаючи до того ж, що період появи кіст зазвичай пов'язаний із статевим дозріванням, – але іншого про взаємний зв'язок з явищами «себорейі» не наводять.

На нашу думку, недолік цих робіт полягає у відсутності урахування їх авторами ролі маласезійної інфекції в розвитку симптомокомплексу «себорейі», що було обумовлено нестатком тогочасних знань та можливості культивування цих дріжджеподібних грибків.

Певний внесок у розуміння цієї своєрідної патології може дати проведене нами дослідження.

Важливим при розгляді цієї проблеми також можна вважати й існуюче непорозуміння, коли ці утворення на шкірі статевих органів називають «гранулами Фордайса» або «*Fordyce's spots*» (у англомовній літературі); при цьому, поряд з цією назвою, їх також називають себорейними кістами або видимими сальними залозами (*prominent sebaceous glands*).

*J. A. Fordyce* (*J. A. Fordyce*, 1858-1925, американський дерматолог) описав у 1896 р. зміни ектопічних сальних залоз (*ectopic sebaceous glands*) у вигляді жовтуватих точкових вузликів у порожнині рота на слизовій оболонці щік, губ та ясен, обумовлені гетеротопічним розташуванням цих сальних залоз. У подальшому ця патологія набула назви «хвороба Фордайса» (*син.*: Дельбанко хвороба, Дельбанко–Дівансо хвороба) [17].

Нам не вдалося знайти даних у фундаментальних та загальноприйнятих трудах з дерматології та патології, на підставі яких до проявів хвороби Фордайса можна було б віднести ретенційні кісти сальних залоз шкіри статевих органів. До того ж, і самим автором, і відомими фахівцями з патології наголошувалося на гетеротопічності (невмисному розташуванні) цих залоз (дійсно, на слизовій та шкірно-слизових перехідних зонах наявність сальних залоз не є типовою) та відсутності (атрезії) їх вивідних протоків [16]. Можливо, це непорозуміння сталося з недостатньо ретельного дотримання визначення цієї хвороби у ряді енциклопедичних видань, у яких Фордайса хвороба визначається, як «наявність жовтуватих точкових вузликів



у слизовій оболонці шик, губ, ясен і зовнішніх статевих органів, обумовлена гетеротопічним розташуванням сальних залоз» [17].

До того ж, треба зазначити й на те, що у ряді відомих популярних видань ці прояви патології також називають симптомами хвороби Фокса–Фордайса [Wikipedia], що, безумовно, є неправильним з огляду на загальноприйняте визначення ангіокератом Фокса–Фордайса. Можливо, це непорозуміння обумовлене саме розташуванням проявів цієї хвороби на шкірі статевих органів, подібно ретенційним кістам сальних залоз.

Окремим аспектом проблеми цієї своєрідної патології є також те, що, згідно «загальноприйнятій» думці, «гранули Фордайса» є варіантом норми, не завдають шкоди здоров'ю, не викликають ускладнень, не передаються при статевому контакті і є косметичним недоліком, хоча значна кількість пацієнтів пред'являє скарги на їх появу на шкірі статевого члена.

Результати нашого дослідження показали, що при існуванні певних умов (недотримання вимог гігієни, порушення цілісності покривів, наявності загальних захворювань, що спричиняють порушення імунітету, хроніосептичних станів тощо) та приєднанні гноячкової інфекції, у значній кількості хворих (в анамнезі – 42 (34 %) пацієнти) виникає гнійне запалення з формуванням фолікулярних абсцесів, що вимагає обов'язкового лікування, після якого залишаються маніфестні наслідки (рубці).

Подібне ускладнення гноячкової інфекції також спостерігалось і при таких проявах маласезійної інфекції, як негнійний фолікуліт (у 18 (15 %) хворих); на це також варто звернути увагу. Таке ускладнення не можна вважати казуїстичним: приєднання гноєрідної інфекції та розвиток гнійного запалення сально-волосяного фолікулу є звичайним проявом вугрової хвороби на будь-яких ділянках шкіри.

З наведеного вище, є всі підстави вважати, що наявність проявів маласезійної інфекції статевих органів становить певну проблему і потребує безумовної уваги лікаря.

Підводячи підсумок цьому розділу дослідження, можна зазначити на те, що у хворих на ПСШ при наявності маласезійної інфекції геніталій:

- у всіх пацієнтів з супутньою маласезійною інфекцією геніталій мають місце прояви хронічної урогенітальної патології, які поєднуються з гострими чи підгострими проявами свіжої форми або загостренням хронічної форми ПСШ;

- патологічний процес відрізняється в цілому, маючи ознаки інфільтративно-фолікулярно-паракератотично-десквамативного характеру;

- у всіх хворих мають місце генітальні, пери- та позагенітальні прояви маласезіозу шкіри та перехідних шкірно-слизових ділянок статевих органів;

- у всіх хворих на шкірі статевих органів мають місце численні фолікулярні ретенційні кісти сальних залоз (іменування яких проявами хвороби Фордайса («гранулами Фордайса») є некоректним) та прояви негнійного фолікуліту, які при існуванні певних умов та приєднанні гноячкової інфекції ускладнюються на гнійне запалення з формуванням фолікулярних абсцесів, що вимагає обов'язкового лікування і після чого залишаються маніфестні наслідки;

- типовим проявом урогенітальної патології є наявність підгострого баланопоститу, характерними особливостями якого є переважна локалізація проявів у заголовочній борозні, у місці переважного розташування та функціонування залоз; катаральний тип запалення без клінічних ознак ексудації з:

1) наявністю еритеми, атрофічного стоншення шкіри та слизової;

2) явищами керозу, кератозу усть фолікулів та вивідних протоків дрібних та великих залоз головки та крайньої плоті;

3) численними ретенційними кістами залоз внутрішнього листка крайньої плоті;

4) явищами лейкоплакії;

- сироподібний білий наліт, що має місце у цих хворих, відрізняється від дещо схожих проявів урогенітального кандидозу тим, що складається з ліпоїдного та білкового секрету залоз (смеги), містить чисельні кератотично змінені клітини, окремі клітини та псевдоміцелій філаментуючого дріжджеподібного гриба (який на має тенденції до інвазії у глибину шарів епітелію) та нечисленні лейкоцити (еозинофіли, поліморфоядерні лейкоцити та мононуклеари);

- характерним у явищах підгострого уретриту є:

1) прояви дистального уретриту (навікуліту), аденіту залоз уретри;

2) явища кератозу (дискератозу) та десквамації епітеліоцитів, –

з низькою кількістю лімфоцитів, що не відповідає активності запального процесу;

- особливістю проявів вірусних захворювань є дисемінований характер герпетичних уражень; вираженість та чисельність проявів папіломавірусної інфекції, які локалізуються переважно у місцях проявів маласезійного процесу на шкірі та слизовій геніталій (що пацієнти пов'язують з

попередньою наявністю та хронічним існуванням запальних проявів маласезіозу);

- характерною формою хронічного простатиту є фолікулярна форма з вираженим конгестивним компонентом, інфільтративно-проліферативними явищами, конкрементоутворенням, наявністю дизуричних розладів та рідкістю больових проявів;

- характерною є часта хронічна патологія органів мошонки (маломаніфестні за проявами епідидиміти, орхоепідидиміти), що виявляються частіше у молодих осіб, частіше поширені на кілька органів (уретру, передміхурову залозу, сім'яні міхурці, придатки яєчок), розвиток яких анамнестично не пов'язаний з ІПСШ;

- особливістю перебігу урогенітальної патології є:

1) загострення явищ маласезійної інфекції шкіри та слизових (а також явищ обумовленої маласезійною інфекцією урогенітальної патології) після попереднього лікування ІПСШ; після епізодів використання профілактичних та гігієнічних засобів, що мають антимікробу дію; внаслідок дії певних несприятливих екзо- та ендогенних факторів;

2) наявність у минулому проявів неспеци-

фічних запальних процесів з боку статевих органів (баланопостити, навікуліти).

Наведені вище особливості клінічних проявів та перебігу урогенітальної патології у хворих на ІПСШ чоловіків з супутньою маласезійною інфекцією, через їх певну різницю та відмінності, обов'язково необхідно враховувати при призначенні та проведенні лікування та профілактики таким хворим.

**Перспективи подальших розвідок.** Причиною різноманіття наведених вище особливостей клінічних проявів та перебігу ІПСШ та маласезійної інфекції можна вважати різницю імунного стану та обміну речовин у хворих. Зважаючи на це, у пацієнтів доцільним та необхідним буде проведення дослідження особливостей головних показників імунітету та метаболізму, що складають патогенез цієї поєднаної патології, для того щоб за результатами подальшого аналізу всієї сукупності клініко-лабораторних даних можна було б визначити науково обґрунтовані критерії до призначення та розробити методіку ефективної комплексної індивідуалізованої терапії хворих на ІПСШ чоловіків з супутньою маласезійною інфекцією статевих органів та визначити шляхи диспансеризації цих хворих.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Арзуманян В. Г. Антагонистическая активность *Malassezia* spp. к другим клинически значимым родам дрожжей / В. Г. Арзуманян, А. Ю. Сергеев, О. В. Шелемех, И. М. Ожован, О. А. Сердюк // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - 2009. - Т. 147, № 9. - С. 298-303.
2. Богданова Т. В. Морфолого-физиологические характеристики дрожжевых организмов – *Malassezia* species (Malassez, 1874) Baillon, 1889 (обзор) / Т. В. Богданова // Проблемы медицинской микологии. - 2011. - Т. 13, №1. - С. 3-13.
3. Бойко О. В. Биохимические критерии бактерионосительства: Дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.46 / Бойко Оксана Витальевна; [Место защиты: ГОУВПО «Российский государственный медицинский университет»]. - Москва, 2006. - 213 с.
4. Горбунцов В. В. Клініко-лабораторна діагностика маласезіозу шкіри / В. В. Горбунцов, В. П. Федотов, Г. М. Кременчуцький // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 2008. - № 3-4 (11). - С. 252-261.
5. Горбунцов В. В. Комплексна таргетна терапія маласезіозу шкіри : Дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.20 / Вячеслав Вячеславович Горбунцов. - Київ: Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, 2009. - 336 с.
6. Горбунцов В. В. Маласезиоз кожи / В. В. Горбунцов // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 2010. - № 1-2. - С.125-153.
7. Горбунцов В. В. Урогенитальный маласезиоз / В. В. Горбунцов // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 2004. - № 1-2 (7). - С. 30-33.
8. Дмитриева М. В. Роль условно-патогенной бактериальной флоры в развитии и течении рецидивирующих уретритов и хронических бактериальных простатитов, совершенствование этиотропной терапии: Дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.11 / Дмитриева Марина Викторовна; [Место защиты: ГОУВПО «Уральская государственная медицинская академия»].- Екатеринбург, 2007.- 128 с.
9. Дюдюн А. Д. Комплексно-диференційована терапія і диспансеризація хворих з рецидивами урогенітальних інфекцій (хламідіоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, кандидоз, бакте-

- ріальний вагіноз): Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.20 / Анатолий Дмитриевич Дюдюн; - Київ : Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, 2003. - 34 с.
10. Караев З. О. Этиологическая характеристика нозокомиальных инфекций мочевыводящих путей / З. О. Караев, Л. Р. Мамедова // Проблемы медицинской микологии. - 2010. - № 3. - С. 13-15.
  11. Мавров И. И. Половые болезни: Руководство для врачей, интернов и студентов. - Харьков: Факт, 2002. - 789 с.
  12. Новое в систематике и номенклатуре грибов / Под ред. Ю. Т. Дьяконова, Ю. В. Сергеева. - М.: Национальная академия микологии; Медицина для всех, 2003.- 496 с.
  13. Резніченко Н. А. Клініко-патогенетичне значення порушень системи імунітету й їхня корекція при генітальному кандидозі в жінок: Дис... д-ра мед. наук: 14.03.08 / Резніченко Наталя Анатоліївна; Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. - Донецьк, 2007. - 363 с.
  14. Рюмин Д. В. Проблемы этиологии и патогенеза смешанной (сочетанной) урогенитальной инфекции / Д. В. Рюмин // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2009. - № 2. - С. 63-71.
  15. Савичева А. М. Микробиологические исследования в диагностике репродуктивно значимых инфекций: прогресс за 20 лет / А. М. Савичева // Журнал акушерства и женских болезней. - 2010. - № 1. - С. 45-50.
  16. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов / Г. С. Цераидис, В. П. Федотов, А. Д. Дюдюн, В. А. Туманский. - Днепрпетровск: Изд-во Свидлер, 2004. - 536 с.
  17. Энциклопедический словарь медицинских терминов. В 3-х тт. - Т. 3. - М.: Сов. энцикл., 1984. - 512 с.
  18. Ashbee H. R. Pathogenic Yeasts (The Yeast Handbook) / H. R. Ashbee, E. M. Bignell. - B. etc : Springer, 2009. - 365 p.
  18. Boekhout T. Malassezia and the Skin – Science and Clinical Practice / T. Boekhout, E. Gueho-Kellermann, P. Mayser, A. Velegraki. - B. etc : Springer, 2010. - 250 p.
  20. Breitenbach M. Fungal Allergy and Pathogenicity (Chemical Immunology and Allergy) / M. Breitenbach, R. Cramer, S. B. Lehrer. - Karger, 2002. - 310 p.
  21. Brown G. D. Immunology of Fungal Infections / G. D. Brown, M. G. Netea. - B. etc : Springer, 2007. - 500 p.
  22. Dahm P. Evidence-based Urology / P. Dahm, R. Dmochowski. - BMJ Books, 2010. - 432 p.
  23. Frequency and spectrum of Malassezia yeasts in the area of the prepuce and glans penis / P. Mayser, M. Schütz, H. C. Schuppe, A. Jung, W. B. Schill // B.J.U. Int. – 2001. – Vol. 88, No 6. – P. 554-558.
  24. Frequency of bacteria, Candida and malassezia species in balanoposthitis / M. Alsterholm, I. Flytström, R. Leifsdottir [et al.] // Acta Derm. Venereol. - 2008. – Vol. 88, No 4. – P. 331-336.
  25. Glans penis and prepuce colonisation of yeast fungi in a paediatric population: pre- and post-circumcision results / I. A. Aridogan, M. Ilkit, V. Izol [et al.] // Mycoses. - 2009. - Jan. – Vol. 52, No 1. – P. 49-52.
  26. Josehp Max. Болезни кожи. Руководство для врачей и студентов / Max Josehp. – СПб.: Практическая медицина, 1900. – 273 с.
  27. Kavanagh K. New Insights in Medical Mycology / K. Kavanagh. – B. etc : Springer, 2007. - 304.
  28. Malassezia and Candida colonization on glans penis of circumcised men / I. A. Aridoğan, M. Ilkit, V. Izol, A. Ates // Mycoses. – 2005. – Vol. 48, No 5. – P. 352-356.
  29. Malassezia furfur folliculitis of the vulva: olive oil solves the mystery / P. Nyirjesy, J. M. Nixon, C. A. Jordan, H. R. Buckley // Obstet. Gynecol. – 1994. – Vol. 84, No 4 (Pt 2). – P. 710-711.
  30. Matousek J. L. Evaluation of the effect of pH on in vitro growth of Malassezia pachydermatis / Jennifer L. Matousek, Karen L. Campbell, Ibulaimu Kakoma, Philip F. Solter, David J. Schaeffer // Can. J. Vet. Res. - 2003. - Vol. 67, No 1. - P. 56-59.
  31. Penile shaft involvement in pityriasis versicolor / R. K. Khaddar, F. Cherif, R. Ben Hadid [et al.] // Acta Dermatovenereol. Alp. Panonica Adriat. – 2008. – Vol. 17, No 2. – P. 86-89.