

фессіонального, но в ряді випадків і сімейного статусу людини; вимушений відмова від звичайної професійної діяльності (необхідність в смені професії в зв'язі з захворюванням або переходом на інвалідність); перетворення в об'єкт сімейної опіки; частинна ізоляція від звичайного соціального оточення. Все це в комплексі сильно змінює психічний обличчя такої людини. Крім того, така негативна соціальна ситуація стає предметом активного і далеко не завжди адекватного внутрішнього осмислення самим хворим, внаслідок чого вимушено формується нова внутрішня психологічна позиція, зміст і динаміка якої відображають основні змістові зміни в структурі особистості. Це може стати причиною формування у людини невротичного або патохарактерологічного статусу.

**Висновки.** Для успішного розуміння змін психологічного статусу хворих хронічними дерматозами необхідно враховувати і соціальну ситуацію розвитку в умовах хвороби, базовими складовими якої є: преморбідні особливості психіки; психологічні наслідки впливу шкірних висипань і свербіжності; соціальні наслідки хвороби; вимушені зміни внутрішньої позиції хворого по відношенню до всієї сукупності цих обставин.

## Вивчення поширення MRSA-штамів в умовах венерологічної клініки

С.К. Джораєва, В.В. Гончаренко, О.В. Щоголева

*ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків*

**Актуальність.** Формування резистентності мікроорганізмів до антибіотиків — одна з актуальних проблем медицини. Надзвичайно важливою проблемою є неухильне зростання стійкості стафілококів до  $\beta$ -лактамних антибіотиків. Метицилінрезистентні штами (MRSA) мають перехресну резистентність до всіх зареєстрованих  $\beta$ -лактамних антибіотиків (крім анти-MRSA цефемів, зокрема цефтобіпролу).

**Мета дослідження** — встановити рівні метицилінрезистентності лабораторних штамів стафілококів та проаналізувати динаміку їхнього поширення за трирічний період.

**Матеріали та методи.** Обстежено 2100 осіб із запальними захворюваннями сечостатевої системи, які перебували на стаціонарному лікуванні у венерологічному відділенні ДУ «ІДВ НАМН». Використано мікробіологічні методи ізоляції та ідентифікації мікроорганізмів, згідно з чинними нормативними документами МОЗ України.

**Результати.** Встановлено, що стафілококи посідали провідне місце серед етіопатогенів ( $22,1 \pm 1,9$  %), загалом вилучено 464 лабораторних штами. Під час аналізу видового складу стафілокової компоненти мікробіоти сечостатевої системи на частку коагулазопозитивних видів припало ( $15,9 \pm 1,7$  %), які практично всі належать до виду *S. aureus*. Серед вилучених штамів золотистого стафілокока резистентними до оксациліну виявилися ( $51,4 \pm 5,8$  %). З'ясовано, що відбулося помітне збільшення кількості MRSA-штамів, оскільки спостерігали спорадичні випадки виділення подібних мікроорганізмів у хворих венерологічного відділення до 2012 р.

**Висновки.** Дані ретроспективного аналізу свідчать про зростання поширення метицилінрезистентних стафілококів, що пояснюється широким застосуванням антибіотиків у згаданій категорії хворих. Ці результати збігаються з даними проспективного дослідження американських учених, у якому з'ясовано, що призначення одного або двох антибіотиків за останній рік, а особливо використання хінолонів або макролідів, є потенційним чинником ризику розвитку інфекції, спричиненої MRSA-штамами.

## Induracio penis plastica

С.М. Раздайбедін, М.М. Шупенько

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ*

**Актуальність.** Основні симптоми хвороби Пейроні (фібропластична індурація статевого члена, induracio penis plastica): викривлення статевого члена, сильний біль під час статевого акту і розлади ерекції. Діагностують хворобу Пейроні за зовнішнім виглядом органа, результатами пальпації і даними анамнезу. Досить виразні викривлення статевого члена спостерігаються у 2–4 % молодих чоловіків. Точні причини розвитку хвороби Пейроні не відомі. Згідно з посттравматичною теорією, викривлення статевого члена відбувається через неправильне співвідношення колагенових і еластичних волокон.

Лікування хвороби Пейроні може бути консервативним і хірургічним.

Консервативне лікування передбачає: а) пероральний прийом препаратів (вітамін Е, прокарбазин, параамінобензоат калію, колхіцин, тамоксифен, L-карнітин та пентоксифілін); б) внутрішньокавернозні ін'єкції лідази, інтерферону, гідрокортизону, колагенази, лідокаїну; в) електрофорез ліпази та хемотрипсину.

**Мета роботи** — удосконалення та підвищення ефективності комплексної консервативної терапії хворих з фібропластичною індурацією статевого члена.