

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.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням перебували 16 хворих з фібропластичною індурацією статевого члена. Тривалість захворювання — від 3 міс до 1,5 року. Лікуванням передбачено пероральний прийом по 4 таблетки «Купренілу», 2 таблетки «Тренталу», 400 МО вітаміну Е на добу. Місцево рекомендували застосування 2 % гелю троксевазину двічі на добу з втиранням 1 % мазі гідрокортизону.

«Купреніл» пригнічує синтез колагену і нормалізує співвідношення між його розчинними і нерозчинними фракціями, сприяючи цим гальмуванню розвитку склерозуючого процесу в тканинах, а також впливає на різні ланки імунної системи. «Трентал» (пентоксифілін) поліпшує мікроциркуляцію, знижує концентрацію фібриногену в плазмі, поліпшує фібриноліз.

**Результати.** Курс терапії тривав від 2 до 3 міс, індивідуально. Перші позитивні наслідки об'єктивно і за відчуттями хворих з'явилися в кінці першого місяця лікування (бляшки дещо зменшувалися й розм'якшувалися, зменшувалася деформація статевого члена). Лікування тривало до повного виправлення кривизни статевого органа.

**Висновки.** Метод консервативної терапії хвороби Пейрони з використанням «Купренілу», «Тренталу» і місцевої терапії забезпечує позитивні наслідки за менші строки (залежно від тривалості хвороби), дає змогу уникнути хірургічного втручання.

## К вопросам комплексного лечения розацеа

Д.Я. Головченко, О.Д. Пурышкина, Л.В. Сологуб

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев*

Розацеа является одной из наиболее важных проблем дерматологии. Этот дерматоз встречается у 5 % дерматологических больных. Лечение розацеа должно быть комплексным, с учетом патогенетических особенностей развития заболевания и клинических проявлений. В последние десятилетия наиболее популярным препаратом, который входит в комплекс лечения больных розацеа, является метронидазол. Стоит отметить, что единого мнения относительно фармакодинамического влияния метронидазола при розацеа нет. Вместе с тем доказано, что, воздействуя на вегетативную нервную систему и стимулируя ее адренергические структуры, он приводит к уменьшению застойных явлений в коже, способствует побледнению эритемы, то есть оказывает положительное влияние на основные клинические проявления розацеа.

**Цель работы** — изучение эффективности применения производного нитроимидазолового ряда препарата орнидазол в комплексном лечении розацеа.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 36 больных: 27 (75 %) женщин и 9 (25 %) мужчин. Средний возраст составил у женщин 49,7 года, у мужчин — 43,9 года. Давность заболевания колебалась от 3-х до 9 лет. Перед началом лечения всем больным проводилось эндокринологическое, гастроэнтерологическое и иммунологическое обследование.

**Результаты и их обсуждение.** Всем больным назначался орнидазол по 500 мг 2 раза в день после еды короткими курсами в течение 7 дней, всего два, с недельным интервалом. Пациентам с папуло-пустулезной (14 (38,8 %) больных) и комбинированной (9 (25 %) больных) формами в комплексе лечения назначался доксициклин по 100 г 2 раза в сутки в течение 15 дней. На 3, 6 и 9 день приема антибиотика больные получали флуконазол по 150 мг. Наружное лечение проводилось в зависимости от клинических проявлений розацеа (холодные примочки с 1—2 % раствором борной кислоты, отваром шалфея, череды — при эритематозной форме (3 больных (8,3 %)); 2 % ихтиоловая паста, крем с азелаиновой кислотой 1 раз в день в течение 1—1,5 мес — при папуло-пустулезной и комбинированной форм). Терапевтический эффект оценивался на основании динамики клинических симптомов. У большинства обследованных больных при использовании в комплексном лечении орнидазола удалось достичь положительных терапевтических результатов. Так, у 28 (77,7 %) наблюдалось клиническое выздоровление и значительное улучшение, у 7 (19,4 %) — улучшение, отсутствовал эффект у одного (2,7 %) больного. Следует отметить, что положительная клиническая динамика наблюдалась уже на 6—7-й день приема препарата орнидазол. Побочные явления в виде тошноты в первые 3—4 дня лечения были отмечены у 2 (5,5 %) больных. Эти явления спонтанно проходили и не требовали отмены препарата. Каких-либо патологических изменений лабораторных показателей (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи) не наблюдалось.

**Выводы.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности применения препарата орнидазол в комплексном лечении розацеа.

## Случай синдрома Стивенса-Джонсона

Д.Я. Головченко, О.Д. Пурышкина, Л.В. Сологуб

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев*

Синдром Стивенса-Джонсона (ССД) представляет собой тяжелейший вариант многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ). Заболевание, как правило, развивается остро, с высокой лихорадкой, нарушением общего