**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Больная: 20 лет

Клинический диагноз: чесотка

**Жалобы:**

На момент курации больная предъявляла жалобы на:

* Жжение и зуд по всему телу, наиболее выраженные в межпальцевых складках кистей и в области бедер, усиливающиеся в ночное время
* Сыпь в виде парных папуло-везикулезные высыпания разбросанных по всему телу.
* Боль в местах расчесов.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной с мая 2007 года, когда впервые на левой руке в 3-м межпальцевом промежутке появилась сыпь, чувство жжения и зуд. На месте сыпи появились пузырьки. Зуд усиливался в вечернее и ночное время суток, что усиливало дискомфорт. В течение нескольких дней зуд распространился сначала на руки, а затем и по всему телу, стали появляться многочисленные парные папуло-везикулезные высыпания, наиболее выраженные в межпальцевых складках кистей, области лучезапястных и локтевых суставов, живота, боковых поверхностей туловища, пояснично-крестцовой области, области ягодиц, бедер. Больная обратилась за в поликлинику к участковому терапевту, которым была направлена к дерматологу, после проведенного обследования был поставлен диагноз: чесотка и назначено соответствующее лечение (серная мазь). Улучшения не последовало, больная обратилась в поликлинику повторно, ей был поставлен диагноз – аллергический дерматит и назначено соответствующее лечение (чем лечилась, не помнит). Ожидаемого эффекта лечение не принесло, больная снова обратилась в поликлинику и была направлена в кожно-венерологический диспансер с предварительным диагнозом чесотка.

Возникновение заболевания больная связывает с плохими социально-бытовыми условиями и длительной жизнью в общежитии.

**Anamnesis vitae**

Родилась 29.06.1987 г. в г. Барнауле. Была младшим ребенком в семье. Считает себя сиротой, так как отец сидит в тюрьме 1988 года, мать убили в 1989 году. Воспитывалась бабушкой в селе Тальменка. Росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии отклонений не наблюдалось. Социально-бытовые условия, в которых росла, оценивает, как неудовлетворительные. Закончила 9 классов в Лицее №6. Затем поступила в ПТУ №13 по специальности повар-кондитер. 3 года состоит в гражданском браке, муж никакими кожно-венерологическими заболеваниями не страдает, детей нет. Менструации начались с 15 лет – безболезненно, регулярными стали через 2 года. Наличие абортов отрицает. В детстве часто болела простудными заболеваниями, переболела корью, ветрянкой, бронхитом, переболела чесоткой в возрасте 7 лет. В марте 2007 года перенесла пневмонию.

Операции: отрицает.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает.

Гемотрансфузии: не проводились.

Вредные привычки: выкуривает около 6 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: С детства аллергия на vit.С, цитрусовые, шоколад. Аллергические реакции на бытовую пыль, пыльцу растений и шерсть животных, медикаменты отрицает.

**Status presens communis**

На момент курации общее состояние больной оценивается как удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное. Выражение лица спокойное. На вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, нормостенический тип конституции. Рост 152 см, вес 45 кг. Индекс массы тела 19,5. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, толщина жирового слоя на передней брюшной стенке на уровне пупка около 2,5 см. Аппетит в норме. Видимых отёков нет. Периферические лимфатические узлы доступные пальпации не определяются. Мышцы развиты умеренно, безболезненны, тонус сохранён. Мышечная сила достаточная, Болезненности и дрожания мышц не выявлено. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без патологии. Суставы безболезненны при пальпации, движения свободны, без ограничений, кожные покровы в области суставов не изменены. Температура тела – 36,5 °C.

**Органы дыхания**

Нос обычной формы. Носовое дыхание не затруднено. Носовая перегородка не искривлена. Болезненности при пальпации в местах проекции придаточных пазух носа нет. Голос негромкий. Грудная клетка нормастеническая формы. Обе половины грудной клетки симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки располагаются на одинаковом уровне, над- и подключичные ямки выражены одинаково с обеих сторон. Глубина дыхания в пределах нормы, частота дыхательных движений =18. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает.

**Пальпация** грудной клетки по окологрудинной, среднеключичной, передней подмышечной, средней подмышечной, задней подмышечной, лопаточной, околопозвоночной линиям безболезнена. Грудная клетка эластична, податлива.

Голосовое дрожание в норме, проводится одинаково в симметричных участках.

**Перкуссия.** При сравнительной перкуссии слышен ясный легочной звук.

При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких равна 3 см справа и слева, ширина полей Кренига справа и слева равна 5 см.

Нижняя граница легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | 5 межреберье | Не определяется |
| Среднеключичная | 6 межреберье | Не определяется |
| Передняя подмышечная | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Средняя подмышечная | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Задняя подмышечная | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

**Подвижность нижнего легочного края справа:**

* Среднеключичная линия 5 см;
* Средняя подмышечная линия 6 см;
* Лопаточная 5 см;

**Подвижность нижнего легочного края слева:**

* Средняя подмышечная линия 6 см;
* Лопаточная 5 см;

**Аускультация:**

Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, кроме мест выслушивания физиологического бронхиального дыхания. Побочных дыхательных шумов нет

**Сердечнососудистая система**

Осмотр: Видимых деформаций грудной клетки в области сердца нет.

Верхушечный толчок визуально не определяется. Патологических пульсаций в области сердца, при осмотре сосудов шеи и в эпигастральной области не

выявлено. Симптом «кошачьего мурлыканья» отсутствует.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено. Частота сердечных сокращений – 64 удара в минуту.

Пульс одинаково прощупывается на обеих руках, совпадает с ритмом сердечных сокращений. Пульс ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление на обеих руках 130/80.

**Перкуссия**:

Перкуторно границы относительной и абсолютной тупости соответствуют норме. Ширина сосудистого пучка 5 см во втором межреберье. Конфигурация сердца нормальная. Треугольник Боткина выполнен сердечной тупостью. Длинник сердца – 13 см, поперечник сердца – 11 см.

**Аускультация:**

При аускультации сердца при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются ясные, ритмичные тоны сердца. Ослабления, расщепления и раздвоения тонов, патологических шумов сердца не обнаружено.

**Мочевыделительная система**

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3-4 раза в сутки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Нейроэндокринная система**

Сознание больной ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, общительна, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно. Чувствительность сохранена, зрение, слух, обоняние в норме. Нарушение памяти не выявлено.

Щитовидная железа безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет.

**Пищеварительная система**

Слизистая полости рта, небных дужек, задней стенки глотки, мягкого и твёрдого нёба розовая. Цианоз губ отсутствует, углы губ без трещин. Язык влажный, не обложен. Дёсны не кровоточат. Миндалины не выступают из-за нёбных дужек. Глотание не нарушено. Живот овальной формы симметричный. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания.

При поверхностной пальпации тонус мышц передней брюшной стенки в норме, болезненности нет. Расхождение прямых мышц живота и грыжевых выпячиваний по белой линии не найдено. При глубокой методической пальпации по методу В.П. Образцова и Н.Д. Стражеско в левой подвздошно-паховой области пальпируется сигмовидная кишка в форме гладкого плотноватого цилиндра диаметром около 2 см, безболезненного, умеренно подвижного, не урчащего; в правой подвздошно-паховой области – слепая кишка в виде умеренно напряженного цилиндра диаметром около 3 см, безболезненного, слегка урчащего, смещаемого до 2 см. Терминальный отдел подвздошной кишки пропальпировать не удалось. Поджелудочная железа и селезенка не определяются. Нижний край печени безболезненный, незначительно выступает из-под реберной дуги. Селезенка пальпаторно не определяется.

При перкуссии боковых отделов живота выявляется незначительное притупление перкуторного звука. Размеры печени по Курлову 9 см, 8 см, 7 см.

При аускультации – шум перистальтики кишечника. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей, обычной окраски.

**Status specialis**

Видимо здоровые участки кожного покрова розовой окраски, чистые, умеренно влажные и эластичные, рисунок не усилен, кровенаполнение достаточное. Кожа теплая. Пастозности и отеков нет. Кожные фолликулы не изменены. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, толщина кожной складки на уровне пупка 2.5 см, распределен равномерно по женскому типу. Волосы сухие, не ломкие. Перхоти и педикулез не выявлены. Ногти гладкие, блестящие, без поперечной исчерченности. Пигментация умеренная. Дерматографизм в норме.

Патологический процесс носит распространённый, характер. Высыпания носят полиморфный, симметричный характер (папулы и пузырьки, покрытые геморрагическими корочками, экскориации, эрозии), разбросаны по всему телу, наиболее выражены в межпальцевых складках кистей, области лучезапястных и локтевых суставов, живота, боковых поверхностей туловища, области бедер. Видны чесоточные ходы в виде тонкой слегка возвышающейся над кожей линией грязно-серого цвета, длиной от 1 до 2 см. Первичный морфологические элементы – на месте входа и выхода паразита имеются везикулы диаметром до 4 мм, с плотной покрышкой, наполнены серозной жидкостью, не связаны с волосяным фолликулом, папулы диаметром до 5 мм, красного цвета, округлых очертаний, с четкими границами, плотной консистенции. Периферический рост первичных морфологических элементов отсутствует. Динамика развития элементов сыпи без оставления стойкого следа. Вторичные морфологические элементы – геморрагические корочки, экскориации которые покрывают папуло-везикулезные элементы, эрозии.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больной на жжение и зуд по всему телу, наиболее выраженные в межпальцевых складках кистей и в области бедер, усиливающиеся в ночное время. Сыпь в виде парных папуло-везикулезные высыпания разбросанных по всему телу. Боль в местах расчесов.

Так же на основании данных анамнеза: появление сыпи на левой руке в 3-м межпальцевом промежутке, чувство жжения и зуд. Постепенно на месте сыпи стали появляться пузырьки. Зуд усиливался в вечернее и ночное время суток, что усиливало дискомфорт. В течение нескольких дней зуд распространился сначала на руки, а затем и по всему телу, стали появляться многочисленные парные папуло-везикулезные высыпания, наиболее выраженные в межпальцевых складках кистей, области лучезапястных и локтевых суставов, живота, боковых поверхностей туловища, пояснично-крестцовой области, области ягодиц, бедер. При обращении в поликлинику была направлена в кожно-венерологический диспансер с предварительным диагнозом чесотка.

На основании данных объективного обследования больной: патологический процесс носит распространённый характер. Высыпания носят полиморфный, симметричный характер (папулы и пузырьки, покрытые геморрагическими корочками, экскориации, эрозии), разбросаны по всему телу, наиболее выражены в межпальцевых складках кистей, области лучезапястных и локтевых суставов, живота, боковых поверхностей туловища, области бедер. Видны чесоточные ходы в виде тонкой слегка возвышающейся над кожей линией грязно-серого цвета, длиной от 1 до 2 см. Первичный морфологические элементы – на месте входа и выхода паразита имеются везикулы диаметром до 4 мм, с плотной покрышкой, наполнены серозной жидкостью, папулы диаметром до 5 мм, красного цвета, округлых очертаний, с четкими границами, плотной консистенции. Периферический рост первичных морфологических элементов отсутствует. Динамика развития элементов сыпи без оставления стойкого следа. Вторичные морфологические элементы – геморрагические корочки, экскориации которые покрывают папуло-везикулезные элементы, эрозии, можно поставить предварительный диагноз: чесотка.

**План обследования:**

Общие исследования:

* Общий анализ крови.
* Общий анализ мочи.
* Исследование кала на яйца глистов.
* Серологические реакции на сифилис.

Специальные исследования:

* Извлечение клеща копьевидной иглой. Слепой конец чесоточного хода вскрывают и продвигают иглу в направлении хода. Самка прикрепляется к игле и извлекается. Ее помещают на предметное стекло в каплю 10% едкого натрия (или калия), покрывают покровным стеклом и микроскопируют.
* Соскоб без крови. Соскоб делают, не затрагивая сосочковый слой дермы, помещают материал на предметное стекло в 20% раствор едкой щелочи или глицерина и через десять секунд микроскопируют.
* Проведение йодной пробы, для выявления чесоточных ходов.

**Результаты проведенных исследований:**

Общий анализ крови (05.09.07):

Гемоглобин – 135 г./л (N=115–145)

Эритроциты – 3,9\*1012/л (N=3,7–4,7)

Лейкоциты – 7,53\*109/л (N=4–9)

эозинофилы – 3% (N=2–4)

палочкоядерные нейтрофилы – 3% (N=1–6)

сегментоядерные нейтрофилы – 57% (N=47–72)

лимфоциты – 21% (N=20–35)

моноциты – 6% (N=4–9)

Тромбоциты 225\*10/л (N=180–320)

СОЭ – 12 мм/ч (N=2–16)

Анализ мочи (05.09.07):

Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, относительная плотность 1015, реакция кислая, белок отриц. Эпителия мало, лейкоциты 1–2 в поле зрения, эритроциты 1–2 в поле зрения.

Исследование кала на яйца глистов – отриц.

Реакция Вассермана отриц.

В результате микроскопического исследования соскоба кожи и серозной жидкости везикул был обнаружен чесоточный зудень.

При проведении йодной пробы были выявлены многочисленные чесоточные ходы.

**Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика проводится с зерновой чесоткой, чесоткой животного происхождения, вшивостью, почесухой, цементной чесоткой, пиодермией, экземой, аллергическим дерматитом.

Почесуха

Чесотку иногда можно спутать с почесухой, при которой больных также беспокоит зуд. Однако в этом случае зуд бывает и днем и ночью, болезнь иногда длится годами, характеризуется серым цветом кожи, белым дермографизмом, наличием узелков, часто покрытых кровянистыми корочками, расположенных преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, увеличением лимфатических узлов («пруригинозные бубоны»).

Псевдочесотка

Этот зудящий дерматоз отличается от человеческой чесотки. Вызывают заболевание чесоточные клещи собак, свиней, лошадей и других животных.

Инкубационный период очень короткий – несколько часов. Клещи только наносят укусы и вызывают сильный зуд, но не проникают в эпидермис и не образуют ходов. Высыпания локализуются на открытых участках тела. Папулы более крупные, чем при обычной чесотке. Присутствуют также волдыри и везикулы. Резко выражен воспалительный компонент. От человека к человеку не передается и при устранении источника заражения наступает самоизлечение.

Аллергический дерматит

При аллергическом дерматите на коже в местах контакта с сенсибилизатором возникают эритема, отечность, пустулезные и микровезикулярные элементы, иногда корки, чешуйки. Субъективно больные ощущают зуд, который в отличии от чесотки ощущается в течении всего дня и быстро разрешается при прекращении действия сенсибилизатора. Локализация связана с местом действия сенсибилизатора.

**Окончательный диагноз**

Учитывая обоснование предварительно диагноза, результаты проведенных обследований: при микроскопическом исследовании соскоба кожи и серозной жидкости везикул был обнаружен чесоточный зудень. При проведении йодной пробы были выявлены многочисленные чесоточные ходы, можно поставить окончательный диагноз: чесотка (scabies).

**Этиология и патогенез**

**Этиология.** Чесотка заразное паразитарное заболевание, вызываемое чесоточным зуднем sarcoptes scabiei.

Контингент больных чесоткой определяется конкретными бытовыми условиями и образом жизни, обусловливающими возможность заражения при контакте с больным человеком (прямой путь) или пользовании инфицированными предметами обихода, прежде всего личного пользования (непрямой путь). Заражение чесоткой может происходить при половом контакте, поэтому ее относят к заболеваниям, передающимся половым путем. Чесоточный зудень имеет небольшие размеры и плохо виден невооружённым глазом. Наиболее благоприятными местами обитания клещей, помимо кожи человека, являются естественные (шерстяные, хлопчатобумажные, шелковые) ткани, а также домовая пыль и изделия из дерева. Самка клеща, извлеченная из чесоточного хода, сохраняет жизнеспособность от 5 до 15 дней.

**Патогенез.** Заражению чесоткой способствуют плохие гигиенические условия, загрязненность кожи, повышенная потливость, астенизирующие хронические заболевания – гипотрофия, вегетодистония, сахарный диабет, диэнцефальная патология с ожирением.

**Лечение**

Используют 10–20% серную мазь, 10–20% бензилбензоат.

Лечение препаратами серы.

Для лечения чесотки применяется 10–20% сера. Она дает выраженный кератолитический эффект, улучшает доступ к возбудителю и акарицидное действие. Применяется 20% серная мазь. Перед началом лечения больной моется теплой водой с мылом. Мазь втирают ежедневно в течение 5–7 дней. В области нежной кожи втирают осторожно. На 6–8 дней больной моется, меняет белье. Недостатки: длительность применения, неприятный запах, дерматиты, которые возникают у 30–40% больных на 3–4 день, загрязнение белья.

Rp: Ung. Sulfurati 20% – 100,0

D.S. Наносить на пораженные участки кожи на ночь.

Метод Демьяновича:

В основе – акарицидное действие серы и сероводорода, которые выделяются при взаимодействии тиосульфида натрия и соляной кислоты. Сначала 10–15 секунд втирают 60% раствор тиосульфата – на это раствор 1, затем 5 секунд перерыв, затем раствор 2 -6% водный раствор соляной кислоты с течение 20 секунд. Начинают втирание с кистей, затем – верхние конечности, грудь, живот, спина, ягодицы, половые органы, нижние конечности. Втирание повторить 2–3 раза. Затем больной меняет белье, через 3 дня моется и меняет белье. Растворы повторно втирают в кисти после каждого их мытья. При недостаточной эффективности курс лечения повторяют.

Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 60% – 200,0

D.S Для наружного применения по методу Демьяновича, раствор №1

Rp.: Sol. Acidi hydrochloridi 6% – 200,0

D.S Для наружного применения по методу Демьяновича, раствор №2

Лечение бензил-бензоатной мазью.

Для лечения чесотки применяется 10–20% бензил-бензоатная мазь. Оказывает токсическое действие на личинки и взрослые особи чесоточных клещей. В 1-й и 4-й дни лечения втирают на ночь дважды с интервалом в 10 минут в вымытую с мылом кожу (за исключением лица и волосистой части головы). Сначала втирают в левую и правую руки, потом в туловище, затем в левую и правую ноги, подошвы и пальцы ног. По окончании втирания больной надевает чистое белье и обеззараженную верхнюю одежду. Должны быть сменены также постельные принадлежности. На 5–1 день назначают мытье со сменой нательного белья.

Rp.: Ung. Benzylii benzoatis 20% – 100,0

D.S. Наносить на пораженные участки кожи согласно схеме лечения.

Для предупреждения лекарственного дерматита и фиксации зуда по механизму условного рефлекса, рекомендуется с первых дней противочесоточного лечения назначать гипосенсибилизирующие и антигистаминные средства.

Rp.: Sol. Calcii gluconas 10% – 5ml

D.t.d. №10 in ampullis

S. По 5 мл в/м 1 раз в день.

Rp.: Suprastini 0,025

D.t.d. №20 in tabulettis

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день во время еды.

**Дневник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.09.077.09.0710.09.0711.09.0712.09.07 | Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на зуд и жжение по всему телу, наиболее выраженный в межпальцевых складках кистей, области бедер, усиливающиеся в тепле, а также в вечернее и ночное время суток.Состояние больной удовлетворительное. Изменений характера жалоб и объективных данных нет.Состояние больной удовлетворительное. Зуд уменьшился в области бедер и живота. Расчесы побледнели. Остальные жалобы без измененийБольная отмечает значительное улучшение состояния, зуд остался лишь в области шеи и подбородка. Расчесы почти исчезли, на местах везикул осталась небольшая пигментация.Сохраняется положительная динамика процесса | Лечение:1. Ung. Benzylii benzoatis 20%.2. Sol. Calcii gluconas 10% в/м.Лечение:1. Ung. Benzylii benzoatis 20%.2. Sol. Calcii gluconas 10% в/м.Лечение:1. Ung. Benzylii benzoatis 20%.2. Sol. Calcii gluconas 10% в/м.Лечение:1. Ung. Benzylii benzoatis 20%.2. Sol. Calcii gluconas 10% в/м.Лечение:1. Ung. Benzylii benzoatis 20%.2. Sol. Calcii gluconas 10% в/м. |

**Эпикриз**

Больная 20 лет поступила в ККВД 05.09.2007 г. с жалобами на жжение и зуд по всему телу, наиболее выраженные в межпальцевых складках кистей и в области бедер, усиливающиеся в ночное время. Сыпь в виде парных папуло-везикулезные высыпания разбросанных по всему телу.

Боль в местах расчесов.

При объективном обследовании патологический процесс носит распространённый характер. Высыпания носят полиморфный, симметричный характер (папулы и пузырьки, покрытые геморрагическими корочками, экскориации, эрозии), разбросаны по всему телу, наиболее выражены в межпальцевых складках кистей, области лучезапястных и локтевых суставов, живота, боковых поверхностей туловища, области бедер. Видны чесоточные ходы в виде тонкой слегка возвышающейся над кожей линией грязно-серого цвета, длиной от 1 до 2 см. Первичный морфологические элементы – на месте входа и выхода паразита имеются везикулы диаметром до 4 мм, с плотной покрышкой, наполнены серозной жидкостью, папулы диаметром до 5 мм, красного цвета, округлых очертаний, с четкими границами, плотной консистенции. Периферический рост первичных морфологических элементов отсутствует. Динамика развития элементов сыпи без оставления стойкого следа. Вторичные морфологические элементы – геморрагические корочки, экскориации которые покрывают папуло-везикулезные элементы, эрозии, можно поставить предварительный диагноз: чесотка.

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (заключение: без патологии), общий анализ мочи (заключение: без патологии), анализ кала на яйца глистов (результат отрицательный), реакция Вассермана отриц. В результате микроскопического исследования соскоба кожи и серозной жидкости везикул был обнаружен чесоточный зудень. При проведении йодной пробы были выявлены многочисленные чесоточные ходы.

На основании жалоб больной, анамнеза заболевания, объективного обследования и лабораторной диагностики был поставлен диагноз: чесотка (scabies).

Назначено следующее лечение: бензил-бензоатная мазь 20%, кальция глюконат 10% по 5 мл в/м 1 раз в день, Супрастин по 1 таблетке 3 раза в день. Лечение переносится без осложнений. В результате лечения отмечено улучшение состояния: зуд уменьшился, новые папуло-везикулезные элементы не образуются, старые элементы бледнеют, исчезают без оставления стойкого следа. Прогноз благоприятный.

**Список использованной литературы**

1. Скрипкин Ю.К. кожные и венерические заболевания Москва. «Медицина» 1995 г.
2. Василенко В.Х, Гребенев А.Л. «Пропедевтика внутренних болезней». Москва, «Медицина», 2002 г.
3. Машковский М.Д. «Лекарственные средства». Москва, «Медицина», 2005 год.
4. Справочник ВИДАЛЬ АОЗТ АстраФармСервис 1998 г.
5. Кубанова А.А «Кожные болезни» Москва 1999 г.