Реферат:

НЕЙРОДЕРМАТОЗЫ

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

**НЕЙРОДЕРМАТОЗЫ**

В эту группу включены заболевания, сопровождающиеся интенсивным зудом. К ним относятся кожный зуд, крапивница, нейродермит и почесуха.

КОЖНЫЙ ЗУД (Pruritus cutaneus) представляет собой самостоятельное заболевание, сопровождающееся выраженным, продолжительным зудом и следами расчесов.

Зуд – субъективное ощущение вызывающее рефлекс чесания или сбрасывания раздражителя, свойственной коже и реже слизистым.

Формирование зуда, его длительность и интенсивность зависят от: 1) состояния периферических рецепторов; 2) функционального расстройства основных нервных процессов – возбуждения и торможения; 3) диэнцефальных нарушений и вегетативных дисфункций; 4) изменений в медиаторах – химически активных веществах и др.

Кожный зуд может быть одним из симптомов болезней крови, обменных нарушений, поражения печени, почек, поджелудочной железы. Поэтому больные с кожным зудом подлежат тщательному всестороннему обследованию.

Клиника. В одних случаях на коже вообще может не быть каких-либо объективных изменений, в других случаях появляются поверхностные линейные экскориации, в третьих – могут возникать глубокие дефекты эпидермиса как результат травмы, которую наносят себе больные различными предметами, стремясь «обуздать» приступ мучительного безудержного зуда.

При длительном зуде вследствие постоянного трения ногтевые пластинки приобретают «лаковый блеск», что является одним из объективных симптомов кожного зуда.

Различают кожный зуд распространенный (генерализованный) и ограниченный (локальный).

Распространенный кожный зуд представляет тяжелую форму заболевания. Он имеет несколько разновидностей: 1) тепловой зуд возникает от действия высокой температуры, иногда даже теплые ванны способны давать приступ сильного зуда; 2) холодовой зуд возникает в холодное время; 3) солнечный зуд возникает при солнечном облучении; 4) старческий зуд возникает чаще в возрасте старше 60 лет. Он является феноменов инволюции организма.

Ограниченный кожный зуд может иметь любую локализацию. В клинической практике чаще приходится сталкиваться с зудом заднего прохода (причинами могут быть глисты, гл. образом острицы), мошонки, вульвы и волосистой части головы.

КРАПИВНИЦА (urtica) – заболевание аллергического и токсического генеза. Крапивница возникает вследствие воздействия антигенов и токсического влияния экзогенного и эндогенного факторов. К экзогенным относятся: физические, химические, температурные, механические и лекарственные факторы, а также пищевые продукты (грибы, маринады, цитрусовые и др.). Эндогенными факторами являются глистные инвазии, очаги хронической инфекции, нарушения функции печени, ЖКТ, нейроэндокринной системы.

Основным морфологическим элементом при крапивнице является волдырь – образование возвышающееся над уровнем кожи, имеющее розовую, красную или беловатую окраску, с четкими границами, разнообразной формы. Очаги поражения не имеют определенной локализации.

Характерной клинической особенностью крапивницы является быстрое внезапное появление волдырей и такое же быстрое их разрешение. Как правило, возникновению высыпаний предшествует зуд, который обычно исчезает вместе с разрешившимися волдырями. Различают острую и хроническую рецидивирующую крапивницу.

Острая крапивница. Она характеризуется внезапным появлением обильных уртикарных высыпаний, сопровождающихся интенсивным зудом. Волдыри отличаются сочностью, яркой отечной эритемой, возвышающейся над уровнем кожи. При этом наблюдается повышение температуры (крапивная лихорадка), желудочно-кишечные расстройства, невротические состояния. Волдыри через 1 – 2 часа исчезают. Зуд может сохраняться на протяжении 1 – 2 дней.

Хроническая рецидивирующая крапивница (urtica chronica recidiva) характеризуется многократно повторяющимися приступами уртикарных высыпаний в течение нескольких месяцев или даже лет. При этом больные постоянно страдают от мучительного зуда, у них возникают различные нервно-вегетативные нарущения, бессоница и т.д.

НЕЙРОДЕРМИТ – это хронически рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, проявляющееся интенсивным зудом, папулезными высыпаниями и выраженной лихенизацией.

Нейродермит довольно распространенное заболевание. По данным различных авторов оно составляет от3 до 5% среди популяции. Нейродермит возникает главным образом в результате эндогенных факторов – нарушений деятельности нервной системы, желез внутренней секреции, внутренних органов, обмена веществ, а также под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды.

В зависимости от распространенности процесса различают диффузный и ограниченный нейродермит.

Диффузный нейродермит (neurodermitis diffusa). Основными клиническими симптомами данного заболевания являются: 1) изменения со стороны нервной системы (нервозность, плаксивость, повышенная впечатлительность, истеричность, парестезии и гиперестезии и разнообразные вегетативные нарушения); 2) постоянный зуд, являющийся ведущим субъективным симптомом заболевания; 3) высыпания на коже в виде папул, инфильтрации, лихенификации на фоне эритемы неостровоспалительного характера; 4) абсолютная сухость пораженных участков кожи; 5) гипертрофия сосочков кожи и вторичная пигментация; 6) хроническое рецидивирующее течение. Патологический процесс улучшается обычно летом, ухудшается чаще зимой.

Излюбленная ловализация очагов поражения – лицо, шея, локтевые сгибы, подколенные складки, половые органы. Нередко диффузный нейродермит сочетается с бронхиальной астмой, сенной лихорадкой, вазомоторным ринитом и др. аллергическими заболеваниями.

Ограниченный нейродермит встречается реже, чем распространенный. Излюбленной локализацией очагов поражения является задняя и боковая поверхности шеи, область затылка, аногенитальная область.

В области очагов поражения различают 3 зоны: 1) центральную, или внутреннюю, представляющую собой участок инфильтрации и лихенификации кожи; 2) среднюю в пределах которой отмечаются изолированные папулезные элементы бледно-розовой, сероватой или желтовато-коричневой окраски с гладкой блестящей поверхностью; 3) периферическую, или наружную зону, охватывающую весь очаг поражения в виде пигментированного пояса и постепенно переходящую в здоровую кожу.

ПОЧЕСУХА (prurigo) – заболевание кожи, характеризующееся возникновением зудящих уртикарных папул с расположенными на их поверхности пузырьками. Различают детскую почесуху, почесуху взрослых и узловатую почесуху.

Почесуха взрослых (prurigo adultorum) проявляется зудом и папулезными высыпаниями, преимущественно на разнибательных поверхностях конечностей, коже спины, ягодиц. Папулы располагаются рассеяно, плотноватой консистенции, полушаровидной формы, красного цвета; на их поверхности геморрагические корочки. Заболевание длится от нескольких недель до многих месяцев. При длительном течении почесухи развиваются невротические расстройства. Заболевание чаще встречается у женщин.

Детская почесуха. Она возникает у детей с экссудативным диатезом в возрасте от 1 года до 4-х лет. Патогенетическими факторами являются аллергизация к коровьему молоку, некоторым сортам рыбы, шоколаду, цитрусовым плодам, яичному белку, грибам, клубнике, землянике. У детей грудного возраста возможна сенсибилизация к белку материнского молока. В последние годы почесуха возникает в результате непереносимости лечебных сывороток, антибиотиков и др. лекарств. Большое значение в формировании дерматоза принадлежит желудочно-кишечной функциональной недостаточности, сопровождающейся аутоинтоксикацией и аутосенсибилизацией.

Проявляется десткая почесуха волдырными элементами на туловище, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей. В центре волдырей имеются плотные, сильно зудящие узелки. Наиболее характерны папулы, на верхушке которых имеются мелкие пузырьки (папуло-везикула или серопапула). Из-за сильного зуда на поверхности папуло-везикул образуются экскориации и эрозии, покрытые геморрагическими корочками.

Нерациональный режим питания, частое применение антибиотиков может способствовать трансформации процесса в почесуху взрослых или диффузный нейродермит.

Узловатая почесуха (prurigo nodularis). Заболевание характеризуется появлением плотных, округлой формы узлов розоватой окраски, выступающих над уровнем кожи и покрытых кровянистыми корочками. Течение заболевания хроническое.

**Лечение аллергических заболеваний кожи**

Перед лечением желательно выявить факторы, способствующие возникновению аллергодерматоза и принять меры к их устранению. Все терапевтические средства и мероприятия, применяемые в лечении аллергодерматозов, по направленности действия можно разделить на ряд групп:

1. Мероприятия по режиму и питанию больных.
2. Десенсибилизирующая терапия.
3. Дегидратирующие средства.
4. Стимулирующая терапия.
5. Медикаменты, нормализующие функциональное состояние ЦНС и отдельных эндокринных желез.
6. Витаминотерапия.
7. Антибиотикотерапия.
8. Выявление и лечение сопутствующих заболеваний.
9. Наружное лечение.
10. Физиотерапия.
11. Санаторно-курортное лечение.
12. Диспансеризация и профилактика.

1. Диета и гигиенический режим. Диетотерапия предусматривает исключение соленой и острой пищи, жареного мяса, копченностей, кофе, какао, цитрусовых, и, особенно, спиртных напитков. Мясо и рыбу следует употреблять в вареном виде. При хроническом течении кожного процесса показаны теплые и горячие души и ванны (t=380 С и >). В воду можно добавлять крахмал, отруби, отвар ромашки, чистотела, крапивы и других трав. Необходимо проводить влажную уборку и частое проветривание комнат. Рекомендуется носить белье из неокрашенной хлопчатобумажной ткани, избегая изделий из шерсти и синтетических волокон. Следует прекратить курение, ибо никотин способствует наступлению ангиоспазмов, ишемии и усилению кожного зуда.

2. Десенсибилизирующая терапия включает препараты кальция и тиосульфат натрия. Они уменьшают сосудистую проницаемость и явления отека. Параллельно с указанными препаратами назначают антигистаминные средства: димедрол, пипольфен, задитен, фенкарол и др., которые показаны больным с резко выраженным красным дермографизмом, явлениями отека и др. признаках, свидетельствующих о повышенном образовании гистамина.

Отдельным больным при распространенности и остроте кожного процесса и при отсутствии противопоказаний назначается кортикостероидная терапия. Кортикостероиды оказывают выраженное антитоксическое, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие.

3. Дегидратирующая терапия включает гипотиазид, фуросемид, лазикс и др.

4. Стимулирующая терапия: аутогемотерапия, инъекции гамма-глобулина, пирогенала, продигиозана и др.

5. С целью воздействия на механизмы регуляции аллергического процесса применяют нейролептики, седативные средства, транквилизаторы.

6. Витаминотерапия. Она применяется с целью: 1) повышения резистентности и компенсаторных механизмов организма, 2) улучшения обменных процессов, 3) десенсибилизирующего и противовоспалительного действия. Показано назначение витаминов А, С, Е и др.

7. Антибиотикотерапия. Она применяется лишь при микробной экземе или у больных истинной экземой, осложненной пиодермией.

8. Выявление и лечение сопутствующих заболеваний. У больных с аллергодерматозами часто выявляются дисбактериоз, гастрит, холецистит и др. Эти больные требуют лабораторного и др. видов обследования и консультации смежных специалистов.

9. Наружное лечение назначается в зависимости от стадии воспалительного процесса. В острой стадии – при отеке, везикуляции, мокнутии показано назначение примочек, а также аэрозолей полькортолон, оксикорт и др. После исчезновения мокнутия и отека назначаются взбалтываемые взвеси (водные, водно-спиртовые, масляные). Показано применение паст, мазей.

10. Физиотерапия. К ней следует отнести: а) общее ультрафиолетовое облучение с целью десенсибилизации и повышения фагоцитарной активности лейкоцитов; б) токи Бернара, индуктотермию, ионо- и фонофорез; в) бальнеотерапию – общие лечебные ванны с добавлением отваров различных трав, поваренной соли, лекарственных средств; г) электросон применяется при выраженном невротическом синдроме.

В настоящее время успешно применяются эфферентные методы терапии (гемосорбция, плазмаферез и др.). Нами впервые в отечественной дерматологии применена ксеноспленосорбция при лечении больных экземой, нейродермитом, почесухой.

11. Санаторно-курортное лечение является одним из звеньев этапного лечения: поликлиника – стационар – курорт. Основными курортами для лечения больных являются: Сочи, Мацеста, Горячий ключ (Краснодарский край), Пятигорск (Ставропольский край), Евпатория (Крымская республика), Ейск (берег Азовского моря), Кемери (Латвийская республика), Арчман (Туркменская республика), Сухуми, Цхалтубо (Грузинская республика), Нафталан (Азербайджанская республика), Усолье-Сибирское (Иркутская область), Белокуриха (Алтайский край), и др. В Омской области благоприятное воздействие на кожный процесс оказывают вода и грязь озера Данилово (Муромцевский р-н) и озера Эйбейты (Полтавский р-н). Санаторно-курортное лечение оказывает воздействие на повышение окислительно-восстановительных и ферментативных процессов, что ведет к изменению реактивности организма, исчезновению или снижению сенсибилизации.

12. Диспансеризация предусматривает разработку терапевтических рекомендаций, рационального гигиенического и трудового режима и трудоустройства больных.

Профилактика обострений сводится к следующему: 1) соблюдение диеты и щадящего нервно-психического режима; 2) своевременной санации очагов хронической инфекции и профилактике простудных заболеваний; 3) периодическому обследованию на гельминтозы и лямблиоз; 4) ношение хлопчатобумажного белья; 5) соблюдение здорового образа жизни (закаливание, моржевание, теренкур, бег и др.). При хроническом течении процесса необходимы повторные курсы лечения.

**ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ**

К вирусным заболеваниям кожи относят целый ряд дерматозов, обусловленных различными вирусами (ДНК-содержащими и РНК-содержащими). ДНК- содержащие вирусы вызывают группу заболеваний, в которую входят:

I группа – ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВИРУСАМИ ГРУППЫ ГЕРПЕСА: простой герпес, опоясывающий лишай, ветряная оспа.

Простой герпес (herpes symplex). Слово герпес произошло от греческого – herpes – лихорадка. Герпес – самая распространенная вирусная инфекция человека. В настоящее время > 95 % населения планеты являются носителями вируса простого герпеса.

Возбудителем простого герпеса является Herpesvirus hominis, который имеет 2 типа: type I (ВПГ-1) и type II (ВПГ-2). Вирус первого типа поражает кожные покровы лица, туловища, конечностей, слизистые оболочки полости рта (называют экстрагенитальным типом). Вирус ПГ открыт Грутером (W. Gruter) в 1912 г.

Пути инфицирования герпесом: 1) воздушно-капельный, 2) контактный (прямой и опосредованный контакт), 3) трансплацентарный, 4) трансфузионный.

Вирус ПГ попадает в организм через рот, носоглотку, глаза, гениталии, инфицируя кожу и слизистые оболочки. Первичное инфицирование герпесом обычно происходит в раннем детском возрасте (1 – 5 лет). Инкубационный период в среднем равен 4 дням.

Клиника. На пораженном участке кожно-слизистого покрова появляется группа пузырьков, которые располагаются на нормальной или несколько покрасневшей отечной коже. Содержимое пузырьков вначале прозрачное, затем мутнеет, через 3 – 5 дней пузырьки вскрываются с образованием корок или поверхностных эрозий. Герпетические кожные высыпания полностью разрешаются за 10 – 14 дней.

Кроме типичной формы герпетической инфекции наблюдаются атипичные: абортивная, отечная, зостериформная. Поражения кожи обычно носят ограниченный характер. Выделяют первичную герпетическую инфекцию и рецидивирующую. Первичная встречается в основном в детском возрасте и протекает часто субклинически и даже бессимптомно.

После выздоровления от первичной герпетической инфекции вирус пожизненно сохраняется в организме человека в латентном состоянии. Под влиянием разнообразных эндогенных и экзогенных факторов, наступает реактивация латентного вируса ПГ.

Рецидивирующий характер заболевания наблюдается примерно у 1/3 населения, причем у многих из них обострение наступает несколько раз в год (3 – 5 и >). Рецидивы протекают часто без лихорадки и симптомов интоксикации.

Генитальный герпес – высокозаразное заболевание, передащееся преимущественно половым путем. Генитальный герпес отнесен к группе ЗППП.

Этиология. Возбудителем является Herpesvirus hominis typ II. Эпидемиология. В настоящее время во всех сранах мира отмечается рост больных генитальным герпесом. В США, например, насчитывается более 20 млн. больных с различными формами герпеса, в Англии > 8 млн. больных. За последние годы заболеваемость в США возросла почти в 10 раз и составляет ≈ 336 случаев на 100 тыс. жителей. Аналогичная ситуация имеет место и в нашей стране.

Генитальный герпес – частая причина бесплодия, невынашиваемости беременности, преждевременных родов, установлена связь между генитальным герпесом и раком шейки матки.

Первичное инфицирование половых органов происходит в период активной половой жизни (18 – 50 лет) при контакте с партнером, страдающим герпесом, или вирусоносителем. Первичный генитальный герпес возникает после 10-дневного инкубационного периода и отличается от последующих рецидивов более тяжелым и продолжительным течением.

Клиника характеризуется появлением пузырьков, затем эрозий, реже язв, которые возникают на красной отечной коже и слизистых оболочках половых органов и прилежащих участков тела. Проявления генитального герпеса у мужчин могут быть в уретре, на крайней плоти, головке полового члена; у женщин – на наружных половых органах, во влагалище, на шейке матки. Субъективно беспокоит зуд, жжение, болезненность в местах поражения. Отличительной особенностью генитального герпеса является частое рецидивирование.

Лечение. В настоящее время используют Виролекс (в/в и в таблетках), а также антисептики и препараты, обладающие противовирусным действием: бонафтон, алпизарин, хелепин, метисазон, интерферон, герпетическая поливалентная вакцина, лечение половых партнеров.

Опоясывающий лишай (herpes zoster) – острое вирусное заболевание, поражающее нервную систему, кожу слизистые оболочки, протекающее с выраженным болевым синдромом.

Этиология. Воздудителем является herpesvirus varicella-zoster. Вирус патогенен в основном для человека. Этот вирус вызывает 2 различных по клинике заболевания – ветряную оспу и опоясывающий лишай. Предполагается, что при первичном заражении (чаще в детском возрасте) развивается ветряная оспа, опоясывающий лишай является результатом активации латентного вируса – это как бы вторая стадия варицеллезной инфекции. Источником инфекции при опоясывающем лишае является больной человек.

Пути передачи инфекции – воздушно-капельный и контактный. Основными входными воротами для вируса является кожа и слизистая оболочка дыхательных путей. Вирус распространяется лимфогенно и гематогенно с дальнейшей локализацией в нервных стволах.

Опоясывающий лишай оставляет стойкий иммунитет; повторные заболевания не встречаются. Они возможны при СПИДе. Инкубационный период неизвестен.

Клиника. Патологический процесс развивается остро. Появлению высыпаний предшествуют чувство покалывания, жгучие, стреляющие боли. Через 2 – 3 дня на пораженном участке образуются красные отечные пятна, близко расположенные друг от друга, плотной консистенции. Спустя несколько часов на фоне красноты возникают множественные пузырьки с серозным содержимым. Содержимое пузырьков мутнеет, а краснота бледнеет. В дальнейшем эти высыпания подсыхают, образуя корочки, по отторжению которых остается легкая пигментация.

Опоясывающий лишай имеет следующие разновидности: абортивная, геморрагическая, буллезная, гангренозная, генерализованная.

Лечение. Виролекс, УФО, обезболивающие средства (новокаин, анальгин). Местно- дезинфицирующие мази.

II группа – ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОКС-вирусами.

РОХ – означает пустула. Поксвирусы относятся к оспенным вирусам, вызывают такие заболевания кожи, как контагиозный моллюск, вакциния, узелки доильщиц.

Контагиозный моллюск (molluscum contagiosum) характеризуется появлением мелких плотных, слегка блестящих узелков внизу живота, на половых органах, лобке, на внутренней поверхности бедер.

Этиология. Возбудитель болезни – molluscovirus hominis. Передается в основном бытовым путем, взрослые могут быть инфицированы половым путем. Инкубационный период составляет от 2-х недель до 3 – 5 месяцев.

Клиника. На неизмененной коже появляются узелки, величиной от 2 до 5 мм в диаметре, плотной консистенции, безболезненные, полушаровидной формы, цвета нормальной кожи или бледно-розовые. Они могут быть единичными или множественными. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют.

В центре узелков имеется пупкообразное вдавление с маленьким отверстием. При надавливании на узелок с боков пинцетом из отверстия выделяется беловатого цвета кашицеобразная творожистая масса, которая состоит из разрушенных эпителиальных клеток, жира и «моллюсковых телец». Заболевание протекает хронически.

Профилактика. Необходимо соблюдать правила личной гигиены (не пользоваться общим бельем, мочалкой, полотенцем и др.), избегать случайных половых связей.

Вакциния наблюдается в основном у грудных детей при введении в организм оспенной вакцины.

Узелки доильщиц – встречаются в основном у доярок, которые имеют контакт с больными коровами (коровья оспа).

III группа – ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВИРУСАМИ СЕМЕЙСТВА ПАПОВА. Данное семейство имеет 3 рода вирусов:

Па – Ра (папиллома)

По – Ро (полиома)

Ва – Va (вакуолинизирующий вирус)

1. К этой группе заболеваний относятся бородавки вульгарные, плоские, подошвенные и остроконечные кондилломы.

Бородавки – хроническое контагиозное заболевание, вызываемое вирусом papillomavirus verrucae. Заражение происходит при непосредственном контакте с больным и через общие предметы быта и вещи. Инкубационный период от 7 недель до 5 месяцев.

Нейродерматозы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Классификация по нозологическим формам | Нейродермит | Крапивница |
| Клинические разноыидности | ОграниченныйДиффузный | Острая, ограниченный отек Квинке, хроническая, солнечная, холодовая, искусственная, стойкая папулезная крапивница, строфулюс |
| Патогенез | Аллергические реакции замедленного типа | Аллергические реакции немедленного типа |
| Основные клинические симптомы | Зуд приступообразный, папулы, лихенизации, корочки, экскориации, полированные ногти, белы дермографизм | Зуд, волдыри, при строфулюсе - папуловезикулы или уртикарнопятнистая сыпь, при отеке Квинке ограниченный отек кожи и подкожной клетчатки. Стойкий, красный, нередко возвышенный разлитый дермографизм |
| Дифференциальный диагноз | Экзема при хронической стадии, красный плоский лишай | Дифференциация между клиническими формами крапивницы |
| Лечение общее | Патогенетическая терапия, специфическая и неспецифическая гипосенсебилизация, седативные средства, физиотерапия, курортотерапия |
| Лечение наружное | Мазевое, дерматологические компрессы, припарки | Симптоматическое (взбалтываемые) противозудные микстуры, спиртовые растворы |

### Пиодермии

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Этиология | Стрептококки | Стафилококки | Пневмококки, протей, синегнойная палочка |
| Классификация по этиологическому признаку | Стрептодермии | Стафилодермии | Смешанные формы |
| Отношение к придаткам кожи | Не связаны с придатками кожи | Связаны с придатками кожи |  |
| Патогенез | Состояние макроорганизмаФункциональное состояние ЦНСИстощающие острые и хронические заболевания, кишечные интоксикации, очаги хронической инфекции, переутомление, гиповитаминоз, диабет, нарушение обмена веществ | Состояние микроорганизмаВирулентность микроорганизма (может повышаться под влиянием щелочной реакции кожи) | СредаЗагрязнение кожи, микротравматизм, охлаждение, перегревание |
| Профилактика распространения пиодермий | Не мыть водой пораженные участки кожи | Кожу в очаге поражения обрабатывать спиртовыми растворами | Не применять повязок, примочек, компрессов |
| Профилактика гнойных заболеваний кожи | Закаливание, борьба с микротравмами | Санитарно-гигиенические мероприятия | Санитарно-просветительская работа |

**Литература:**

1. Сафронникова Н.Р., Мерабишвили В.М. Профилактика вирусозависимых онкологических заболеваний. Диагностика и лечение папилломавирусной инфекции, СПб., 2005. 34 с.
2. Ярилин А. Кожа и иммунная система // Эстетическая медицина. 2003. Т. 2, № 2. С. 111–121.
3. Chernysh S.I., Kim S.I., Bekker G. et al. Antiviral and antitumor peptides from insects // Proceedings of National academy of science of USA. 2002. Vol. 9, №.20. Р. 12628–12632.
4. Черныш С.И. Насекомые защищаются: молекулы и клетки иммунного ответа // Санкт-Петербургский ун-т. 2000. № 20 (3543). С. 11–12.
5. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств. Вып. 5, М., 2004. Разд. 20.1.2.2.3.2.
6. Ершов Ф.И., Кубанова А.А., Пинегин Б.В и др. Влияние аллокина-альфа на течение рецидивов хронического генитального герпеса // Materia Medica. 2003. № 4 (40). С. 103–111.
7. Серебряная Н.Б. Иммунные дисфункции при герпесвирусной инфекции: новые подходы к терапии // Медицинская иммунология. 2005 Т. 7. № 2–3. С. 321–322
8. Черныш С.И. Аллокины (цитокиноподобные пептиды насекомых) как модуляторы иммунного ответа человека и других млекопитающих // Russian Journal of Immunology. 2004. Vol. 9. S. 1. Р. 36.
9. Черныш С.И. Аллокины, антивирусные и противоопухолевые препараты нового типа // Материалы XII национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2005. 723 с.