МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, имя, отчество пациента: Л.С.А.

Клинический диагноз: Аллергический контактный дерматит

Зав. кафедрой

д.м.н., доцент Лукьянов А.М.

Куратор: Соловьёва В.В., 4 курс

лечебный факультет, 445 группа

Преподаватель: к.м.н., доцент Белугина И.Н.

Минск 2014 г.

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

. Ф.И.О. пациента

. Возраст

. Место жительства

. Место работы, профессия: (отделочник)

. Кем направлен: Б.Е.Е. (АДВО 1)

. Диагноз при поступлении: Аллергический контактный дерматит, причина не уточнена.

. Диагноз клинический: Аллергический контактный дерматит.

ЖАЛОБЫ

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на зуд и высыпания на коже в области предплечий, кистей, стоп и голеней.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больной около 2 лет, когда на коже впервые стали появляться красные зудящие высыпания. Свою болезнь связывает с вредными условиями труда (производственная пыль). Лечилась амбулаторно, принимала димедрол, наружно - фукорцин. Лечение особого эффекта не приносило. Обострение происходит каждый раз после контакта с аллергеном.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родилась. Здоровье родителей: хронические, аллергические, наследственные заболевания отсутствуют.

Условия жизни в детстве, юношеском возрасте: хорошие.

Условия труда и быта в прошлом: хорошие, проживала в трехкомнатном доме с родителями.

Условия труда и быта в настоящем: 2 года работает отделочником. Работа связана с контактом с вредными химическими веществами (производственная пыль). Проживает в общежитии строительного колледжа. Питается сбалансировано, 3 раза в день.

Перенесенные ранее заболевания: редкие ОРВИ.

Оценка аллергологического анамнеза: не переносит норфлоксацин.

Гемотрансфузий не было.

Наследственный анамнез не отягощен.

Вредных привычек не имеет.

ОБЪЕКТИВНОЕ НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (status praesens objectivus)

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное; пациентка ориентирована в месте, времени, собственной личности; контактна. Выражение лица обычное. Положение активное. Нормостенический тип телосложения. Рост 173см. Вес 65кг. Температура тела 36,6 oC.

Кожные покровы обычной окраски, в области предплечий, кистей, стоп и голеней участки гиперемии с мелковезикулезной сыпью, гиперпигментированные пятна. Тургор кожи удовлетворительный. Тип оволосения по женскому типу.Волосы и ногтевые пластинки не изменены. Подкожно-жировая клетчатка развито умеренно, равномерно, пальпируемых локальных образований в ней не выявлено. Отёков нет. Окраска видимых слизистых и конъюнктивы нормальная, без видимых изменений.

Пальпируются поднижнечелюстные лимфатические узлы величиной 0,5 см, мягкой консистенции, подвижны (не спаяны с подлежащими тканями), безболезненны. Затылочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышцы на симметричных участках тела развиты одинаково; гипо- и атрофии нет, правильной формы. Тонус нормальный, мышечная сила достаточная. Болезненности мышц при пальпации и движениях нет.

Форма черепа правильная. Симметричные части скелета развиты одинаково; деформаций нет. Утолщений ногтевых фаланг в виде барабанных палочек нет. Искривлений позвоночника не отмечается. Хруст и крепитация при движениях в суставах отсутствуют. Объем активных и пассивных движений в суставах полный. Активные и пассивные движения в суставах безболезненны.

Щитовидная железа недоступна для пальпации, перешеек безболезненный, размер - 4 мм.

Дыхательная система Нормостеническая форма грудной клетки. Правая и левая половины грудной клетки симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания, дополнительная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Болезненность в области грудной клетки отсутствует. Грудная клетка эластична.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | Слева |
| L. parasternalis | 6 межреберье | - |
| L. mediaclavicularis | 7 ребро | - |
| L. axillarisanterior | 8 ребро | 8 ребро |
| L. axillaris media | 9 ребро | 9 ребро |
| L. axillaris posterior | 10 ребро | 10 ребро |
| L. scapularis | 11 ребро | 11 ребро |
| L. paravertebralis | остистый отросток VIгрудного позвонка | остистый отросток VI грудного позвонка |
| Подвижностьl. axillarisposteriorвсм. | вверх | вниз | общая | вверх | вниз | Общая |
|  | 4 см | 4 см | 8см | 4 см | 4 см | 8 см |

При сравнительной перкуссии над симметричными участками лёгких звук одинаково ясный легочной.

При аускультации над симметричными участками лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Нормальное бронхиальное дыхание выслушивается над проекцией главных бронхов спереди (во 2ом межреберье) и сзади (в межлопаточном пространстве, между 2 и 4 грудными позвонками). Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Шёпот проводится одинаково и выражен умеренно над симметричными участками лёгких (слова не различимы).

Дыхание грудное, ритмичное, ЧД = 16 в минуту.

Сердечно-сосудистая система

Сердечный толчок отсутствует. Систолическое и диастолическое дрожание - симптом «кошачьего мурлыканья» - не определяется. Верхушечный толчок пальпируется в области 5го межреберья слева на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии, умеренной высоты и силы, диаметром- 1,5см.

При перкуссии границы относительной сердечной тупости:

справа:на 1 см кнаружи от правого края грудины в IVмежреберье

слева: на 1-2 см кнутри от левой среднеключичной линии в Vмежреберье

сверху: по линии, проведенной на 1 см кнаружи от левой грудинной линии в III межреберье

Поперечник относительной тупости сердца равен 12,5 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

справа: в IVмежреберье по левому краю грудины

слева: в Vмежреберье на 1,5-2 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца

сверху: по верхнему краю VI ребра по линии, проведенной на 1 см кнаружи от левой грудинной линии

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье 5 см.

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = 68 уд/мин.

Пульс удовлетворительного напряжения и наполнения. Артериальное давление - 110\70 мм.рт.ст.

Органы пищеварения

Слизистая оболочка полости рта и языка розового цвета, влажная. Зев чистый, миндалины не увеличены. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Живот равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно выслушивается шум перистальтики кишечника.

При осмотре области проекции печени видимые выбухания отсутствуют. При перкуссии по Курлову размеры печени 9\*8\*7 см. Пальпируется нижний край печени - ровный, мягкий, гладкий, безболезненный, не выступает из-под нижнего края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется, область желчного пузыря безболезненна.

При осмотре области проекции селезёнки видимых выбуханий нет. Селезенка не пальпируется. При перкуссии селезеночная тупость определяется на уровне между IX и XI ребрами. Ее размер в поперечнике 4,5 см, длинник - 6,5 см.

Стул регулярный, 1 раз в сутки, обычной окраски.

Мочеполовая система

Мочеиспускание свободное, безболезненное, регулярное, 4-6 раз в сутки. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При пальпации по ходу мочеточников болезненности не выявлено. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно над лоном не определяется.

Наружные половые органы развиты по женскому типу.

Нервная система

Сознание ясное; пациентка ориентирована в месте, времени, собственной личности; легко вступает в контакт. Память и речь не нарушены. Сон спокойный, 7 часов в сутки.

Открывание глаз произвольное. Зрачки одинаковой величины, реагируют на свет. Словесный ответ ориентирован. Зрение, слух, обоняние не нарушены. Координация движений и чувствительность кожи без нарушений. Сухожильные рефлексы одинаковы с обеих сторон.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

Поражение кожи подострого воспалительного характера, сыпь скудная, симметричная. Локализуется преимущественно на коже в области предплечий, кистей, голеней и стоп. На фоне эритемы с нечеткими границами формируется небольшое количество микровезикул. Сыпь полиморфная, представлена везикулами размером от 1 до 3 мм. Форма шаровидная, очертания округлые. Высыпания не резко отграничены от окружающей ткани, цвет - ярко красный, поверхность гладкая, консистенция мягкая. Высыпания располагаются неравномерно, могут сливаться. Слизистые оболочки, волосы и ногти не поражены. В местах высыпаний отмечается зуд преимущественно в ночное время.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

. Общий анализ крови (от 12.03.14):

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты Гемоглобин Цветовой показатель Лейкоциты Эозинофилы Палочкоядерные Сегментоядерные Лимфоциты Моноциты СОЭ | 3,89х1012\л 118 г\л 0,9 4,7х109 \л 11% 2% 26% 60% 1% 8 мм\час |

В крови отмечается эозинофилия, нейтропения, лимфоцитоз, СОЭ умеренно ускорена.

. Общий анализ мочи (от 12.03.14):

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет Мутность Реакция Удельный вес Лейкоциты Эпителий Белок Глюкоза | Светло-жёлтый Прозрачная Кислая 1,018 Единичные Плоский 1-2 в поле зрения Отсутствует Отсутствует |

Анализ мочи в норме.

. Биохимический анализ крови (от 12.03.14):

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок Мочевина Креатинин Общий билирубин Глюкоза АлАТ АсАТ | 68 г\л 3,8 ммоль\л 0,09 ммоль\л 10 мкмоль\л 4,3 ммоль\л 13,8 Ед\л 21 Ел\л |

Биохимический анализ крови в норме.

. Анализ кала (от 12.03.14):

Яйца гельминтов не обнаружены.

.Анализ крови на сифилис (от 12.03.14):

МРП отрицательная.

. Проба с аллергеном (от 18.03.14):

Положительная.

ДИАГНОЗ, ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб пациентки (на зуд и высыпания на коже в области предплечий, кистей, стоп и голеней); данных анамнеза заболевания (считает себя больной около 2 лет, когда на коже впервые стали появляться красные зудящие высыпания. Свою болезнь связывает с вредными условиями труда - производственная пыль); данных объективного осмотра (поражение кожи подострого воспалительного характера, сыпь скудная, симметричная. Локализуется преимущественно на коже в области предплечий, кистей, голеней и стоп. На фоне эритемы с нечеткими границами формируется небольшое количество микровезикул. Сыпь полиморфная, представлена везикулами размером от 1 до 3 мм. Форма шаровидная, очертания округлые. Высыпания не резко отграничены от окружающей ткани, цвет - ярко красный, поверхность гладкая, консистенция мягкая. Высыпания располагаются неравномерно, могут сливаться. Слизистые оболочки, волосы и ногти не поражены. В местах высыпаний отмечается зуд преимущественно в ночное время); данных лабораторных и специальных исследований ( в крови отмечается эозинофилия, нейтропения, лимфоцитоз, СОЭ умеренно ускорена; проба с аллергеном (от 18.03.14) положительная) можно выставить нижеследующий клинический диагноз:

Аллергический контактный дерматит.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Аллергический контактный дерматит необходимо дифференцировать с:

. Сифилис, вторичный период: папулёзный милиарный сифилид. Характеризуется, в отличие от аллергического дерматита, наличием узелков, покрытых небольшим количеством мелких чешуек, сыпь расположена на симметричных участках тела. Нет связи с воздействием аллергена.

. Экзема. Острая стадия. Характеризуется высыпанием на эритематозном, слегка отечном фоне микровезикул (первичный элемент кожной сыпи). Быстро вскрываясь, пузырьки превращаются в точечные эрозии, выделяющие каплями серозный экссудат. По мере стихания процесса количество пузырьков уменьшается и на поверхности пораженного участка выявляется мелкоотрубевидное шелушение. Часть пузырьков, невскрываясь, подсыхает с образованием корочек. Наблюдается эволюционный ложный полиморфизм элементов кожной сыпи, в зависимости от превалирования одного из элементов выделяют стадии: мокнущую, сквамозную и корочковую.

. Артифициальный (простой) дерматит, везикулезная форма. Возникает при поражении кожи сильнодействующим химическим веществом исключительно в области поражения. Проявляется, - образованием на эритематозном фоне пузырьков; субъективно этот дерматит сопровождается чувством жжения, болезненности, редко - зудом.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Наиболее частой причиной аллергического контактного дерматита является профессиональный контакт с химическими веществами: разнообразные моющие, дезинфицирующие, косметические средства (известны аллергические дерматиты при контакте с агрессивными агентами в виде: компонентов красок (для волос, тканей, меха и кожи), средств для роста волос, моющих средств, медикаментов, сока ядовитых растений). Также частой причиной АКД являются нержавеющие металлические сплавы (никель, хром, кобальт), из которых изготавливаются бытовые изделия - предметы кухонной утвари, украшения, часы, джинсовые заклепки, застежки-молнии, ключи, а также предметы медицинского назначения - зубные коронки, брекет-системы, устройства для очагового и внеочагового остеосинтеза.

Аллергический контактный дерматит - это аллергическая реакция замедленного типа. Попавший на кожу аллерген связывается с тканевыми белками, образуя соединение, способное вызвать аллергию,- антиген. Клетки Лангерганса поглощают антиген в составе мембранных молекул главного комплекса гистосовместимости 2-го класса Т-лимфоцитами. Активированные Т-лимфоциты и клетки Лангерганса вырабатывают гамма-интерферон, интерлейкины 1 и 2, усиливающие иммунный ответ и воспалительную реакцию. Активированные Т-лимфоциты мигрируют по лимфатическим сосудам в паракортикальную зону регионарных лимфатических узлов. В лимфоузлах они проходят антигензависимую пролиферацию и дифференцировку. Часть «специализированных» Т-лимфоцитов принимает участие в иммунном ответе, а остальные превращаются в клетки памяти. Они обуславливают появление быстрого выраженного ответа после повторного контакта с аллергеном. После первого контакта с аллергеном происходит накопление распознающих его Т-лимфоцитов, которое длится обычно 10-14 суток. После этого Т-лимфоциты выходят из регионарных лимфоузлов в кровь и заселяют все периферические органы иммунной системы. При повторном контакте с аллергеном происходит активация клеток памяти и быстрое накопление клеток-эффекторов аллергической реакции замедленного типа - макрофагов и лимфоцитов.

ЛЕЧЕНИЕ

Общие принципы лечения

В основе лечения лежит исключение контакта организма с аллергеном, вызвавшим заболевание.

Режим: общая палата, гипоаллергенная диета (говядина, речная рыба, картофель, капуста, огурцы, салат, горох, молочно-кислые продукты, каши - гречневая, овсяная, пшенная, яблоки, вишни, сливы, черный хлеб, сухое печенье). Благоприятная психологическая обстановка, исключение острых стрессовых ситуаций. Санация очагов хронической инфекции, коррекция функции пищеварительного тракта. Использование белья из хлопчатобумажной ткани.

Водный режим: водные процедуры разрешены, желательно принимать ванну, а не использовать душ, не применять сушащие и раздражающие мыло и шампуни, мочалку, также желательно не посещать бассейны ввиду сильного раздражающего и сушащего действия хлорированной воды.

Медикаментозная терапия:

. Антигистаминные препараты - блокаторы Н1-рецепторов. Предпочтительны средства 1 поколения, которые действуют быстро и обладают также седативным эффектом. Для исключения эффектов гистамина: расширение сосудов - эритема, отек, повышенная чувствительность нервных окончаний - зуд.

. Противовоспалительная местная терапия - мази с глюкокортикостероидами. Действие: снижение воспалительных проявлений (уменьшение выработки простагландинов, биологически активных веществ в зоне воздействия, предотвращение дегрануляции тучных клеток, уменьшение подвижности, функциональной активности нейтрофилов, макрофагов).

.Физиотерапевтическое лечение: магнитотерапия местно для улучшения микроциркуляции, уменьшения зуда, ускорения репаративных процессов. Курс в 10 процедур.

Лист назначения

.Tab. Phencaroli 0,01 внутрь по 1 таблетке 2 раза в день

.Azitromycini 0,5 внутрь по 1 капсуле 1 раз в день

. «Neurobex Neo» внутрь по 1 капсуле 3 раза в день

. «Aevit» внутрь по 1 капсуле 2 раза в день

.Tab.Acidi nicotinici 0,05 внутрь по 1 таблетке 3 раза в день

.Sol. Plasmoli 2,0 № 10 внутримышечно 1 раз в день

.Sol. Fucorcini 1% наносить на высыпания 2 раза в день

.Ung. Ichthyoli 10% наносить на высыпания под повязку

.Ung. Gentamicini 0,1% + Ung. « C-Derm» 0,1% 1:1 наносить на высыпания 1 раз в день

.Квантовая гемотерапия

ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Описание статуса | Назначения |
| 14.03.14 | Предъявляет жалобы на зуд, высыпания в области предплечий, кистей, голеней и стоп. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Дыхание везикулярное, хрипов и шума трения плевры нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительные шумы отсутствуют. АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 64 уд/мин. T 36,6 oC. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. | 1.Tab. Phencaroli 0,01 внутрь по 1 таблетке 2 раза в день 2.Azitromycini 0,5 внутрь по 1 капсуле 1 раз в день 3. «Neurobex Neo» внутрь по 1 капсуле 3 раза в день 4. «Aevit» внутрь по 1 капсуле 2 раза в день 5.Tab.Acidi nicotinici 0,05 внутрь по 1 таблетке 3 раза в день 6.Sol. Plasmoli 2,0 № 10 внутримышечно 1 раз в день 7.Sol. Fucorcini 1% наносить на высыпания 2 раза в день 8.Ung. Ichthyoli 10% наносить на высыпания под повязку 9.Ung. Gentamicini 0,1% + Ung. « C-Derm» 0,1% 1:1 наносить на высыпания 1 раз в день 10.Квантовая гемотерапия |
| 17.03.14 | Предъявляет жалобы на скудные высыпания в области предплечий, кистей, голеней и стоп. На коже везикулы ссыхаются, места расчесов покрыты корочкой, на некоторых участках отмечаются очаги гиперпигментации. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Дыхание везикулярное, хрипов и шума трения плевры нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительные шумы отсутствуют. АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 70 уд/мин. T 36,7 oC. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. | 1.Tab. Phencaroli 0,01 внутрь по 1 таблетке 2 раза в день 2.Azitromycini 0,5 внутрь по 1 капсуле 1 раз в день 3. «Neurobex Neo» внутрь по 1 капсуле 3 раза в день 4. «Aevit» внутрь по 1 капсуле 2 раза в день 5.Tab.Acidi nicotinici 0,05 внутрь по 1 таблетке 3 раза в день 6.Sol. Fucorcini 1% наносить на высыпания 1 раза в день 7.Ung. Gentamicini 0,1% + Ung. « C-Derm» 0,1% 1:1 наносить на высыпания 1 раз в день |

ПРОГНОЗ

зуд высыпание кожа инфекция

В отношении жизни и трудоспособности весьма благоприятный. При устранении контакта с аллергенами - полное излечение заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА

Необходимо:

· избегать контакта с известным аллергеном,

· при попадании на кожу аллергена или неизвестного вещества тщательно смыть водой,

· при возникновении первых симптомов обращаться к врачу аллергологу или дерматологу.

ЭПИКРИЗ

Л.С.А, проживает по адресу. Поступила в ГККВД 11.03.14 по направлению Б.Е.Е (АДВО-1) с жалобами на зуд и высыпания на коже в области предплечий, кистей, стоп и голеней. Локальный статус: поражение кожи подострого воспалительного характера, сыпь скудная, симметричная. Локализуется преимущественно на коже в области предплечий, кистей, голеней и стоп. На фоне эритемы с нечеткими границами формируется небольшое количество микровезикул.

Сыпь полиморфная, представлена везикулами размером от 1 до 3 мм. Форма шаровидная, очертания округлые. Высыпания не резко отграничены от окружающей ткани, цвет - ярко красный, поверхность гладкая, консистенция мягкая. Высыпания располагаются неравномерно, могут сливаться. Слизистые оболочки, волосы и ногти не поражены. В местах высыпаний отмечается зуд преимущественно в ночное время. Клинический диагноз: Аллергический контактный дерматит. Лабораторные и специальные исследования

.Общий анализ крови (от 12.03.14):

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты Гемоглобин Цветовой показатель Лейкоциты Эозинофилы Палочкоядерные Сегментоядерные Лимфоциты Моноциты СОЭ | 3,89х1012\л 118 г\л 0,9 4,7х109 \л 11% 2% 26% 60% 1% 8 мм\час |

В крови отмечается эозинофилия, нейтропения, лимфоцитоз, СОЭ умеренно ускорена.

. Общий анализ мочи (от 12.03.14):

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет Мутность Реакция Удельный вес Лейкоциты Эпителий Белок Глюкоза | Светло-жёлтый Прозрачная Кислая 1,018 Единичные Плоский 1-2 в поле зрения Отсутствует Отсутствует |

Анализ мочи в норме.

. Биохимический анализ крови (от 12.03.14):

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок Мочевина Креатинин Общий билирубин Глюкоза АлАТ АсАТ | 68 г\л 3,8 ммоль\л 0,09 ммоль\л 10 мкмоль\л 4,3 ммоль\л 13,8 Ед\л 21 Ел\л |

Биохимический анализ крови в норме.

. Анализ кала (от 12.03.14):

Яйца гельминтов не обнаружены.

. Анализ крови на сифилис (от 12.03.14):

МРП отрицательная.

. Проба с аллергеном (от 18.03.14):

Положительная.

Проведено лечение:

.Tab. Phencaroli 0,01 внутрь по 1 таблетке 2 раза в день

.Azitromycini 0,5 внутрь по 1 капсуле 1 раз в день

. «Neurobex Neo» внутрь по 1 капсуле 3 раза в день

. «Aevit» внутрь по 1 капсуле 2 раза в день

.Tab.Acidi nicotinici 0,05 внутрь по 1 таблетке 3 раза в день

.Sol. Plasmoli 2,0 № 10 внутримышечно 1 раз в день

.Sol. Fucorcini 1% наносить на высыпания 2 раза в день

.Ung. Ichthyoli 10% наносить на высыпания под повязку

.Ung. Gentamicini 0,1% + Ung. « C-Derm» 0,1% 1:1 наносить на высыпания 1 раз в день

. Квантовая гемотерапия

На момент окончания курации состояние пациентки удовлетворительное. На проводимое лечение реагирует хорошо, достигнута положительная динамика. Появления новых высыпаний не отмечается. Лечение продолжает.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лукьянов А.М. «Псориаз: объективизация выбора рациональной терапии»

. Неинфекционная дерматология под редакцией В.Г. Панкратова.

. Общая и инфекционная дерматология под редакцией В.Г. Панкратова.

. Венерология под редакцией В.Г. Панкратова.

. Кожные и венерические болезни под редакцией О.Л. Иванова.