

ПЕЛЕНОЧНЫЙ ДЕРМАТИТ:

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

По данным зарубежных исследователей, примерно 25% всех обращений к врачам составляют жалобы на патологию кожи. Среди них у детей наиболее часто встречаются дерматиты: пеленочный (контактный), атопический и себорейный. В последние годы ученые отмечают увеличение частоты этих кожных заболеваний в общей практике. Так, в Нидерландах за период 1987—2001 гг. у детей в возрасте 0—17 лет врачи наиболее часто диагностировали грибковые, атопические, бактериальные и контактные дерматиты, которые составили 57% от всех случаев кожных заболеваний. У детей первого года жизни наиболее часто встречается именно пеленочный дерматит, распространенность которого может составлять до 50%.

Ключевые слова: пеленочный дерматит, атопический дерматит, себорейный дерматит, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, дети

Термином «пеленочный дерматит» ученые в настоящее время обозначают целый ряд воспалительных заболеваний кожи, затрагивающих паховую и/или ягодичную области («под подгузником») и развивающихся не только из-за нарушений гигиенического ухода. Если рассмотреть перечень дерматозов, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику пеленочного дерматита, данное заболевание не ограничивается простым раздражительным или другим видом пеленочного дерматита, но и включает, например, совершенно новую группу метаболических нарушений, по клинике напоминающих течение пеленочного дерматита (табл. 1).

Несомненно, одной из основных причин поражения кожи является раздражительный фактор (по мнению некоторых авторов, раздражительный дерматит — синоним пеленочного дерматита). Существенную роль в патогенезе этого недуга играет именно сочетанное воздействие химических и микробных раздражителей (из фекалий и мочи), механического трения кожи и окклюзии, в первую очередь нарушения гигиенического ухода за кожей, включая редкую смену подгузников, неправильную обработку кожи ребенка после дефекации, отказ от купания и т.д.

Развитию пеленочного дерматита также способствуют некоторые возрастные и другие особенности кожи (усиление трансэпидермальной потери воды, нарушение барьерной функции кожи, изменение ее pH и т.п.), что в свою очередь приводит к повышению чувствительности кожи к грибковым (*Candida albicans*) или бактериальным (*Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*) возбудителям. Наличие сопутствующих заболеваний (иммунодефициты, диарея и особенно атопия у детей с себорейным дерматитом) также увеличивает склонность к развитию пеленочного дерматита. Взаимодействие других факторов (например, использование таких раздражающих средств, как масла, мыло, различные

порошки и мази) может стать причиной непосредственного влияния на клинические проявления пеленочного дерматита и усугубить течение болезни.

Также есть группа заболеваний, не связанных с использованием подгузников, но клинически проявляющихся очагами поражения кожи в паховой и/или ягодичной области: энтеропатические акродерматиты, гистиоцитоз клеток Лангерганса, детская ягодичная гранулема, перианальный стрептококковый дерматит, буллезное импетиго, чесотка, врожденный сифилис и даже СПИД (табл. 1).

КЛИНИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Простой раздражительный дерматит характеризуется эритематозными поражениями кожи. Со временем появляются папулы и отек с четко очерченными границами в местах наиболее тесного контакта кожи с пеленкой. В зарубежной литературе такой дерматит обычно называют «дерматит W». Важное отличие — отсутствие вовлечения в процесс складок кожи, тогда как выпуклая поверхность ягодич, бедра, нижняя часть живота и паховая область поражаются

Таблица 1. Заболевания, с которыми дифференцируют пеленочный дерматит

Частые причины	Редкие причины
Ирритативный пеленочный дерматит	Гистиоцитоз клеток Лангерганса.
Кандидозный пеленочный дерматит	Псориаз.
Себорейный дерматит	Врожденный сифилис.
	Атопический дерматит.
	Инфекции стафилококковой этиологии.
	Буллезные (эпидермальный буллез, вульгарный пемфигус).
	Нутритивный дефицит веществ (дефицит ниацина (пеллагра), нарушения в метаболизме жирных кислот и дефицит цинка)

почти всегда. У детей первых 4 месяцев жизни первым проявлением болезни бывает легкая эритема в периаанальной области.

В зависимости от интенсивности клинических проявлений выделяют три степени тяжести пеленочного дерматита: легкую, среднюю и тяжелую. Для легкой степени характерно появление гиперемии и/или единичных мелких папул, локализующихся в паховой и/или ягодичной области. При средней и тяжелой степени тяжести болезни эритема кожи и папулезная сыпь более выражены, возможно появление эрозий и даже пустул. В более тяжелых случаях воспалительный процесс охватывает не только пеленочную область. В дальнейшем у таких детей резко возрастает риск возникновения осложнений за счет присоединения инфекций кожи бактериального, грибкового и вирусного характера.

Наиболее частым осложнением пеленочного дерматита считается кандидоз в связи с тем, что если эти два заболевания развиваются у ребенка одновременно, то в очагах поражения кожи усиливаются эритема и папулезно-пустулезные высыпания. При отсутствии лечения появляются пузырьки, эрозии кожи, присоединяются инфекции полового члена, вульвы, мочевыводящих путей.

Для диагностики пеленочного дерматита необходимо проанализировать клинические симптомы и провести микологический анализ для определения инфицирования *Candida* в случаях усиления эритемы кожи, появления пустул и неэффективности лечения кожи.

Кандидозный пеленочный дерматит также может развиваться из-за частого использования широкого спектра пероральных антибиотиков, особенно при наличии диареи. Клинические признаки болезни — эритематозные бляшки, а также небольшие розовые папулы, которые могут распространяться на половые органы, периаанальную область и складки. Вовлечение складок кожи является важным критерием для дифференциальной диагностики кандидоза от

первичного ирритативного пеленочного дерматита. Кандидозный дерматит следует заподозрить в случае, если пеленочный дерматит сохраняется у ребенка в течение более 3 дней. Диагноз ставится на основании клинических и лабораторных данных: микологический анализ очагов поражения с периферии эритемы, папул или пустул позволяет выявить псевдогрибы.

Аллергический контактный дерматит

может быть как отдельной болезнью, так и осложнением ранее существующего дерматита. Он проявляется в виде легкой эритемы и раздражения кожи, могут присутствовать пузырьки и папулы. Аллергический контактный дерматит редко встречается у детей в возрасте до 2 лет. Его подозревают в тех случаях, когда не удается получить адекватный ответ на различные варианты лечения. Наиболее частыми причинами развития аллергического контактного дерматита является контакт кожи с некоторыми конкретными химическими аллергенами, например с парабеном, ланолином, соединениями ртути, неомицином, латексом (в т.ч. используемых в подгузниках, сосках), моющими средствами. Диагноз ставится на основании клинических симптомов и патч-тестов.

Атопический дерматит чаще проявляется высыпаниями вне пеленочной области (табл. 2). При присоединении вторичной инфекции, чаще стафилококковой этиологии, появляются корки. Следы расчесов на коже (экскориации) и усиление кожного рисунка (лихенизация) появляются чаще всего у детей в возрасте после 2 лет, тогда как сухость и зуд кожи — раньше.

Для проведения дифференциальной диагностики атопического дерматита важны большие и малые диагностические критерии Hanifin, Rajka.

Диагностические критерии атопического дерматита, предложенные рабочей группой экспертов Великобритании, включают минимальный перечень наиболее надежных признаков болезни, представленных в таблице 2.

Для клинической характеристики атопического дерматита наиболее типичными признаками болезни являются зуд, сухость (ксероз) кожи (почти постоянные симптомы) и по крайней мере 3 из 8 следующих признаков:

- эритема,
- папулы,
- везикулы,
- экскориации,
- шелушение,
- утолщение кожи (инфильтрация),
- лихенизация,
- трещины.

Из 26 типичных мест локализации кожного поражения наиболее избирательно встречаются три: область лица (щеки, область за ушами), разгибательная и сгибательная поверхности конечностей.

Для оценки степени тяжести течения атопического дерматита в клинической практике чаще всего используют такие

Таблица 2. Диагностические критерии атопического дерматита

Обязательно наличие кожного зуда в сочетании с 2—3 или более нижеперечисленными признаками

1. Типичная локализация кожного поражения: локтевые сгибы, подколенные ямки, передняя поверхность лодыжек, шея, лицо
2. Семейный анамнез: наличие бронхиальной астмы/аллергического ринита/поллиноза или любого атопического заболевания у близких родственников
3. Склонность к генерализованной сухости кожи, особенно в течение последнего года
4. Видимые признаки дерматита в области сгибов (или на щеках/лбу, разгибательной поверхности конечностей у детей младше 4 лет)
5. Начало болезни в раннем детстве (до 2 лет)

критерии, как выраженность эритемы, инфильтрации, папулы (индексы IGA). С этой целью был предложен индекс SCORAD (система, учитывающая распространенность кожного процесса, интенсивность клинических проявлений и субъективные симптомы). Однако диагноз «атопический дерматит» прежде всего является клиническим. Диагноз ставится на основании анамнестических, клинических данных и аллергологического обследования (кожные пробы и/или определение специфических IgE в крови).

Себорейный дерматит. Возможным этиологическим фактором себорейного дерматита является гриб *Malassezia furfur*. Себорейным дерматитом чаще страдают дети в возрасте первых 3 месяцев жизни (редко после 6 месяцев), затем уровень заболеваемости слегка снижается (к 2 годам он обычно проходит или сохраняется до 4-летнего возраста).

Как правило, у младенцев уже на 2—3 неделе жизни на коже волосистой части головы (в меньшей степени лба, щек, в заушных складках) появляются скопления жирных, салых чешуек (гнейс), а при поражении крупных складок кожи туловища и конечностей — пятнисто-папулезная сыпь, также покрытая чешуйками на периферии. Сыпь может локализоваться в области наружного слухового прохода и грудины, на шее, в подмышечной и паховых областях. Зуд умеренный или отсутствует. При локализации сыпи в пеленочной области возможно присоединение бактериальной инфекции, что может сильно затруднить лечение. При отсутствии лечения сыпь может распространиться на другие участки туловища, приобретая генерализованный характер.

Важными отличительными признаками себорейного дерматита является отсутствие зуда кожи, а также преимущественное поражение волосистой части головы и пеленочной области у детей. Для атопического дерматита характерна экссудация кожи, а для себорейного — более раннее начало и отсутствие наследственной отягощенности атопией (табл. 3). Диагноз ставится на основании клинических данных; характерно обычно спонтанное разрешение у детей в возрасте 3—6 месяцев.

Псориаз у детей первого года жизни встречается редко, но может начинаться папулезной сыпью в области пеленок и перимбуликальной зоне. Однако для данного недуга более типичны поражения других мест: локти, колени, лицо, волосистая часть головы, туловище. При поскабливании папул выявляются 3 диагностических критерия: 1) симптом стеаринового пятна (чешуйки, как стеарин, легко отпадают с поверхности папул); 2) симптом терминальной пленки (после удаления чешуек обнажается красноватая влажная блестящая поверхность); 3) симптом «кровавой росы» (на гладкой влажной красной поверхности появляется точечное кровотечение). Со временем образуются бляшки с неровными краями, а также ярко-красный ободок, лишен-

ный чешуек. После рассасывания бляшек псориазные элементы приобретают кольцевидную или гириандоподобную форму, а на их месте остается временная депигментация (псевдолейкодермия). В периоды неполных ремиссий на отдельных участках кожного покрова могут оставаться единичные «дежурные» бляшки. При всех этих формах псориаза возможно поражение ногтей («феномен наперстка»), их помутнение или утолщение вплоть до онихогрифоза (увеличение, утолщение и искривление ногтя, напоминающего коготь птицы). Диагноз ставится на основании сезонного характера обострений, характерной псориазной триады: симптом стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения, а также наследственной отягощенности.

Энтеропатический акродерматит — это редкое аутосомно-рецессивное заболевание, которое, возможно, вызвано дефицитом сывороточного цинка и нарушением его абсорбции в кишечнике. Болезнь начинается у грудных детей, чаще девочек, на первом году жизни при замене грудного вскармливания на коровье молоко или когда ребенок получает его с момента рождения и проявляется в виде эритематозных высыпаний сначала в пеленочной области. Везикулобуллезные и экзематозные высыпания располагаются симметрично, чаще вокруг рта, на щеках, коленных и локтевых суставах, а также в перианальной области. Со временем эритематозные и эрозивные элементы становятся

сухими, гиперкератическими и могут напоминать псориаз. Для энтеропатического акродерматита типичны следующие признаки: сыпь вокруг рта — перiorальный и акральный (на конечностях) дерматиты, алопеция и диарея. В анамнезе у таких детей отмечают неэффективность системной и местной противогрибковой терапии, хроническую диарею, гипопропротеинемические отеки, различные прояв-

ления со стороны глаз (фотофобия, конъюнктивит, блефарит, дистрофия роговицы), стоматит, паронихии, отставание в росте и интеркуррентные бактериальные и грибковые инфекции (кандидоз кожи, слизистых, кишечника). Диагноз ставится на основании определения концентрации цинка в плазме крови и уровня щелочной фосфатазы (цинк-зависимого фермента), а также клиники заболевания. Иногда указанные признаки и симптомы могут впервые появиться в период полового созревания.

Клинически **врожденный сифилис** может проявляться у детей первых 3 месяцев жизни макулопапулезными высыпаниями в аногенитальной области или в виде плоских кондиллом, эрозий кожи. Во многих случаях встречаются поражения ладонно-подошвенной области. Дополнительными признаками раннего врожденного сифилиса являются желтуха, гемолитическая анемия, остеохондроз, потеря веса. Более поздние признаки: зубы Гетчинсона (Hutchinson), седловид-

■ Для оценки степени тяжести течения атопического дерматита используют индексы IGA: выраженность эритемы, инфильтрации, папулы, а также индекс SCORAD, учитывающий распространенность кожного процесса, интенсивность клинических проявлений и субъективные симптомы.

ный нос, саблеобразные голени, нарушения слуха, гидроцефалия, умственная отсталость.

Из-за увеличения случаев врожденного сифилиса его следует включить в дифференциальную диагностику пеленочного дерматита. Врожденный сифилис также может иметь сходство с гистиоцитозом клеток Лангерганса.

Диагноз ставится на основании клинических и лабораторных тестов: серологический анализ крови на RW, анализ спинномозговой жидкости и рентгенографические исследования.

Гистиоцитоз клеток Лангерганса — это группа идиопатических заболеваний, характеризующаяся пролиферацией гистиоцитов, состоящих из специализированных дендритных клеток, моноцитов и эозинофилов. Гистиоцитоз клеток Лангерганса проявляется у младенцев в виде постоянного пеленочного дерматита, тяжелого себорейного дерматита головы, петехиальной сыпи, панцитопении.

Диагноз ставится на основании биопсии ткани — наличие CD1a и S-100 поверхностных маркеров, а также гранул Бербека в цитоплазме.

Буллезное импетиго вызывается *Staphylococcus aureus*. Клинически проявляется как эритематозная макулопапулезная сыпь, которая затем преобразуется в пузырьки с гнойными корочками и формированием эрозий.

Диагноз ставится на основании клинических исследований, в некоторых случаях проводится бактериологический анализ культуры.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА

Профилактика пеленочного дерматита — наиболее важный элемент ухода за кожей младенцев. Наилучшим способом для предотвращения появления пеленочного дерматита является устранение факторов, участвующих в патогенезе болезни. С этой целью рекомендуется придерживаться мер, включающих 5 ключевых аспектов профилактики пеленочного дерматита:

■ Частая смена подгузников. У новорожденных их следует менять каждый час, в то время как у детей более старшего возраста каждые 3—4 часа. После каждого мочеиспускания ребенка подмывают, используя теплую проточную воду, без мыла. Мыло при купании целесообразно использовать 1 раз в неделю и в тех случаях, когда имеется сильное загрязнение кожи каловыми массами.

■ Абсорбирующая способность подгузников — очень важный параметр для поддержания сухости кожи, хотя ни одна ткань подгузника не устраняет контакта кожи с калом.

■ Доказана польза использования одноразовых подгузников против тканевых пеленок — подгузники не вызывают практически никаких аллергических реакций и при их правильном использовании кожа не инфицируется.

■ При пеленочном дерматите, который длится более 3 дней, следует исключить у ребенка грибковое осложнение *Candida albicans*.

■ Обработка специальными увлажняющими маслами или жидкостями. Основными требованиями к препарату для профилактики пеленочного дерматита являются:

- безопасность;
- отсутствие компонентов, не служащих для создания защитного барьера;
- отсутствие консервантов и ароматизаторов;
- легкость в нанесении и удалении.

При использовании для лечения препарат также не должен вызывать дополнительного раздражения кожи. Мазь Бепантен полностью отвечает этим требованиям. Это достигается за счет сочетания состава мази, включающего следующие компоненты — ланолин и декспантенол. Мазь Бепантен не содержит консервантов, ароматизаторов, красителей, которые не рекомендовано включать в состав препаратов для нанесения на кожу новорожденным. Основным неактивным веществом мази является ланолин — полупроницаемое вещество, дающее выраженный защитный эффект, но не препятствующее газообмену. Ланолин проникает в роговой слой кожи и обеспечивает его гидратацию. Он уменьшает трение, которое является одной из причин пеленочного дерматита. Ланолин разрешен Администрацией США по контролю пищевых и лекарственных продуктов для использования с целью ухода за грудью во время кормления. Второй компонент — декспантенол является провитамином пантотеновой кислоты. Он оказывает стимулирующее влияние на клетки эпидермиса. Декспантенол также является безопасным препаратом (его разрешено включать в состав пищевых продуктов). Эти два компонента обеспечивают двойной защитный эффект мази Бепантен: ланолин защищает верхние слои эпидермиса, т.к. он по строению сходен с секретами сальных желез, и проникает в верхние слои роговой оболочки кожи, а декспантенол усиливает защитные свойства внутренних слоев кожи, стимулируя клетки, которые образуют роговой слой в процессе кератизации. В последние годы проводились исследования, при которых сравнивалась частота пеленочного дерматита у новорожденных и грудных детей, получавших стандартный уход, и детей, которым в дополнение к обычному уходу при каждой смене пеленок наносили мазь Бепантен. В этих случаях было отмечено значительное снижение частоты развития пеленочного дерматита и инфекции кожи. Такая защита очень важна у недоношенных новорожденных, у которых незрелость кожного барьера облегчает проникновение микроорганизмов, вызывающих тяжелые общие инфекции.

Следует ежедневно правильно ухаживать за кожей и исключать применение препаратов, которые могут вызвать пеленочный и другие дерматиты:

■ раствор борной кислоты — риск развития токсичности, диареи и эритродермии;

■ смесь яичного белка и молока, приготовленных по домашнему рецепту, — высокий аллергенный потенциал;

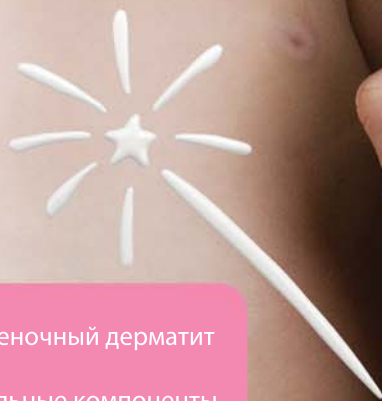
■ анилиновые красители — риск развития интоксикации и метгемоглобинемии;

■ дезинфицирующие средства, особенно содержащие гексахлорофен или пентахлорофен, — риск развития энцефалопатии и тахикардии с метаболическим ацидозом и т.д.

Бепантен®

МАЗЬ

Кожа дышит
под нежной защитой



Мазь «Бепантен» помогает устранить пеленочный дерматит и нежно защищает кожу. В составе мази «Бепантен» только натуральные компоненты, никаких красителей, ароматизаторов и консервантов. Провитамин B5 заживляет и создает надежный защитный слой, а ланолин позволяет коже дышать. Применяйте мазь «Бепантен» при каждой смене подгузников для нежной защиты кожи вашего малыша от пеленочного дерматита.

Бепантен. С любовью к коже.

www.bepanthen.ru

www.babyzabota.ru



П N013984/01 от 19.05.2008

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, стр. 2
Тел.: 8 (495) 231-12-00, факс: 8 (495) 231-12-02



* Согласно данным исследования Pharma Q (мнения провизоров, фармацевтов) компании ООО «КОМКОН ФАРМА» в период с 01.04.2011 г. по 30.04.2011 г.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение зависит от тяжести и типа дерматита. Самый важный элемент при легкой степени пеленочного дерматита — частая смена и использование подгузников с высокой абсорбирующей способностью.

Паховую область кожи ребенка очищают с помощью ватного тампона, пропитанного маслом (минеральным или растительным), а затем наносят пасту из оксида цинка или крем. Важно помнить, что препараты, предназначенные для лечения пеленочного дерматита, не должны вызывать дополнительного повреждения кожи. Из-за используемых местно препаратов не должно быть окклюзии кожи из-за образования пленки, непроницаемой для воды, раздражения за счет механического трения, раздражения, вызванного компонентами самого препарата, например аллергенами, веществами растительного происхождения, красителями. Мазь Бепантен, содержащая ланолин, смягчает кожу и уменьшает трение, а декспантенол способствует заживлению уже возникших ран и восстановлению целостности кожи за счет стимулирующего действия на эпителиальные клетки. Проникая в кожу, декспантенол превращается в пантотеновую кислоту, которая входит в состав кофермента А. Последний является ключевым элементом цикла Кребса, в котором образуется энергия, необходимая для заживления ран. Потенциально мазь Бепантен отвечает требованиям, предъявляемым для профилактики и лечения легких форм пеленочного дерматита: эффективно защищает кожу ребен-

ка от раздражителей; способствует заживлению и восстановлению целостности кожного покрова, не содержит консервантов, ароматизаторов, красителей; содержит только безопасные компоненты; эффективность подтверждена клиническими исследованиями.

В перечень ухода за кожей детей с атопическим дерматитом в период ремиссии целесообразно включение крема Бепантен. Поскольку в этот период сохраняется шелушение и сильная сухость кожи.

Если эритема сохраняется, возможно использование кортикостероида низкой активности (гидрокортизон 1%-ный крем 2 раза в сутки в течение 2–7 дней). Категорически запрещается применение фторированных кортикостероидов высокой активности! Если дерматит не улучшается, появляются эритема и пустулы, следует заподозрить инфицирование кожи *Candida*. В этом случае ребенку показано назначение безопасных противогрибковых препаратов: кетоконазола, нистатина по 100 000 ЕД/г или 1%-ного миконазола нитрата 2 раза в день в течение 7–15 дней. Их можно чередовать с кортикостероидным препаратом. Бактериальные инфекции лечат мазью фузидиевой кислоты, гентамициновой мазью или мупироцином (из-за риска развития нефротоксичности его нельзя использовать более чем на 20% поверхности тела).

При неэффективности такой терапии следует провести дифференциальную диагностику с вышеперечисленными заболеваниями (табл. 1).



ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ 23-26 МАЯ, МОСКВА. РУДН

Status Praesens



ОРГКОМИТЕТ

тел./факс: +7 (499) 558 0253
тел.: +7 (926) 533 0814
www.praesens.ru

группа «ВКонтакте»:
vk.com/praesens

Материнская смертность от причин, связанных с инфекционными осложнениями. Пути профилактики.

Микрофлора и антибиотики в XXI веке.

Мытьё рук как наука: от понимания к внедрению. Преодоление организационных сложностей.

Проблемы мотивации и самодисциплины медицинских работников.

Инфекционный контроль — асептика и антисептика в XXI веке.

Современные перинатальные технологии как безальтернативный метод снижения частоты послеродовых инфекционных осложнений.

Инфекции во время беременности: от разнородности к четким алгоритмам.

Внутриутробные инфекции: ключ к профилактике антенатальной гибели плода. Пути решения проблемы.

Нормобиоценоз влагалища. Вагиниты, цервициты и бактериальный вагиноз: диагностика и лечение в рамках общей идеологии нарушенного биоценоза.

Бактериальный вагиноз: дискуссионные вопросы и доказанные факты.

Обсуждение проекта протокола «Коррекция биоценоза влагалища», второе чтение.

Лабораторная диагностика инфекционно-воспалительных заболеваний в акушерстве и гинекологии.

Воспалительные заболевания органов малого таза: гипердиагностика, полипрагмазия, лечебные ошибки.

Хронический эндометрит, замершая беременность и невынашивание: инфекция или аутоиммунная реакция? Диагностическая и лечебная тактика.

Папилломавирусная инфекция: опасности в репродуктивном периоде.

Кольпоскопия, мастер-класс

ТЕМАТИКА ОБСУЖДЕНИЙ