MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Дерматовенерология

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 2 | Вопросов: 24

Сформировано: 21.11.2026, 03:06 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1 **Материалы предназначены для одного покупателя**

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2 **Источник материалов - ФМЗА**

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3 **Ответы можно проверить самостоятельно**

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4 **Состав материалов может обновляться**

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

Содержание

Нажмите на задачу, чтобы перейти к ней. Справа указана страница.

0001	Девушка 25 лет обратилась на прием дерматовенеролога.	3
0002	Девушка 18 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.	11

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Дерматовенерология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Девушка 25 лет обратилась на прием дерматовенеролога.

1.2. Жалобы

На появление высыпаний на коже туловища, задней поверхности шеи и верхних конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом.

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больной с 7 лет, когда впервые после употребления в пищу 250 мл цельного коровьего молока появились эритематозно-везикулёзные высыпания на коже щёк, эритематозно-папулёзные на коже туловища и конечностей. Обращалась к дерматологу. Назначались антигистаминные препараты и топические глюкокортикостероиды – с временным положительным эффектом. Кратность обострений заболевания составляла 1 раз в 2-3 года, преимущественно в зимне-осеннее время.

Следует отметить, что больная периодически применяла топические глюкокортикостероиды – с временным положительным эффектом. Три недели назад больная отмечала периодическое появление новых очагов лихенификации в области сгибательной поверхности локтевых суставов, задней поверхности шеи и туловища, сопровождавшихся интенсивным зудом. Самостоятельно применяла увлажняющие кремы и мази с глюкокортикостероидами – с незначительным положительным эффектом.

Настоящее обострение возникло неделю назад, когда после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) отметила появление эритемы, шелушения на коже туловища и верхних конечностей, а позже – распространенных везикулезных элементов, сопровождавшихся интенсивным зудом и повышением температуры до 38.1^0С, в связи с чем обратилась к дерматологу для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

1.4. Анамнез жизни

- Хронический ринит (ремиссия).
- Не курит.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Аллергическая реакция на клиндамицин в виде высыпаний и зуда.

1.5. Объективный статус

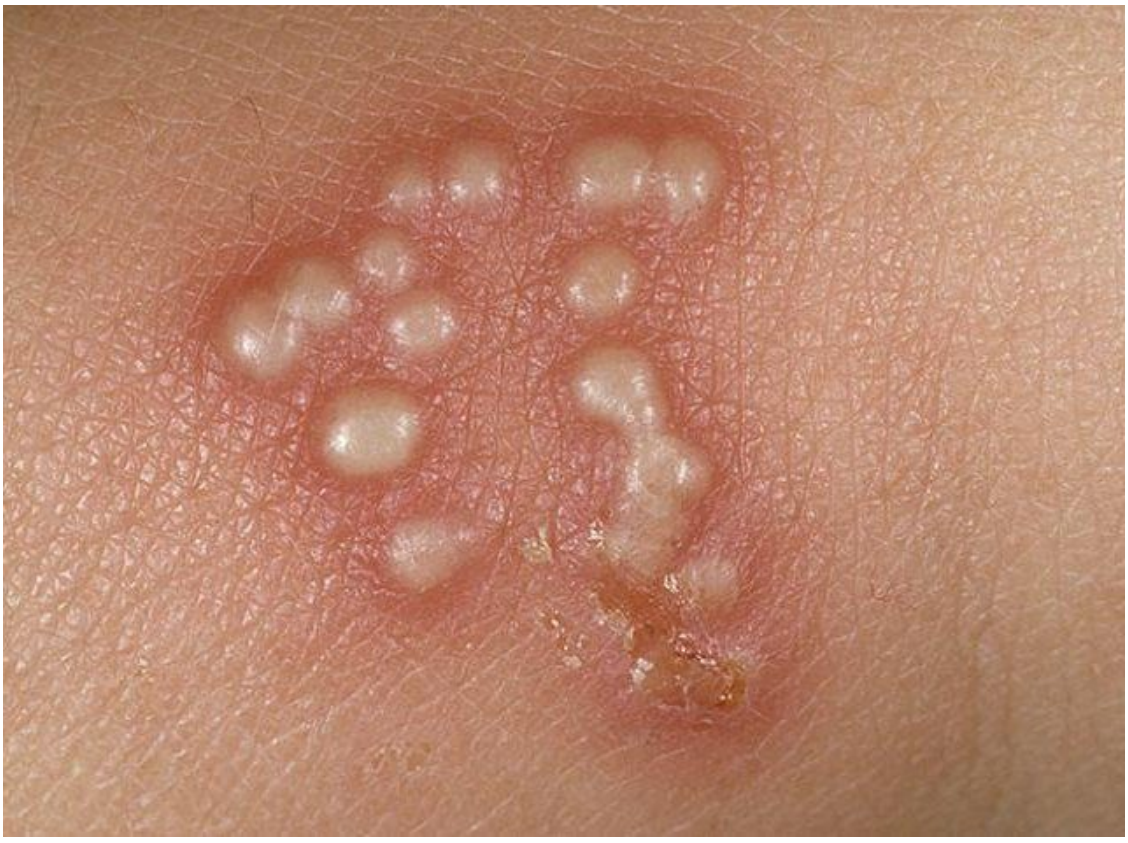
Состояние удовлетворительное. Вес 56 кг, рост 170 см. Температура тела 38.1^0С.

Поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализуются на коже задней поверхности шеи, туловища, тыльной поверхности кистей, сгибательной поверхности локтевых суставов, предплечий, плеч и представлены лихенифицированными очагами поражения, ярко-розового цвета, с резкими границами, плоской формы, неправильных очертаний и множественными мелкими

сгруппированными везикулезными элементами с пупковидным вдавлением в центре, распространенными пустулами, шелушением и экскориациями на поверхности. Субъективно: беспокоит интенсивный зуд. SCORAD=30.



Объективный статус



Объективный статус

1. План обследования

Вопрос 1

Для подтверждения диагноза необходимо исследовать уровень

1. ТТГ
2. **общего IgE**
3. прямого билирубина
4. холестерина

Правильный ответ:
2 - общего IgE

ОБОСНОВАНИЕ

Одним из главных лабораторных исследований относят определение уровня общего IgE. Аллергены вызывают острые IgE-опосредованные тучно-клеточно зависимые обострения заболевания

Клинические рекомендации Минздрава России. Атопический дерматит, 2024 г. (1)

3. Результаты обследования

3.1. Общий IgE

Показатель	Результат	Норма	Единицы
Общий IgE	150	0-100	Ед/мл

3.2. ТТГ

Показатель	Результат	Норма	Единицы
ТТГ	0.9	0.4-4.0	мЕд/л

Вопрос 2

Для подтверждения диагноза необходимо дополнительно исследовать

1. патогистологическое исследование биоптата везикулезных очагов
2. **специфический IgE к пищевым аллергенам**
3. содержание IgA-антител к эндомизию крови
4. содержание IgA-антител к тканевой трансглютаминазе в крови

Правильный ответ:
2 - специфический IgE к пищевым аллергенам

ОБОСНОВАНИЕ

У больной наблюдалась сенсибилизация к коровьему молоку, что говорит о необходимости исследования специфического IgE к пищевому аллергену. При данном заболевании необходимо исследовать уровень IgE к различным аллергенам (пищевым, бытовым, антигенам растительного, животного,

химического происхождения)

Клинические рекомендации Минздрава России. Атопический дерматит, 2024 г. (1)

5. Результаты обследования

5.1. Специфический IgE к пищевым аллергенам

Показатель	Результат	Норма	Единицы
Аллерген f2- молоко коровье, IgE	17.49	0-0.35	кЕдА/л

5.2. Содержание IgA-антител к тканевой трансглютаминазе в крови

IgA-антитела к тканевой трансглютаминазе в крови не обнаружены

2. Диагноз

Вопрос 3

Наиболее вероятный диагноз для данной ситуации

1. Атопический дерматит, осложненный вторичной пиодермией
2. Хроническая экзема, осложненная герпесвирусной инфекцией
3. Простой герпес (диссеминированная форма), остиофолликулит
4. **Атопический дерматит, осложненный герпетической экземой Капоши и вторичной пиодермией**

Правильный ответ:
4 - Атопический дерматит, осложненный герпетической экземой Капоши и вторичной пиодермией

ОБОСНОВАНИЕ

Критерии диагноза атопический дерматит:

Критерии герпетиформной экземы Капоши:

Критерии вторичной пиодермии:

Клинические данные: повышение температуры тела до 38.1^0С, появление диссеминированных пустулезных элементов

Клинические рекомендации Минздрава России. Простой герпес (ПГ) у взрослых, 2025 г. (1)

Атопический дерматит / С. В. Кошкин, М. Б. Дрождина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 112 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5793-1. (1)

Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 896 с. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-5708-5 (1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Атопический дерматит, 2024 г. (1) (2)

7. Диагноз

7.1. Атопический дерматит, осложненный герпетической экземой Капоши и вторичной пиодермией

Вопрос 4

К главным диагностическим критериям атопического дерматита относят

1. складки на задней поверхности шеи
2. красный дермографизм
3. начало заболевания во взрослом возрасте
4. **сезонность обострений**

Правильный ответ:
4 - сезонность обострений

ОБОСНОВАНИЕ

Согласно клиническим рекомендациям Дерматовенерология (2015 г.) к одному из главных диагностических критериев атопического дерматита относят сезонность обострений (ухудшение процесса в холодное время года и улучшение летом)

Клинические рекомендации Минздрава России. Атопический дерматит, 2024 г. (1)

3. Лечение

Вопрос 5

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях _____ отделения

1. хирургического
2. **терапевтического**
3. амбулаторного
4. «дневного стационара»

Правильный ответ:
2 - терапевтического

ОБОСНОВАНИЕ

Согласно условиям задачи, у больной отмечается атопический дерматит средней степени тяжести (SCORAD=30), осложненный герпетической экземой Капоши и вторичной пиодермией, что требует лечения в стационарных условиях.

Клинические рекомендации Минздрава России. Атопический дерматит, 2024 г. (1)

Вопрос 6

В объеме системной терапии данной пациентке показано назначение

1. **седативных антигистаминных препаратов**
2. системных глюкокортикостероидов
3. циклоспорина
4. метотрексата

Правильный ответ:
1 - седативных антигистаминных препаратов

ОБОСНОВАНИЕ

У больной отмечается среднетяжелая степень рецидивирующего атопического дерматита (SCORAD=30, интенсивный зуд)

Клинические рекомендации Минздрава России. Атопический дерматит, 2024 г. (1)

Вопрос 7

Для патогенетической терапии данной формы дерматита необходимо назначение

1. преднизолона 60 мг/сут
2. цефуроксима 750 мг в/м
3. **ацикловира 1000 мг/сутки**
4. бензилпенициллина натриевой соли 2000000 ЕД/сут в/м

Правильный ответ:
3 - ацикловира 1000 мг/сутки

ОБОСНОВАНИЕ

У больной развилось осложнение – герпетическая экзема Капоши. Герпетическая экзема Капоши, или вариолиформный пустулез Юлиусберга – это осложнение хронических дерматозов, в данном случае атопического дерматита, спровоцированное вирусом простого герпеса.

Клинические рекомендации Минздрава России. Простой герпес (ПГ) у взрослых, 2025 г. (1) (2)

Вопрос 8

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

1. истинной акантолитической пузырчаткой
2. **рожистым воспалением**
3. герпетиформным дерматитом Дюринга
4. аллергическим контактным дерматитом

Правильный ответ:
2 - рожистым воспалением

ОБОСНОВАНИЕ

В отличие от ОГ рожа характеризуется более яркой гиперемией, большей отграниченностью отека от окружающей здоровой кожи, валикообразными, неровными краями.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ПРОСТОЙ ГЕРПЕС У ВЗРОСЛЫХ, 2014 (1)

Вопрос 9

Топической терапией, которую необходимо назначить больной, является

1. **мазь Ацикловир, мази с антибиотиком**
2. ингибиторы кальциневрина, мазь Ацикловир
3. топические ГКС мази, мазь Ацикловир
4. эмоленты, мазь Ацикловир

Правильный ответ:
1 - мазь Ацикловир, мази с антибиотиком

ОБОСНОВАНИЕ

У больной наблюдаются клинические проявления герпесвирусной инфекции и пиодермии, что требует назначения мазей с антибиотиками и противовирусных топических препаратов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Атопический дерматит, 2024 г. (1)

Вопрос 10

Применение топических глюкокортикостероидов противопоказано при

1. микробной экземе
2. системной склеродермии
3. **вирусных инфекциях кожи**
4. дискоидной красной волчанке

Правильный ответ:
3 - вирусных инфекциях кожи

ОБОСНОВАНИЕ

Поскольку топические глюкокортикостероиды обладают выраженным иммуносупрессивным действием, топические глюкокортикостероиды противопоказаны при лечении вирусных инфекций кожи.

Клинические рекомендации Минздрава России. Простой герпес (ПГ) у взрослых, 2016 г. (1)

4. Вариатив

Вопрос 11

Использование топических глюкокортикостероидов высокой активности в течение длительного времени при беременности может привести к

1. подавлению функции щитовидной железы
2. **внутриутробной задержке роста плода**
3. тератогенному эффекту
4. увеличению уровня андренокортикотропного гормона у плода

Правильный ответ:
2 - внутриутробной задержке роста плода

ОБОСНОВАНИЕ

Согласно клиническим рекомендациям по Дерматовенерологии (2015 г.) длительное применение топических глюкокортикостероидов может привести к внутриутробной задержке роста плода.

Клинические рекомендации Минздрава России. Простой герпес (ПГ) у взрослых, 2016 г. (1)

Вопрос 12

Пимекролимус можно назначать детям с возраста

1. двух лет
2. двух месяцев
3. **трех месяцев**
4. одного месяца

Правильный ответ:
3 - трех месяцев

ОБОСНОВАНИЕ

Согласно клиническим рекомендациям пимекролимус необходимо назначать с трех месяцев.

Клинические рекомендации Минздрава России. Атопический дерматит, 2024 г. (1)

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Дерматовенерология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Девушка 18 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

1.2. Жалобы

На выделения из половых путей, появление неприятного запаха, жжения.

1.3. Анамнез заболевания

После антибиотикотерапии по поводу обострения хронического тонзиллита отметила появление выделений с неприятным, «рыбным» запахом.

1.4. Анамнез жизни

Половой жизнью не живет.

Курит в течение 2 лет по 3-5 сигарет в день, алкоголь не употребляет.

В анамнезе хронический тонзиллит, дискинезия желчевыводящих путей.

1.5. Объективный статус

При объективном осмотре: наружные половые органы развиты правильно, видимые слизистые розового цвета, не отечные, без признаков воспаления. Имеются гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища. Шейка матки цилиндрической формы, не отечная. Наружный зев округлый, замкнут. Матка в anteflexio, не увеличена, при смещении безболезненная. Придатки не пальпируются, безболезненные. При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

1. План обследования

Вопрос 1

Для постановки диагноза необходимо проведение

1. темнопольной микроскопии
2. **микроскопического исследования**
3. иммуноферментного анализа с определением антител к Chlamidia trahomatis
4. реакции микропреципитации

Правильный ответ:
2 - микроскопического исследования

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется верификация диагноза бактериального вагиноза на основании результатов лабораторных исследований микроскопическим методом, направленным на выявление «ключевых» клеток, микробиологическим методом с целью определения видового и количественного состава микробиоты влагалища, молекулярно-биологическим методом, позволяющим выявление специфических фрагментов ДНК микроорганизмов, ассоциированных с БВ, в частности, трудно культивируемых, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г.

Раздел 2.3Лабораторная диагностика.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г. (1)

3. Результаты обследования

3.1. Микроскопическое исследование

Выявлены «ключевые» клетки

3.2. Темнопольная микроскопия

Спирохеты и tr. Pallidum не обнаружены

2. Диагноз

Вопрос 2

На основании клинико-анамнестических данных и результатов лабораторного обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки будет

1. Хламидийная инфекция
2. **Бактериальный вагиноз**
3. Урогенитальный трихомониаз
4. Гонококковая инфекция

Правильный ответ:
2 - Бактериальный вагиноз

ОБОСНОВАНИЕ

диагноз бактериального вагиноза устанавливается на основании выявления трех из четырех критериевAmsel:

- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, с неприятным «рыбным»запахом;
- pH влагалищных выделений выше 4,5;
- положительный аминотест;
- выявление «ключевых» клеток при микроскопии влагалищных выделений.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г.

Раздел 2.5 Иная диагностика.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г. (1)

5. Диагноз

5.1. Бактериальный вагиноз

5.2. Хламидийная инфекция

Вопрос 3

Для микроскопического исследования при данной патологии также будет характерно

1. наличие псевдомицелия
2. наличие атипичных клеток
3. **уменьшение или исчезновение лактобацилл**
4. уменьшение кокковой микробиоты

Правильный ответ:
3 - уменьшение или исчезновение лактобацилл

ОБОСНОВАНИЕ

при микроскопическом исследовании, кроме выявления «ключевых» клеток, необходимо отмечать уменьшение количества или исчезновение лактобацилл; увеличение количества смешанной микробной (не лактобациллярной) микробиоты; отсутствие местной лейкоцитарной реакции. Культуральное исследованиеможет применяться для определения видового и количественного состава микробиоты влагалища. Для оценки результатов микроскопического и культурального исследования используется комплексная система выявления нарушения микробиоты влагалища «Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических инфекций».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г.

Раздел 2.3 Лабораторная диагностика.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г. (1)

3. Лечение

Вопрос 4

В качестве основной терапии пациенту можно предложить

1. доксициклин
2. пенициллин
3. **клиндамицин**
4. меропенем

Правильный ответ:
3 - клиндамицин

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендованные схемы лечения - клиндамицин, крем 2% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней (А).

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2017: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. Бактериальный вагиноз.

Раздел 3.1 Консервативное лечение.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г. (1)

Вопрос 5

Клиндамицин предпочтительнее назначить

1. перорально
2. **местно**
3. внутривенно
4. внутримышечно

Правильный ответ:
2 - местно

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендованные схемы лечения - клиндамицин, крем 2% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней (А).

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г. (1)

Вопрос 6

В качестве альтернативы больной можно назначить

1. гентамицин мазь
2. **метронидазол гель**
3. бетаметазон крем
4. кетоконазол крем

Правильный ответ:
2 - метронидазол гель

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендованные схемы лечения - метронидазол, гель0,75% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 5 дней (А).

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г. (1)

Вопрос 7

В качестве системной терапии можно предложить

1. офлоксацин
2. вориконазол
3. азитромицин
4. **метронидазол**

Правильный ответ:
4 - метронидазол

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендованные схемы лечения - метронидазол 500,0 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней (А).

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г. (1)

Вопрос 8

Метронидазол назначается в дозировке _____ мг

1. **500**
2. 100
3. 250
4. 1 000

Правильный ответ:
1 - 500

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендованные схемы лечения - метронидазол 500,0 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней (А).

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г. (1)

Вопрос 9

В качестве лечения у беременных необходимо использовать

1. физиотерапию
2. фитотерапию
3. местную терапию
4. **системную терапию**

Правильный ответ:
4 - системную терапию

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендованные схемы лечения - метронидазол 250,0 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней (А).

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов. 2019 г. (1) (2)

4. Вариатив

Вопрос 10

Для диагностики бактериального вагиноза используют критерии

1. **_Amsel_**
2. _SCORAD_
3. _PASI_
4. _SOFA_

Правильный ответ:
1 - _Amsel_

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз бактериального вагиноза устанавливается на основании выявления трех из четырех критериев Amsel.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г.

Раздел 2.5 Иная диагностика.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г. (1)

Вопрос 11

К предрасполагающему фактору развития бактериального вагиноза у данной больной относится

1. **антибиотикотерапия**
2. возраст
3. гинекологический анамнез
4. обострение тонзиллита

Правильный ответ:
1 - антибиотикотерапия

ОБОСНОВАНИЕ

К экзогенным факторам риска развития БВ относятся: инфицирование возбудителями ИППП и колонизация половых путей генитальными микоплазмами, лекарственная терапия (антибактериальными, цитостатическими, глюкокортикостероидными, антимикотическими препаратами), лучевая терапия; присутствие инородных тел во влагалище и матке; пороки развития половых органов или их деформации после родов и хирургических вмешательств; нарушение гигиены половых органов, в том числе, частое применение спринцеваний и вагинальных душей; использование спермицидов.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г.

Раздел 1.2 Этиология и патогенез.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г. (1)

Вопрос 12

Ведущую роль в патогенезе бактериального вагиноза отводят увеличению содержания

1. _Staphylococcus epidermidis_
2. **_Gardnerella vaginalis_**
3. _Trichomonas hominis_
4. _Candida albicans_

Правильный ответ:
2 - _Gardnerella vaginalis_

ОБОСНОВАНИЕ

БВ – полимикробноедисбиотическое заболевание, при котором резко уменьшается количество Lactobacillusspp. и увеличивается количество факультативных и облигатных анаэробов и микроаэрофилов (Gardnerell| vaginalis,Peptostreptococcus, Clostridialesspp., Prevotellaspp., Bacteroides,Fusobacterium,Veillonella,Eubacterium, Atopobiumvaginae, Mobiluncusspp., Megasphaera, Sneathia,Leptotrichiaspp., Sneathiaspp., Mycoplasmahominis,Ureaplasmaurealyticum, Streptococcusviridians). На современном этапе признается ведущая роль Gardnerellavaginalis и Atopobiumvaginae в этиопатогенезе БВ.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г.

Раздел 1.2 Этиология и патогенез.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бактериальный вагиноз. 2016 г. (1)