

P182,969

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА



Доц. Э. И. РАУТЕНШТЕЙН

ПИОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

НАРКОМЗДРАВ СССР
МЕДГИЗ
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
1945



БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Доц. Э. И. РАУТЕНШТЕЙН

ПИОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ —
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

1945

ПРЕДИСЛОВИЕ

В тяжелый момент, переживаемый нашей великой Родиной, еще больше возрастает ответственность советских врачей за каждую детскую жизнь и за здоровье всего подрастающего поколения. Трудиться не покладая рук, применяя все знания и опыт в деле борьбы за снижение заболеваемости — наш долг.

Педиатрия, которой многое удалось осуществить в изучении вопросов физиологии и патологии детского возраста, имеет достижения и в области детской дерматологии. Прошло то время, когда заболевания кожи у детей рассматривались обособленно от всего организма и предоставлялись всецело компетенции дерматологов. Тогда лечили только кожу, а не ребенка. Опыт, накопившийся в педиатрии за последние десятилетия, показал, что интимная связь между жизнью всего организма и кожей сказывается больше всего в детском возрасте: чем моложе ребенок, тем глубже эта связь.

В периоде новорожденности всякое самое ничтожное заболевание кожи требует пристального внимания не только в отношении ухода за ребенком, его вскармливания и общего состояния, но и в отношении состояния здоровья матери, кормящей его грудью.

Иногда заболевания кожи, возникшие у здорового ребенка, могут быстро излечиться под влиянием только местного лечения. Но всякое затянувшееся или рецидивирующее страдание кожи требует изучения всего организма в целом и применения как местной, так и общей терапии.

Кожные заболевания, объединяемые общим термином «пиодермии», относятся к числу самых частых заболеваний кожи в детском возрасте. У детей эти заболевания обусловлены рядом внутренних и внешних факторов, но больше всего — возрастными особенностями ребенка.

В брошюре дано описание только самых частых форм пиодермий и методов их лечения, но далеко не исчерпывается вопрос о пиодермиях у детей. Поскольку вопрос

об этиологии некоторых форм остается еще спорным, создание вполне удовлетворяющей классификации пока затруднено. При составлении предлагаемой мной схемы частично использована классификация Ядассона.

Пузырчатка новорожденных и дерматит Риттера включены в схему и в раздел стрептодермии и в раздел стафилодермии, так как вопрос об этиологии этих заболеваний в литературе не разрешен.

В раздел стрептодермии включены интертриго раннего возраста и их разновидности, которые школой французских дерматологов вполне справедливо отнесены к стрептококковой инфекции.

В конце схемы помещена микробная экзема как осложнение пиодермии — результат сенсibilизации микробами.

ВВЕДЕНИЕ

Пиодермии — гнойные воспаления кожи — вызываются только двумя возбудителями — стафилококками и стрептококками. Известно, что микробы эти постоянно живут на поверхности кожи человека. Тотчас же после рождения ребенка кожные покровы, так же как и слизистые дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, наводняются разнообразными микробами. По данным Коха и Михаэля, 10% патогенных стафилококков, а по Флемме — 15% патогенных стрептококков высеваются с совершенно здоровой кожи у детей. Причем сапрофиты эти ни морфологически, ни биологически ничем не отличаются от гноеродных бактерий, высеваемых из гнойных очагов.

Стафилококк — аэроб, факультативный анаэроб. Стафилококки продуцируют большое количество токсинов на средах, богатых углеводами. Иммуитет в отношении стафилококков непрочен; он ослабляется под влиянием различных заболеваний, расстройств питания, а также травмы; в таких случаях главную роль в распространении стафилококков приобретает аутоинфекция.

Стрептококк (гемолитический) — аэроб, факультативный анаэроб — долго сохраняется в средах, содержащих белки (гной, мокрота). Устойчив при высыхании. Месяцами сохраняет жизнеспособность на обоях, в белье, в пыли.

У детей стрептококковые поражения кожи встречаются в пять-шесть раз чаще, чем стафилококковые. При импетигиозных процессах большинство исследователей в 84—100% высевали гемолитический стрептококк. Почти всегда в конечном счете к стрептококковой пиодермии присоединяется стафилококк, не изменяя при этом существенно клинической картины.

Восприимчивость к пиодермиям, несмотря на то что кожа находится в постоянном контакте с этими возбудителями, сохраняется на всю жизнь.

Однако пиодермии не могут рассматриваться с точки зрения одной лишь этиологии. Этого еще недостаточно. Необходимо участие еще и других факторов, предрасполагающих к развитию микробной инфекции. Структура кожи

у детей сама по себе представляет ту анатомическую особенность, которая предрасполагает к развитию пиодермии. Самый поверхностный, главный защитный слой кожи — роговой слой — намного тоньше, чем у взрослых; он отличается рыхлостью, порозностью и беден волокнистой тканью. В периоде новорожденности клетки рогового слоя содержат бледно окрашиваемое ядро, т. е. представляют картину так называемого физиологического паракератоза. Клетки шиповатого слоя мало спаяны, межклеточные мостики слабо выражены. Если к этому прибавить еще богатое кровенаполнение сосочков кожи, то все это вместе взятое создает условия максимальной ранимости и тем самым благоприятствует внедрению гноеродной инфекции в кожу. Наличие неактивных стафило- и стрептококков на легко ранимой коже ребенка не является еще решающим для возникновения инфекции. Здоровая кожа может быть усеяна микробами, но она еще не инфицирована. Чтобы возникло инфицирование кожи, необходимо вредное влияние еще каких-то дополнительных условий; тогда сапрофиты начинают размножаться и приобретают патогенность. Такими неблагоприятными моментами являются некоторые внешние и внутренние факторы.

К экзогенным факторам можно отнести:

- 1) нарушение целостности кожного покрова,
- 2) плохой уход и нечистоплотность, ведущие к мацерации,
- 3) паразитарные заболевания кожи (чесотка, вшивость),
- 4) укусы насекомых (комаров, блох, клопов).

К предрасполагающим факторам эндогенного характера относятся:

- 1) хронические и острые расстройства питания,
- 2) авитаминозы,
- 3) туберкулез,
- 4) аллергические дерматозы,
- 5) все заболевания внутренних органов, сопровождающиеся зудом (болезни печени и желчных путей, болезни крови).

Диагноз заболевания основывается на морфологии самых элементов, на их локализации в слоях кожи, на их отношении к кожным железам и их распространенности. Все эти признаки следует сочетать с возрастом, так как однородные по локализации и морфологии элементы в разных

возрастах могут быть обусловлены различными возбудителями. Например пузырчатка новорожденных чаще вызывается стафилококком, возбудителем пузырчатки детей старшего грудного возраста (*streptoderma bullosa*) чаще является стрептококк.

Пиодермии бывают ограниченные и диффузные; они могут возникать только в эпидермисе, в дерме или в подкожной клетчатке. Ограниченные элементы могут быть связаны с кожными железами и развиваться вне их.

Участками наименьшей сопротивляемости эпидермиса и вместе с тем местами наибольшего скопления стафилококков являются устья кожных желез.

Когда, под влиянием перечисленных выше неблагоприятных условий, пробуждается жизнедеятельность стафилококков, гнездящихся

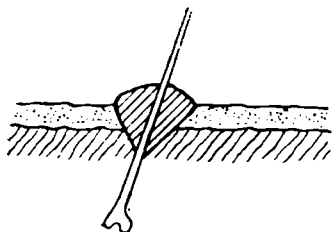


Рис. 1. Остиофолликулит.

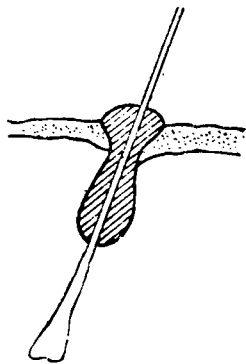


Рис. 2. Фолликулит.

в устьях волосяных фолликулов, кожа отвечает скоплением лейкоцитов, которые при самом поверхностном процессе образуют пустулы величиной с булавочную головку. Это так называемый остиофолликулит (*ostiofolliculitis* или стафилококковое импетиго Бокгарта); он располагается в воронке волосяного мешка, под роговым слоем, окаймлен розовым ободком без инфильтрата; центр пустулы пронизан волосом (рис. 1).

Внедряя глубже вдоль волосяного стержня в эпидермис, стафилококки образуют плотные, болезненные, величиной с горошину или чечевицу инфильтраты, в центре которых видны слегка выпячивающиеся пустулы, окруженные красной каймой — это фолликулит (*folliculitis*) (рис. 2).

Проникая еще глубже в дерму и гиподерму, стафилококки широким поясом окружают стержень волоса, вызы-

вая образование мощного инфильтрата в окружающей ткани. Поверхность темнокрасная, приподнятая, болезненная и зудящая, пронизанная в центре волосом. Процесс завершается расплавлением центральной части инфильтрата с выделением стержня, состоящего из отмертвевшей ткани. Образовавшийся воронкообразный дефект ткани заживает с образованием рубца. Это — фурункул, чирей (*furunculus*).

Описанные формы чаще развиваются в фолликулах пушковых волос.

Аналогичные этапы проходят стафилококковые воспаления, связанные с потовыми железами. Мимолетная ярко-красная мелкоточечная сыпь в устьях потовых желез — потница (*sudamina*) — может стать исходным моментом для более стойкого процесса благодаря скоплению стафилококков и лейкоцитов под роговым слоем в устьях потовых желез. Эти поверхностные гнойнички, под названием перипориты, мало выпячиваются, цвет содержимого их беловатый (*periporitis staphylogenes*). Еще более глубокое внедрение стафилококков в выводные протоки потовых желез (клубочки при этом никогда не поражаются) вызывает в них образование абсцессов, обычно множественных, — псевдофурункулез (*pseudofurunculosis*).

Гидрадениты несвойственны детскому возрасту. Апокриновые железы, в которых развиваются гидрадениты, находятся в тесной взаимосвязи с половыми железами. Они достигают полного развития лишь к периоду полового созревания.

Ограниченные стафилококковые заболевания, не связанные с железами, проявляются в виде поверхностных пузырей, например при пузырчатке новорожденных. Такой пузырь развивается, как правило, в толще эпидермиса. Но токсины нарушают и без того слабую спайку кожных слоев; в результате при вскрытии пузыря отторгаются глубокие слои эпидермиса, обнажается сосочковый слой. При диффузной форме стафилодермии наблюдается отслойка эпидермиса вначале на отдельных участках, быстро сливающихся и вызывающих сплошную отслойку на всей поверхности кожного покрова. Такой диффузный процесс наблюдается при дерматите Риттера.

Элементами, типичными для стрептококковых поражений кожи, являются фликтены. Фликтена — тонкостенный плоский пузырь, развивающийся поверхностно под роговым

слоем. Содержимое серозное, впоследствии мутнеет, ссыхаясь — образует корочку (рис. 3).

Иногда при буллезной стрептодермии наблюдаются крупные, напряженные пузыри, содержащие жидкий зеленоватый гной.

У детей раннего возраста наблюдаются диффузные стрептококковые поверхностные поражения кожи в виде упорных и стойких опрелостей (intertrigo).

Преобладание той или другой этиологии в клинических проявлениях пиодермии связано с возрастными особенностями. В раннем грудном возрасте стафило- и стрептодермии встречаются почти одинаково часто (pemphigoid, pseudofurunculosis, intertrigo). В возрасте от 1 до 3 лет преобладают стрептококковые пиодермии, в возрасте от 3 до 10 лет — преимущественно стрептококковые. Ближе к периоду полового созревания чаще наблюдаются стафилодермии.

Стафило- и стрептодермии представляют понятия собирательные. Каждое из них объединяет по несколько клинических форм, при описании которых мы будем исходить из схемы (см. схему, стр. 36—37).



Рис. 3. Фликтена.

1. ПИОДЕРМИИ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

1. Пузырчатка новорожденных. *Pemphigus neonatorum contagiosus*. *Pemphigus neonatorum benignus*. *Pemphigoid*.

Последнее название предложено Ядассоном; этим термином автор желает обособить доброкачественную пузырчатку от всех остальных пузырчатых заболеваний, встречающихся в периоде новорожденности. Пузырчатка новорожденных — заболевание эпидемическое и заразительное. На второй—шестой день после рождения на совершенно нормальной коже появляются пузыри. Изредка появлению пузыря предшествует красное пятно. Величина пузырей — от бисерины до голубинового яйца, расположение — групповое, высыпание — толчкообразное. Иногда процесс ограничивается однократным высыпанием. Локализация — кожные покровы живота, спины, паховые складки, т. е. все те места, которые больше всего подвергаются мацерации. Вначале содержимое пузырей бесцветно; посте-

пенно оно становится желтым, мутным и превращается в серозно-гнойное. У свежих пузырей поверхность напряжена. К концу первого-второго дня пузыри уплощаются и ссыхаются. При туалете ребенка они легко лопаются; при этом обнажается красное, лоснящееся дно. Заживление наступает, как правило, без образования корок, и рубцов никогда не остается.

Единичные пузыри у здорового доношенного ребенка, при правильном грудном вскармливании, могут проходить под влиянием одной лишь местной терапии; у недоношенных, у гипотрептиков и у искусственно вскармливаемых грудных детей пузырчатка угрожает быстрым нарастанием общих явлений, ведущих иногда к летальному исходу. Спорадические случаи имеют менее злокачественное течение, чем эпидемические, когда вирулентность возбудителя повышается.

Этиология остается спорной. Большинство авторитетных исследователей (Левандовский, Иеснер, Дора Фукс, Ядассон, Дохи, Финкельштейн) считает возбудителем пузырчатки золотистый стафилококк. Русские и французские дерматологи (Мещерский, Фельдман, Сабуро, Дарье) считают возбудителем ее стрептококка.

При дифференциальном диагнозе важно отличить простую пузырчатку от сифилитической. Общими для обеих форм признаками являются наличие пузырей, ранний возраст и толчкообразное высыпание.

Пемфигоид

1. Не бывает врожденным
2. Пузыри развиваются на нормальной коже
3. Содержимое серозное или серозно-гнойное
4. В содержимом обнаруживается обычно золотистый стафилококк или стрептококк
5. В стадии обратного развития пузырь вскрывается, обнажается лоснящееся дно, окружающая ткань не изменена

Сифилитическая пузырчатка

1. Бывает врожденной и может появляться в первые часы и дни после рождения
2. Пузыри расположены на инфильтрате
3. Содержимое гноевое или гнойно-геморрагическое
4. В содержимом — бледная спирохета
5. Пузырь ссыхается, образуется корочка, инфильтрат вокруг пузырей шелушится

Пемфигоид

6. Реакция Вассермана — отрицательная, отсутствуют другие признаки врожденного сифилиса
7. Нет типичной локализации¹

Сифилитическая пузырчатка

6. Реакция Вассермана — положительная, наличие других признаков врожденного сифилиса
7. Излюбленной локализацией пузырей являются подошвы и ладони

Ветряная оспа, которая в раннем грудном возрасте протекает своеобразно, имеет склонность к образованию необычно крупных пузырей; однако они не достигают таких размеров, как при пузырчатке. Содержимое в них прозрачное, ссыхаясь, они образуют темные корочки; при ветряной оспе высыпание начинается с волосистой части головы и лица.

Такая форма пузырчатки, как *epidermolysis bullosa hereditaria*, настолько редко встречается, что не имеет практического значения в смысле дифференциальной диагностики.

Лечение. Необходимо предупреждать аутоиннукуляцию, устраняя возможность мацерации кожи, не купать до момента прекращения высыпания, не давать пузырям самопроизвольно вскрываться. Предварительно смазав окружающую здоровую кожу спиртовым раствором красного стрептоцида (рецепт № 1) или бриллиантовой зелени (рецепт № 2), вскрыть покрывку пузыря, собрать осторожно ватным тампоном содержимое, дно пузыря обработать 1% раствором ляписа или 2% спиртовым раствором красного стрептоцида с последующим наложением риваноловой мази (рецепт № 3).

№ 1. *Rp.* Streptocidi rubri 2,0
Spiritus Vini 50° 100,0

MDS. Наружное.

№ 2. *Rp.* Brilliant-grün 3,0
Spiritus Vini 50° 100,0

MDS. Наружное.

№ 3. *Rp.* Rivanoli 1,0
Naphthalani 3,0
Ung Acidi borici 2% ad 100,0

MDS. Мазь.

¹ Неправильно категорическое утверждение о том, что пузырчатка новорожденных никогда не бывает на ладонях и подошвах: и на этих местах иногда наблюдается пемфигоид.

Обратить внимание на состояние пупочной ранки, на опрелости, на конъюнктивы. Одновременно лечить и эти участки, если они поражены. Тщательно осмотреть мать; особое внимание уделить трещинам сосков и лечить их, так как они могут служить источником инфекции. С момента подсыхания всех старых пузырей и прекращения появления свежих возобновить купание. Во всех случаях раннего заболевания, обильного высыпания, недоношенности, пониженного питания, повышения температуры, интеркуррентных заболеваний (отит, пневмония), при раннем докорме или искусственном вскармливании необходимо немедленно приступить не только к местной, но и к активной общей терапии. Промедление в этих случаях ведет к развитию общих явлений, чаще всего — желудочно-кишечных в форме парэнтеральных диспепсий. Развитие дистрофии, наслоение интеркуррентных заболеваний ведет в конечном итоге к летальному исходу, а в лучшем случае — к хроническому расстройству питания. Широко применять гемотерапию, еще лучше — чередуя ее с трансфузиями крови, устранять возможность обезвоживания, вводить 10—15% глюкозу внутривенно, внутримышечно или per os. Принять все меры к тому, чтобы обеспечить ребенка достаточным и полноценным питанием, лучше всего — грудным молоком.

Приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной Анаголий Г., 3 недели. Диагноз: пемфигоид, пневмония, отит. Родился в срок, вес при рождении 3100 г. На седьмой день появились пузыри. В клинику поступил в возрасте 21 дня с явлениями распространенной пузырчатки; пупочная ранка мокнет, окружена лоскутами бывшего здесь пузыря, температура 37,5°, в легких явления бронхопневмонии, двусторонний острый отит. У матери гноящиеся трещины на сосках. Общее состояние с каждым днем ухудшалось, температура в течение недели высокая, явления пневмонии нарастали, к пузырчатке присоединились псевдофурункулез и фолликулит, отмечался отек лица и мошонки.

Лечение. Помимо сульфидина, получил 4 трансфузии, 9 внутримышечных инъекций крови, 5 внутривенных вливаний глюкозы. Уже через 16 дней все явления прошли, нарастание веса хорошее. Ребенок получал грудь матери. Прибавка в весе за месяц 80 г (рис. 4).

2. Эксфолиативный дерматит Риттера. *Dermatitis exfoliativa Ritter v. Rittershain*

Симптоматология весьма характерна. Раннее начало — обычно первая неделя жизни, редко позднее, как исклю-

чение — с 5-недельного возраста. Начало — область рта, пупок, кончики пальцев кистей и стоп. Иногда образование бесформенных, едва уловимых плоских пузырей, быстро сливающихся. Обычно происходит диффузная отслойка эпидермиса, под которой просвечивает ничтожное скопление серозно-желтой или мутно-желтой жидкости. Через 24—72 часа отслойка может произойти на всей поверхности тела, и ребенок выглядит как ошпаренный. При малейшем до-трагивании эпидермис расплывается и обнажает красный, цвета мяса сосочковый слой: по краям разрыва висят лоскуты эпидермиса. Там, где кожа толще (кисти и стопы), лоскутов меньше. Здесь эпидермис, отслоившись, может сохранить целостность; получается картина, напоминающая тонкую резиновую перчатку, сквозь которую просвечивает жидкость. На тех участках, где кожа продолжает внешне сохранять нормальный вид, при стягивании или трении она легко отстает, как кожица с созревшего плода, — это признак Никольского (рис. 5). Такую же отслойку можно наблюдать на слизистых. При этом носовое дыхание становится затрудненным, голос сиплым.

Температура неправильного типа, вначале до 38—40°, может сменяться субнормальной; терморегуляция нарушена. Общее состояние тяжелое, появляется понос, ребенок плохо сосет, недоедает. Большая потеря жидкости кожей, лишенной эпидермиса, и недоедание ведут к эксиккозу. Моча содержит высокий процент белка. Отсутствие защитного слоя на всей поверхности способствует внедрению микробов и угрожает сепсисом. У недоношенных и слабых детей наблюдается образование глубоких некрозов.

Эксфолиативный дерматит считается разновидностью пузырчатки новорожденных. Этиология та же: чаще — золо-

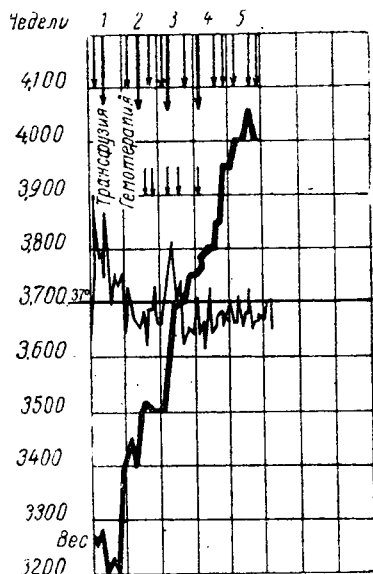


Рис. 4. Анатолий Г. Диагноз: пемфигоид, пневмония, отит.

тистый стафилококк, в иных случаях — стрептококк. При эпидемии пузырчатки в палате новорожденных у одного ребенка можно наблюдать эксфолиативный дерматит и одновременно у ряда других — пемфигоид. Имеются наблюдения, где у одного из двоен был эксфолиативный дерматит, у другого — пемфигоид. Мы видели у ребенка на одном участке кожи типичные элементы эксфолиативного дерматита, на другом — картину типичного пемфигоида. Существует немало наблюдений (Финкельштейн, Хедингер, Виланд), подтверждающих переход пемфигоида в форму дерматита Риттера. Все это свидетельствует о том, что эти две морфологически различные формы тесно связаны единой этиологией. Очевидно, один и тот же возбу-



Рис. 5. Дерматит Риттера (из руководства Пфаундлера).

дитель в силу каких-то причин вызывает различные клинические формы; в одном случае развивается пемфигоид, в другом — дерматит Риттера. Можно думать о колебаниях в анатомической структуре кожного покрова у новорожденных. Отслойка эпидермиса и по поверхности и в глубине благодаря большому уплощению сосочков и меньшей спайке с дермой у одних детей происходит легче и быстрее, чем у других. Слабость спайки тем отчетливее, чем моложе ребенок. Дерматит Риттера развивается преимущественно в первые дни жизни (первый — десятый дни), пемфигоид может появляться позднее.

Общая картина настолько ярка и характерна, что и диагноз и дифференциальный диагноз не представляют особых затруднений. Однако литература знает немало случаев, когда под диагнозом дерматита Риттера описывалась эритродермия Лейнера.

При эритродермии сосочковый слой никогда не бывает обнажен; наблюдается сухое мелкое или крупнопластинчатое шелушение, пластинки спаяны с нижним слоем. Для дерматита Риттера характерна отслойка лоскутов эпидермиса, под которым обнажается влажный сосочковый слой. Эритродермия начинается позднее дерматита.

Смертность при дерматите Риттера высокая—70—100%. Часто на секции не удается обнаружить каких-либо морфологических изменений со стороны внутренних органов. Иногда отмечается картина сепсиса, чаще же бывает так, что смерть наступает прежде, чем успеет развиваться картина сепсиса. Повидимому, причиной смерти является не одна только интоксикация, вызванная всасыванием с поверхности обнаженного кожного покрова большого количества токсинов и продуктов распада микробных тел и лоскутов ткани. Здесь скорее имеет место то состояние шока, которое наблюдается при ожогах с поражением больших поверхностей: потеря тепла, эксиккоз, падение функции сердечно-сосудистой системы.

Лечение должно быть направлено к устранению этих моментов согреванием, предохранением от излишней потери тепла. Необходимо воздержаться от купания до тех пор, пока не начнется эпителизация обнаженных участков. Предварительно очистив кожу от лоскутов, все обнаженные участки смазать красками на спирту (рецепты № 1 или № 2). Ягодицы, которые часто загрязняются, обмывать водой, смазывать 2—3 раза в день стрептоцидом (рецепт № 1) с последующим смазыванием риваноловой мазью (рецепт № 3). Всю остальную поверхность кожи густо припудривать несколько раз в день белой прокаленной и просеянной глиной (рецепт № 4).

№ 4. *Rp.* Bolus alba sterilis. 100,0.

DS. Присыпка

Белая глина абсорбирует серозное отделяемое, содержащее токсины и микробные тела, и, осыпаясь, уносит их; пудра препятствует приклеиванию белья, предохраняет от излишней травмы, от охлаждения и от проникновения бактерий.

Бороться с эксиккозом достаточным подвозом жидкости (*per os*, внутривенно, внутримышечно). Поднять сердечно-сосудистый тонус введением 15% глюкозы внутривенно

и внутримышечно. При затрудненном сосании (отслойка эпидермиса вокруг рта) — дозированное грудное молоко с ложечки. Трансфузии крови небольшими количествами (20 — 25 см³ с глюкозой), внутримышечные инъекции крови. При подсыхании очагов рекомендуются ванны с марганцовокислым калием (рецепт № 5).

№ 5. *Rp. Sol. Kalii hypermanganici 5% — 25,0.*

D.S. На детскую ванну.

После ванны весь кожный покров смазывается риваноловой мазью (рецепт № 3).

3. Опрелости раннего грудного возраста. Ягодичная эритема грудных детей. Интертригинозная стрептодермия. Сифилоидная эритема Севестр—Жакэ. *Streptodermia superficialis intertriginosa. Syphiloïdes postérosives de Sevestre et Jacquet.*

Под опрелостями принято понимать мацерацию кожи в складках, появляющуюся при плохом уходе или у тучных субъектов. У грудных детей раннего возраста (в первые 3 месяца жизни) в одних случаях можно наблюдать воспалительную красноту и влажность в складках кожи, вызванную плохим уходом или перегреванием. Эти явления, после устранения причин, их вызывающих, вскоре проходят. В других случаях развивается воспалительная краснота в складках шеи, подмышками, на ягодичах, межягодичных, паховых и бедренных складках, постепенно переходящая на поясницу и живот, мошонку, большие половые губы, на внутренние поверхности нижних конечностей и доходящая до стоп. Все эти пораженные участки долго сохраняют яркую красноту, в складках образуются глубокие мокнущие и кровоточащие трещины. При дальнейшем развитии процесса влажная лоснящаяся поверхность покрывается эрозиями, на фоне которых в области ягодич, бедер, поясницы и внутренней поверхности нижних конечностей появляются яркие, темнокрасные или синюшные папулы величиной от проса до чечевицы, плотные, блестящие; центр их истончен и слегка вдавлен. Эта форма впервые была описана французскими авторами как своеобразная стрептодермия раннего возраста и названа *syphiloïdes*

post-érosives de Sevestre et Jacquet. Наличие папул может симулировать люэс; поэтому эритема названа сифилоидной.

У ослабленных недоношенных детей и дистрофиков такие опрелости быстро появляются и могут привести к образованию глубоких пролежней на пояснице и пятках. Существует множество переходных стадий между формой, представляющей только опрелости и трещины, и папулезно-эрозивной формой.

Принято считать, что упорные опрелости при хорошем уходе — это проявления экссудативного диатеза. Конституциональный фактор оказывает большое влияние на течение таких процессов. У детей с экссудативным диатезом несомненно имеется определенная подготовленность и повышенная ранимость кожных покровов, опрелости у них развиваются быстрее, длятся долго, не поддаются лечению и рецидивируют.

Вопрос об этиологии этих опрелостей вызвал много споров. Сабуро, тщательно изучивший причины происхождения опрелостей, доказал их стрептококковую этиологию. Такие опрелости, появившись в периоде новорожденности, длительны, держатся неделями. Довольно часто этим опрелостям предшествует долго незаживающий, мокнувший пупок или заболевание груди матери. Первоначальная их локализация — ягодицы, место наибольшего раздражения. Некоторое время опрелости могут сохранять первоначальную локализацию и оставаться только местным процессом. Если лечение не будет своевременно предпринято, очаг начинает распространяться; при этом нарушается общее состояние ребенка: появляется беспокойство, плохой сон, пониженный аппетит, срыгивание, диспептический стул, остановка веса.

Дифференциальный диагноз может колебаться между эритемой Севестр и Жакэ и папулезными сифилидами, также свойственными этому возрасту. При сифилисе папулы неярко, блеклого медно-красного тона, с нежным шелушением в центре, без предшествующих эрозий. Сифилитические папулы располагаются и на гладкой поверхности, и в складках; при стрептодермии папулы расположены преимущественно на гладкой поверхности, при люэсе имеются еще другие признаки сифилиса и положительная реакция Вассермана.

Лечение. Ежедневные дезинфицирующие ванны (рецепт № 5). Систематическое, 2—3 раза в день, смазывание всей эритематозной поверхности, особенно в расправленных складках, спиртовыми растворами красок (рецепты № 1 и 2). При наличии глубоких или кровоточащих трещин, помимо красок, — примочка в виде прокладок из 1/4% ляписа (рецепт № 6), с последующим наложением мази (рецепт № 7).

№ 6. *Rp.* Sol. Argenti nitrici
 $\frac{1}{4}\%$ — 100,0.
DS. Примочка.

№ 7. *Rp.* Streptocidi rubri 2,0
 Ol. Jecoris aselli
 Vaselini aa 50,0.
MDS. Мазь.

В упорных случаях — ультрафиолетовое облучение.

При нарушении общего состояния, помимо местного лечения, главное внимание обратить на вскармливание (грудное молоко), применять гемотерапию, аскорбиновую кислоту (внутривенно, внутримышечно или per os по 0,1 на день).

Там, где общих расстройств нет, энергичное местное обеззараживающее лечение всегда эффективно, явления проходят бесследно и лишь в редких случаях рецидивируют, и то только у детей с экссудативным диатезом.

II. ПИОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Благодаря некоторым биологическим особенностям и анатомической структуре (устья потовых желез в грудном возрасте шире воронок волосяных фолликулов), потовые железы в этом возрасте чаще становятся очагами стафилококковой инфекции.

При нечистоплотном содержании ребенка, перегревании и чрезмерном закутывании его нередко можно наблюдать яркочерную мелкоточечную сыпь — потницу (*sudamina tubra*). Под влиянием повышенного потоотделения происходит выпячивание отверстий потовых желез, которые в этом возрасте часто бывают прикрыты слоем эпидермальных клеток. Этот мимолетный воспалительный процесс быстро проходит после устранения причин, его вызвавших. В отличие от скарлатины, на сыпь которой потница может походить, при последней между точечными элементами кожа

сохраняет нормальную окраску; сыпь потницы проходит вскоре после ванны и припудривания (рецепт № 8).

№ 8. Rp. Dermatoli 1,0
Talci veneti 10,0.
MDS. Присыпка.

Кроме того, при потнице нет явлений со стороны зева как при скарлатине.

Если влияние вредного фактора продолжается, создаются благоприятные условия для жизнедеятельности гнездящихся



Рис. 6. Perioritis staphylogenes (из руководства Пфаундера).

в устьях потовых желез стафилококков, которые, внедряясь в эпидермис, вызывают здесь пиогенную инфекцию. Образуются безболезненные пузырьки размером от булавочной головки до чечевицы с желтовато-белым содержимым, окаймленные нежным ободком красного цвета. Этот поверхностный гнойничковый процесс без выпячивания элементов и без инфильтрата называется перипоритом (*perioritis staphylogenes*) (рис. 6).

Усиленное потоотделение ведет к вымыванию гнездящихся в порах стафилококков, которые инфицируют поверхность вокруг отверстий. Перипориты проходят бесследно, не вызывая общих явлений. Дифференцировать с фол-

ликулитами легко: перипориты более плоские и поверхностные, содержимое их беловатое, в центре нет волосяного стержня. Локализация—затылок, спина, ягодицы.

Эта же локализация характерна и для глубокого поражения выводного протока потовой железы, расположенного в дерме и подкожной клетчатке. Стафилококки проникают

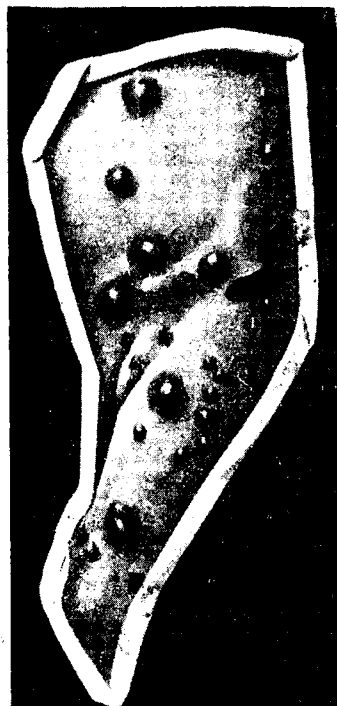


Рис. 7. Псевдофурункулез (из руководства Пфаундлера).

сюда из устья или же, первично размножаясь, образуют в протоке псевдофурункулы. Они быстро распространяются, становятся многочисленными—это так называемые милиарные абсцессы грудного возраста или псевдофурункулез (pseudofurunculosis). Название „псевдофурункулез“ указывает на то, что хотя элементы по аналогии с фурункулами также являются абсцессами, вместе с тем это не истинные фурункулы и отличаются от них течением и локализацией. Анатомическими исследованиями Левандовского доказана их локализация в протоках потовых желез.

В начале их образования псевдофурункулы могут быть невидимы, а лишь ощутимы в глубине кожи. По мере созревания элемента на поверхности кожи начинают обозначаться безболезненные узлы от горошины до грецкого ореха, без воспалительного отека и ин-

фильтрата, без повышения температуры (рис. 7). Цвет их слегка цианотичный; через 7—10 дней наступает расплавление и самопроизвольное вскрытие абсцесса. При этом выделяется сливкообразный гной с примесью крови. Процесс завершается легким западанием с образованием рубчика. Множественные абсцессы наблюдаются преимущественно у детей с расстройствами питания, в особенности при нарушении углеводного обмена, у детей кахектических, тубер-

кулезных, при хронических пневмониях, колитах и других заболеваниях.

Дифференциальный диагноз между псевдофурункулезом и фурункулезом устанавливается на основании полного отсутствия воспалительного инфильтрата, безболезненности, отсутствия общих явлений и повышения температуры, быстрого возникновения, затяжного течения. Абсцессы могут держаться неделями без заметных изменений. Постепенно кожа на поверхности приобретает сине-красный оттенок, истончается, абсцесс самопроизвольно вскрывается.

Течение всецело зависит от общего состояния. У резко ослабленных детей псевдофурункулез локализуется более глубоко — в подкожной клетчатке; в таком случае элементы приобретают тенденцию к слиянию и ведут к образованию флегмонозных и гангренозных очагов.

Лечение местное, сводится к дезинфицирующим ваннам (рецепт № 5), смазыванию поверхности кожи спиртовыми растворами красок (рецепты № 9 и 10).

№ 9. *Rp.* Methylviolet 1,0
Spiritus Vini 50° — 100,0
MDS. Наружное.

№ 10. *Rp.* Methylenblau 2,0
Spiritus Vini 50° — 100,0
MDS. Наружное.

При созревании вскрывать нежным проколом, осторожно, не выдавливая, удалить гной и приложить ватный тампон с чистым ихтиолом (рецепт № 11),

№ 11. *Rp.* Ichthyoli puri 25,0
DS. Наружное.

Участки здоровой кожи обтирать камфорным спиртом (рецепт № 12).

№ 12. *Rp.* Spiritus camphoratus 100,0
DS. Наружное.

Очень редко одна местная терапия оказывается достаточной. Все внимание должно быть обращено на общее лечение (колит, пневмония, дистрофия, авитаминоз). Одно из главных мест занимает диетотерапия. Важно возможно больше обеспечить грудным молоком, ограничить углеводы, обеспечить достаточным количеством белков и жиров (сливки, сливочное масло, содержащие витамин А). Необходимо раннее — начиная с двухмесячного возраста — введение рыбьего жира; начиная с пяти капель, постепенно повышать дозу и довести до двух чайных ложек в день.

Систематическое введение аскорбиновой кислоты ежедневно (внутривенно, внутримышечно или per os) в количестве 0,1 в течение 15—20 дней. При псевдофурункулезе особенно ободряющие результаты видны при гемотерапии — 10—12 инъекций по 10 см³ консервированной или материнской крови. При инъекциях избирать свободные от абсцессов участки, используя, помимо ягодиц, подлопаточные области.

III. ПИОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ У ДЕТЕЙ ВСЕХ ВОЗРАСТОВ

Заболевания волосяных фолликулов, независимо от возраста, проявляются в виде поверхностной стафилококковой инфекции — фолликулита, и более глубокой — фурункула.

В грудном возрасте преобладают стафилодермии потовых желез: вероятно, причина этого кроется в биологических особенностях еще не полностью функционирующих сальных желез в раннем возрасте, несмотря на их законченное анатомическое строение. Экспериментально это подтверждается тем, что при втирании в кожу грудного ребенка тех медикаментов (ртутные препараты), при раздражении которыми у взрослых возникают фолликулиты, у детей обнаруживаются перипориты. У детей секреторная функция сальных желез весьма ограничена; с возрастом она повышается и, после наступления периода полового созревания, достигает максимума.

Фолликулит — поверхностные стафилопустулы, слегка выступающие над поверхностью, окруженные воспалительным ободком, величиной с булавочную головку, содержат желтовато-зеленый гной, расположены в шиповатом слое эпидермиса; в центре проходит стержень волоса.

Плотная покрывка ссыхается и образует желтую корочку, которая отпадает, не оставляя следов. У детей фолликулиты редко развиваются первично: как правило, они возникают вторично в результате зудящих дерматозов (экземы, пруригинозных сыпей, вшивости и чесотки). Преимущественной локализацией является волосистая часть головы. На голове фолликулиты могут сливаться и вести к образованию флегмоны. Длительный и распространенный фолликулит волосистой части головы может осложниться

затылочным лимфаденитом и сопровождаться при этом повышением температуры.

Стафилококки, проникая вглубь дермы и подкожной клетчатки, вызывают образование болезненного инфильтрата, идущего через всю толщу кожи и слегка выпячивающегося на ее поверхности; это — фурункул. Расплавление инфильтрата ведет к образованию некроза фолликулярных стенок с выделением стержня. На месте фурункула происходит гибель фолликулов, заживление всегда заканчивается образованием рубца. Слияние нескольких, рядом расположенных фурункулов ведет к образованию карбункула. У детей раннего возраста фурункулы встречаются редко; образования карбункулов в этом возрасте, как правило, не наблюдается. Ближе к периоду полового созревания фурункулез иногда может протекать с таким же упорством и рецидивами, как это наблюдается у взрослых.

Ряд исследований подтверждает, что при склонности к фурункулезу наблюдается гипергликемия без гликозурии.

Лечение. Так как фолликулиты у детей развиваются преимущественно на волосистой части головы, где образуется скопление корочек, склеенных гноем с волосами, в результате чего возникают обширные наслоения, — то для их удаления вначале накладывается на сутки мазевая повязка из салицилового вазелина (рецепт № 13) под вощаной бумагой — как компресс.

№ 13. *Rp.* Acidi salicylici 2,0,
Vasellini 100,0.
MDS. Мазь.

Через сутки мыльной пеной смыть отставшие корочки и комки, пинцетом и ножницами осторожно, не отрывая плотно сидящих корок, удалить все остатки наслоений. В дальнейшем мыть голову смотря по течению процесса. Не мыть ежедневно. Обмытую поверхность смазать краской (рецепты № 9 или 10), после чего применить серно-дегтярные мази (рецепты № 14 или № 15).

№ 14. *Rp.* Flores sulfuris 4,0
Olei rusci 3,0
Vasellini 30,0
MDS. Мазь.

№ 15. *Rp.* Unguentum Wilkinsonsoni 50,0.
DS. Мазь.

При фолликулитах на гладкой коже рекомендуется, после предварительного смазывания краской (рецепт № 9), применить болтушку (рецепт № 16).

№ 16. *Rp.* Ichthyoli puri,
Sulfuris praecipitati aa 5,0
Zinci oxydati,
Talci veneti aa 10,0
Glycerini 25,0
Sol. Acidi carbolic
2% ad 100,0

MDS. Наружное; взбалтывать перед употреблением.

Фурункулы требуют консервативного лечения; при этом исключить всякие влажные компрессы, вызывающие свежее обсеменение вокруг очага.

При резкой болезненности можно применить компресс из 20% ихтиоловой мази. Вначале, в периоде развития инфильтрата, — сухое тепло, лучше всего в виде лампы соллюкс. После этой процедуры всю поверхность инфильтрата смазать краской (рецепты № 9 или 10), наложить тонкий слой чистого ихтиола и покрыть слоем ваты, которая при этом плотно приклеивается. Там, где инфильтрат не рассасывается, наступает созревание гнояника, процесс заканчивается некрозом фолликула; тогда необходимо, не выдавливая, удалить стержень, на отверстие наложить повязку из чистого ихтиола или мазь (рецепты № 17 или № 18).

№ 17. *Rp.* Ung. xeroformii 10% — 30,0. № 18. Ung. dermatoli 10% — 30,0

DS. Мазь.

DS. Мазь.

Ближе к пубертатному возрасту учащается общий фурункулез. Одна местная терапия оказывается недостаточной; требуется тогда применение общего лечения ртутно-кварцевой лампой, препаратами мышьяка (рецепт № 19).

№ 19. *Rp.* Liq. Kalii arsenicosi Fowleri 5,0,
Aq. Menthae piperitae 15,0.

MDS. 1 — 8 капель, 3 раза в день после еды (ребенку 10 — 12 лет). Повышая ежедневно по одной капле, довести до 8 капель, давать 10 дней и, снова снижая по одной капле в день, дойти до исходной дозы.

Аутогемотерапию проводить в количестве не менее 10—12 раз по 10 см³.

В диете необходимо ограничить количество углеводов.

IV. ОГРАНИЧЕННЫЕ ФОРМЫ СТРЕПТОДЕРМИИ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С КОЖНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ, У ДЕТЕЙ ВСЕХ ВОЗРАСТОВ

1. Типичные формы

а) Стрептококковая импетигиозная пиодермия. *Impetigo contagiosa* (Tilbury Fox).

Импетиго (от лат. *impetus* — внезапный, быстро появляющийся) — это самая распространенная форма поверхностной пиодермии. Заболевание инфекционное, эндемическое, эпидемическое. Учащается у детей после года и наибольшего распространения достигает между 3 и 10 годами. Стрептококк попадает через трещину рогового слоя и размножается в зернистом слое. Вследствие расширения капилляров происходит скопление прозрачной или мутноватой жидкости с отслойкой рогового слоя и образованием тонкостенной фликтены — плоского пузыря величиной от бисерины до гривенника, окруженного тонкой эритематозной каймой. Через несколько часов кожная покрывка фликтены разрывается; таким образом эфемерность этих элементов делает их неуловимыми. Второй характерный симптом — это желтовато-коричневатая, окруженная воспалительным венчиком корочка, которая является признаком более стойким и длительным. Вначале корка плотно прилегает к эпидермису, впоследствии засыхает и легко снимается.

Не менее частую форму импетиго у детей представляет *Impetigo vulgaris* — „настоящее импетиго“, обусловленное смешанной стрепто-стафилококковой инфекцией. Первоначальный элемент такой же, как при стрептогенном импетиго: вначале появляется фликтена с серозно-мутным содержимым, быстро превращающаяся в пустулу желтого цвета вследствие присоединяющейся стафилококковой инфекции. Содержимое, ссыхаясь, образует рыхлые, янтарного цвета, крошковатые корки.

Цвет корок со временем изменяется: они становятся желто-серыми или грязновато-коричневыми от примеси крови, постепенно высыхают и приобретают форму рако-

вины устрицы; в особенности большой величины они достигают на волосистой части головы. Когда через 8—10 дней корка сама отпадает, под ней обнажается нежнокрасного цвета пятнышко. Пигментации, как правило, не остается. Локализация обеих форм импетиго—лицо, вокруг глаз, ноздрей, рта и волосистая часть головы. Высыпание импетиго сопровождается легким зудом и жжением. Часто опухают регионарные железы, и нередко дело доходит до нагноения их.

У детей младшего возраста—8—20 месяцев—импетиго не всегда протекает в виде вялых тонкостенных фликтен. Оно может приобретать характер буллезной стрептодермии с острым началом, повышением температуры и образованием множественных крупных упругих пузырей, наполненных жидким зеленым гноем.

Существование импетигиозной формы дифтерии, при которой содержимое первичных элементов серозно-геморрагическое, обязывает все такие необычные формы проверять на бациллы Лефлера.

Неоднократно наблюдалась связь между эпидемией импетиго и скарлатиной, которой она может предшествовать (Крастелевская). Хоттингер наблюдал почти у 45% больных скарлатиной детей нетипичную форму импетиго.

б) Эктима простая. *Ecthyma simplex*.

У ослабленных детей дошкольного и школьного возраста, чаще летом и осенью, на туловище и нижних конечностях развиваются в глубоких слоях кожи—дерме—узелки с кедровый орех или вишневою косточку с серозно-гнойным пузырьком в центре и широким красным ободком по периферии. Вскоре элемент этот, засыхая, покрывается коричневато-желтой с кровянистым оттенком корочкой величиной с чечевицу, круглой формы (рис. 8).

Корка плотная и крепче прилегает к основанию, чем при импетиго; под ней глубокая, рыхлая язва с круглыми



Рис. 8. *Ecthyma simplex* (из руководства Пфаундлера).

краями, дно некротическое, покрыто грязноватым налетом. Поражается не только слой дермы, но и гиподерма. Заживление плохое; после отпадения корки пигментация держится долго, и остается рубец. Наблюдаются осложнения в виде гломерулонефритов, лимфангоитов и лимфаденитов.

в) Сверлящая эктима. *Ecthyma terebrans*.

Сверлящая эктима развивается в виде небольшого пузырька на красном пятне. Очень быстро под пузырьком появляется углубление в виде язвы, круглой или овальной формы, с заостренными краями, с сероватым дном и серозно-кровянистым отделяемым. Эти язвы стойко держатся, медленно проходят, являются спутником тяжелых расстройств питания. Наблюдаются у детей грудного возраста. В тяжелых случаях они сливаются, образуют большие глубокие гангрены и ведут к сепсису. Прогноз серьезный (рис. 9).

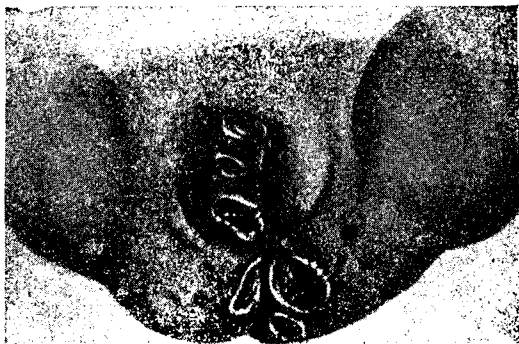


Рис. 9. *Ecthyma terebrans* (из руководства Пфаундлера).

2. Нетипичные формы

Наряду с типичными формами стрептодермии — импетиго и эктима, — существуют нетипичные формы этой поверхностной инфекции, которые чаще всего развиваются одновременно с основными формами, но иногда могут существовать и помимо них: а) панариций *Tourniole*, б) заеда — *angulus infectiosus, perlèche*, в) стрептодермия в складках за ушами — *streptoderma retroauricularis*.

а) Панариций. Иногда можно наблюдать панариций *Tourniole* у матерей или ухаживающего персонала тех детей, которые больны импетиго. У детей нередко импетиго сочетается с панарицием. Вокруг ногтя развивается

серозный экссудат; он постепенно сохнет, становится желтым, окружен яркокрасной каймой. Благодаря толщине рогового слоя на этом участке покров пузыря долго сохраняется, что мешает его ссыханию и образованию корки.

б) Заеда — *angulus infectiosus*, или *perlèche*.

До года наблюдается редко, чаще после трех лет, преимущественно в школьном возрасте. В углах рта образуются симметричные или односторонние трещины, иногда расположенные веерообразно, испещренные мелкими желтыми корочками, напоминающими застывшую смолу. Трещины легко изъязвляются (рис. 10).



Рис. 10. *Perlèche* (из руководства Пфаундлера).

Perlèche может напоминать сифилитические папулы; последние резко ограничены, имеют глубокий инфильтрат, при этом отсутствуют желтые корочки; имеются другие признаки сифилиса. Заеда легко распространяется в детских коллективах благодаря ее локализации.

в) Стрептодермия в складках за ушами — *streptodermia retroauricularis*. Кому не знакомы упорно длящиеся неделями и даже месяцами мокнущие, яркокрасные, иногда кровоточащие в глубине трещины,

наблюдающиеся в складках между ушной раковиной и височной костью, покрытые продолговатой медовой корочкой, изогнутой по ходу складки. По снятии корочки и при раздвигании складки обнажается влажная поверхность, покрытая легким налетом.

Все эти три атипичные формы импетиго объединяются особенностью локализации в складках, хроническим течением и медленным излечением. Развиваясь в складках, они утрачивают обычное течение и принимают затяжной характер.

По существу, нет никакой разницы между импетиго в виде пузыря и импетигиозным процессом в виде глубокой гноящейся трещины за ушами или в углах рта. Иногда заболевание начинается с фликтены на одном месте и закан-

чивается процессом в складках на другом участке. Бывает и так, что исходным очагом для рассеянных пузырей служат трещины в складках.

Недооценка этих нетипичных форм может стать причиной частых рецидивов импетигиозного процесса и хронического его течения. Довольно часто мокнущие в складках и трещины за ушами рассматриваются совершенно безосновательно как признак экссудативного диатеза; при этом много внимания уделяется диете и режиму и недостаточное внимание уделяется местному лечению.

Локализация импетиго изменяется, смотря по тому, первично ли возник процесс на коже, до того здоровой, или вторично — на фоне бывшего уже заболевания. При первичном возникновении элементов местами их излюбленной локализации у детей являются лицо, голова, грудь, реже туловище и конечности. Для импетиго ушной раковины причиной может быть течь из уха; на верхней губе источником часто является гнойный насморк, под глазами — конъюнктивит. При вшивости первые элементы появляются на волосистой части головы. Первичное возникновение импетиго между пальцами кистей и стоп, на коже лучезапястных и голеностопных суставов, а у маленьких детей — на ладонях, подошвах и ягодицах, т. е. на местах типичной локализации для чесотки, обязывает искать чесоточные ходы, лечить чесотку и стрептодермию.

Лечение направлено на то, чтобы, по возможности, ускорить засыхание гнойничков и предотвратить новые высыпания.

На волосистой части головы, там, где слияние элементов и склеивание с волосами ведет к образованию больших корок, последние необходимо удалить. Это достигается наложением компресса из салицилового вазелина (рецепт № 13). Через сутки смыть мыльной водой и пинцетом удалить отстающие корочки. Иногда через 1—2 дня придется повторять эту процедуру. Освобожденную поверхность смазать краской (рецепты № 1 или 2) и покрыть риваноловой мазью (рецепт № 3), после чего хорошо перейти на дегтярные мази (рецепты № 20, 21 или 22).

№ 20. *Rp.* Flores sul-
furis 3,0
Olei cadini 2,0
Vaselini 30,0

MDS. Мазь.

№ 21. *Rp.* Ac. borici
subtilissime
pulverati 4,0
Olei cadini 2,0
Vaselini 30,0

DMS. Мазь

№ 22. *Rp.* Olei rus-
ci 3,0
Vaselini 30,0
MDS. Мазь.

Если элементы рассеяны по всей поверхности кожи — не купать. Гнойники и окружающую кожу смазывать красками (рецепты № 1 или 2), а элементы смазывать мазью (рецепт № 20) или мазью Дарье (рецепт № 23).

№ 23. *Rp.* Hydrargyri oxydati flavi 1,0
 Resorcini
 Ac. salicylici aa 0,3
 Vaselini 30,0
MDS. Мазь.

Здоровые участки обтирать камфорным спиртом (рецепт № 12), 1—2 раза в день. При *angulus infectiosus* на корочки в углах рта, после предварительного смазывания спиртовым раствором краски, рекомендуется наложить мазь Дарье на цинковой пасте (рецепт № 24) или белую ртутную мазь (рецепт № 25).

№ 24. <i>Rp.</i> Hydrargyri oxydati flavi 1,0	№ 25. <i>Rp.</i> Unguentum hydrargyri praecipitali albi 2% 25,0
Resorcini	<i>DS.</i> Мазь.
Ac. salicylici aa 0,3	
Pasta zinci 30,0	
<i>MDS.</i> Паста.	

Затянувшаяся стрептодермия у грудных детей, в особенности недоношенных и рахитиков, оказывает анемизирующее влияние и ведет к расстройству питания; в этих случаях одна местная терапия безуспешна, необходимо применение общей терапии. Иллюстрацией является следующий случай.

Больная Александра Ф. Диагноз: Недоношенность, гипотрепсия, рахит, чесотка. Вес при рождении 2300 г. В возрасте 5 недель заболела чесоткой, осложнившейся стрептодермией. Лечение кожи в течение трех месяцев без эффекта. Стрептодермия не проходила, у ребенка развилась дистрофия, появились признаки рахита и авитаминоза. Несмотря на достаточное питание, хороший аппетит и местное лечение, к четырем месяцам, при поступлении в клинику, весила 3200 г. На волосистой части головы, шее, спине и конечностях — рассеянные фликтены. Значительный затылочный лимфаденит. Ясно выраженные признаки рахита, иногда повышение температуры; со стороны сердца, печени и желудочно-кишечного тракта — без особых уклонений. Со стороны мочи в осадке 5—7 клеток эпителия в поле зрения и 1—2 лейкоцита в поле зрения. Кровь: Hb—52%, эритроцитов — 3 220 000, лейкоцитов — 11 300. РОЭ — 16 мм за час.

В клинике продолжала получать то же питание; получила одну трансфузию и 10 внутримышечных инъекций крови, аскорбиновую кислоту, витамины А, Е, D и систематическое местное лечение. Через

10 дней все кожные явления исчезли; вес за 5 недель + 900 г, кровь после лечения: Hb — 70%, эритроцитов — 4 940 000, лейкоцитов — 12 500, РОЭ — 3 мм за час.

Ребенок поправился главным образом под влиянием общего лечения в сочетании с местной терапией (рис. 11).

Эктыма, как процесс более глубокий, медленнее поддается лечению, чем импетиго. Местно применять краски (рецепты № 1 или 2) и мази (рецепты № 17 и 26).

№ 26. Rp. Streptocidi rubri 2,0
Ol. Jecoris aselli 100,0
MDS. Наружное.

Непораженные участки кожи обтирать камфорным спиртом. Необходимо общее лечение в виде ультрафиолетового облучения, гемотерапии; внутрь — рыбий жир и витамины (С и А).

Главное внимание уделяется вскармливанию, достаточному введению белков, жиров, минеральных солей (овощи, фрукты) при обязательном применении общей терапии (трансфузии крови по 20—25 см³, внутримышечные инъекции крови по 10 см³ 10—12 раз; введение аскорбиновой кислоты).

3. Осложнения пиодермии. Микробная экзема

Прежде считали, что стрептококковые и стафилококковые заболевания кожи ограничиваются теми типичными и нетипичными формами, которые описаны выше. Сейчас установлено, что жизнедеятельность стрептококков и стафилококков этим не исчерпывается, и другие заболевания кожи обязаны своим происхождением этим возбудителям.

Главной причиной хронической пиодермии у детей является чесотка. Нередко наблюдается, что затянувшуюся пиодермию ошибочно принимают за проявления эксудативного диатеза. В таких случаях недооценка мест-

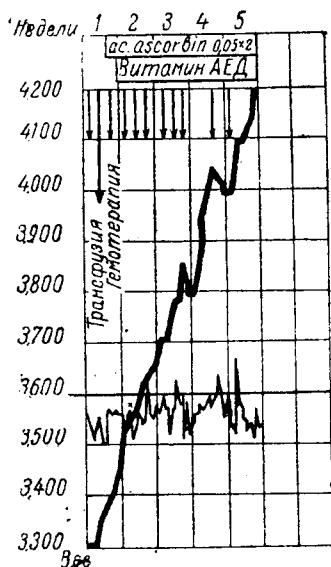


Рис. 11. Александра Ф. 4 мес. Диагноз: недоношенность, рахит, чесотка, стрептодермия.

ного лечения ведет к хроническому течению процесса. При длительной пиодермии у детей, начиная с раннего грудного возраста, можно уже спустя 3—4 недели наблюдать появление очагов экземы; иногда очаги эти развиваются только спустя несколько месяцев, а иногда, несмотря на длительное течение пиодермии, они вовсе не возникают. На месте импетигиозного очага при обычных условиях корочки, отделяясь, оставляют сухую, слегка розовую поверхность.



Рис. 12. Импетиго и микробная экзема (собств. наблюдение).

При экзematизации, обусловленной стафило- и стрептококками, под коркой образуется очаг микробной экземы.

Микробной экземой можно считать только такую, которая развивалась на коже, до того здоровой, только под влиянием микробов.

При обычной экземе очаги развиваются быстрее; причина, ее вызывающая, часто неуловима и неизвестна.

Стафило- и стрептококки при длительном воздействии на кожу сенсibiliзируют ее, появляются бляшки, состоящие из микровезикул, характерные для экземы (рис. 12).

В развитии таких процессов принимают участие не одни стафило- и стрептококки. Большое место в этиологии занимает и та почва, на которой развивается процесс: играет роль не только реактивность самой кожи, но и состояние всего организма. У детей-экссудатиков алиментарный фактор является той основной причиной, которая провоцирует кожные проявления, а пиогенные микробы у таких детей легче и быстрее ведут к сенсibiliзации кожи и к развитию микробной экземы.

Первые очаги микробной экземы развиваются на местах локализации элементов пиодермии и только позднее распространяются на других местах, сохраняя симметричность. Хотя некоторые авторы считают такую экзему

доброкачественной, быстро излечивающейся под влиянием одной только местной терапии, однако мы неоднократно убеждались в том, что эти формы принимают исключительно упорное и хроническое течение и имеют склонность к рецидивам.

Учитывая то состояние аллергии, в котором находится инфицированный туберкулезом детский организм, можно объяснить исключительное упорство и хроническое течение, которым отличается пиодермия при скрофулезе, т. е. пиодермальная инфекция у детей-экссудатиков, инфицированных туберкулезом.

Лечение микробной экземы местное, проводится так же, как и лечение пиодермий: спиртовые растворы красок (рецепты № 1 или 2), дегтярные мази (рецепты № 20 или 21 и 22) и стрептоцид на рыбьем жире (рецепт № 26).

Одновременно с местной терапией, не выжидая, сразу же применяется общее лечение, направленное на десенсибилизацию организма: ультрафиолетовое облучение в сочетании с гемотерапией. В питании ограничить количество углеводов, давать больше овощей, фруктов и витаминов.

Затянувшиеся пиодермии детского возраста, а также острые формы в раннем грудном возрасте требуют во всех случаях применения той активной общей терапии и полноценной диеты, которые проводятся при всяком затянувшемся расстройстве питания или авитаминозе и других заболеваниях. Как пример приводим историю болезни.

Евгений Ш., 3½ месяцев. Диагноз: рахит, чесотка, стрептодермия, лимфаденит, микробная экзема. Ребенок от первой беременности; вес при рождении 3500 г. У матери, вскоре после родов — мастит; кормит только одной грудью. В возрасте 1 месяца 3 недель перенес токсический колит, в возрасте 2 месяцев заболел чесоткой, осложнившейся стрептодермией. Через 1½ месяца, в возрасте 3½ месяцев поступил в клинику. На голове сплошная гнойная кора. Рассеянные элементы чесотки и стрептодермии на лице, туловище и конечностях. За ушами — мокнутие; затылочные и подмышечные железы величиной с фасоль, болезненные. Правая подмышечная впадина выполнена инфильтратом. Беспокоен из-за зуда. На местах длительных импетигозных элементов появились экзематозные бляшки с типичными, микровезикулами. Постепенно экзематозные бляшки стали появляться на отдаленных участках. Картина, характерная для микробной экземы. Помимо местного лечения, десенсибилизирующая терапия (рис. 13). Уже после двух внутримышечных инъекций крови прекратилось появление свежих элементов. У матери обнаружена чесотка, до того не леченная.

Иногда трудно бывает решить: то ли первично развившаяся диспепсия или пневмония создали почву для длительной пиодермии, то ли последняя при хроническом своем течении создала условия, предрасполагающие к

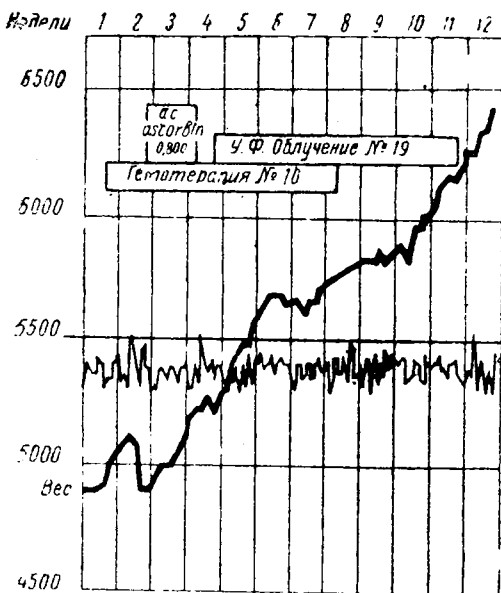


Рис. 13. Евгений Ш., 3 1/2 месяца. Диагноз: рахит, чесотка, стрептодермия, лимфаденит, микробная экзема.

повышенной заболеваемости. Бывает, что те и другие заболевания появляются одновременно. Ясно одно — что у детей распространенная, не уступающая местной терапии пиодермия не является самостоятельным процессом: она является или причиной или следствием других заболеваний или расстройств питания, при которых особенности вскармливания и степень гипо- или авитаминоза А и С занимают большое место и обуславливают особенности

течения пиодермии, а отсюда — необходимость в частом активном вмешательстве и общей терапии.

V. ПРОФИЛАКТИКА ПИОДЕРМИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Профилактика пиодермий детского возраста сводится к санитарно-гигиеническим мероприятиям, касающимся ухода за детьми и контроля за состоянием здоровья лиц, за ними ухаживающих (матерей, персонала). Еще до рождения ребенка внимание должно уделяться состоянию кожных покровов будущей матери, и при наличии пиогенной инфекции последняя должна быть ликвидирована до разрешения.

В палате новорожденных, помимо кожи, внимание врача должно привлекать состояние пупочной ранки, плохое заживление которой может послужить источником кожной инфекции. Кроме того, кожные покровы самой кормящей матери, трещины сосков, иногда нагнаивающиеся, — все это может стать источником кожной инфекции у ребенка.

Незаметный панариций на пальце у матери, сестры или санитарки, так же как скрытая под косынкой в волосах импетигиозная корочка, — все это бывало причиной эпидемий пиодермий в целых коллективах.

Регулярное купание детей, чистота белья, правильно организованный сон, при котором устранены все условия перегревания (пуховые подушки и одеяло), достаточное пользование солнцем и воздухом и правильный режим питания являются санитарно-гигиеническими профилактическими мерами борьбы с пиодермиями. Профилактика пиодермии тесно связана с профилактикой расстройств питания, которые создают благоприятную почву для развития пиодермий. Отсюда вытекает необходимость борьбы за грудное вскармливание, за правильную диететику. При этом следует обращать внимание на вред чрезмерного преобладания мучных углеводов, своевременно вводить витамины в режим питания, в особенности детям, получающим ранний докорм или находящимся на искусственном вскармливании.

Довольно частое развитие пиодермий на почве зудящих дерматозов требует своевременного устранения причинного заболевания (экземы, вшивости, чесотки, пруригинозных сыпей). Специальное внимание необходимо уделять наличию чесотки у матери, — неизбежному источнику инфекции ребенка.

Лечить надо тотчас же, при первых проявлениях, не упуская момента, не выжидая. При первом случае пиодермии в коллективе — изолировать ребенка немедленно, не создавая больших групп, так как это ведет к повышению вирулентности возбудителя.

В деле профилактики пиодермий не меньшее значение, чем санитарно-гигиенические, имеют мероприятия организационного характера, а именно: 1) о каждом новорожденном ребенке, выписанном из родильного отделения с кожными явлениями или с пупком в неудовлетворительном

Локализация в слоях кожи	Стафилодермии			
	ограниченные формы			диффузная форма
	связанные с кожными железами	не связанные с кожными железами		
гнойное воспаление потовых желез	гнойное воспаление сальных желез			
Эпидермально	Перипорит = пустула устья выводного про- тока потовой железы = peri- poritis staphylo- genes (преимуще- ственно у груд- ных детей)	Фолликулит = folliculitis - sta- phylodermia fol- licularis superfi- cialis (у взрослых и у детей всех возрастов)	Пузырчатка но- ворожденных= pemphigus neo- natorum conta- giosus= ^r pemphi- goid (только ранний грудной возраст)	Эксфолиатив- ный дерматит Риттера = der- matitis exfoliati- va Ritter v. Rit- tershain (только ранний грудной возраст)
Эпидермо- дермально	Псевдофурун- кулез=милиар- ные абсцессы потовых жел- ез = staphylo- dermia sudori- para suppurativa (у детей груд- ного возраста)	Фурункул = fu- runculus = sta- phylodermia follicularis profunda (реже у детей раннего возраста)		
Эпидер- мально	Осложнение			
	Микробная			
	Во всех			

детского возраста

Стрептодермии

Стрепто-стафилодермия (смешанная форма)	Стрептодермии		
ограниченные, не связанные с кожными железами	ограниченные, не связанные с кожными железами	опрелости	диффузная форма
Impetigo vulgaris (strepto-staphylogenes) (все возрасты)	<p>Типичные формы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Импетиго = Impetigo contagiosa (Fox—Tilbury) (все возрасты) 2. Пузырчатка новорожденных = pemphigoid (ранний грудной возраст) <p>Нетипичные формы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tourniole 2. Perlèche = angulus infectiosus 3. Streptodermia retroauricularis (дошкольный и школьный возрасты преимущественно) 	<p>Поверхностная интертригинозная стрептодермия = ягодичная эритема грудных детей = streptodermia intertriginosa superficialis retroauricularis, colli, inguinale, genitocrurale</p> <p>(ранний грудной возраст)</p> <p>Сифилоидная эритема Севестр и Жакэ = syphiloïdes post-érosives Sevestre et Jacquet</p> <p>(ранний грудной возраст)</p>	<p>Эксфолиативный дерматит Риттера = dermatitis exfoliativa Ritter, v. Rittershain</p> <p>(только ранний грудной возраст)</p>
	<p>Эктима простая = ecthyma simplex (дошкольный и школьный возрасты)</p> <p>Сверлящая эктима = ecthyma terebrans (ранний детский возраст)</p>		

п и о д е р м и й

э к з е м а

в о з р а с т а х

состоянии, а также и о матери с заболеванием кожи или сосков, должно немедленно сигнализировать в поликлинику; 2) врач детской поликлиники данного участка должен немедленно активно вмешаться в дело ухода и вскармливания такого ребенка, установить для него ежедневный патронаж на дому, ежедневное врачебное наблюдение и лечение; 3) в каждом детском кабинете поликлиники должен быть тот минимум оснащения медикаментами и перевязочным материалом, который необходим для обработки кожного больного при первом же обращении. Важно не только оказать помощь при первом обращении, когда заболевание находится в начальной стадии, но необходимо еще и показать и объяснить матери, каков способ применения назначаемых средств. Это в значительной степени обеспечивает успех амбулаторного лечения и предотвращает распространение начального процесса. Обработка кожного больного в кабинете должна сочетаться с санитарнопросветительной работой. Единый педиатр детской поликлиники является тем лицом, которое в своих руках держит все эти звенья своевременной профилактики и своевременной лечебной помощи, не забывая, что заболевания пиодермиями занимают далеко не последнее место в патологии детства. На некоторых участках работы они являются серьезной проблемой и мешают делу воспитания молодого поколения.

При длительной и рецидивирующей пиодермии всегда возникают подозрения на наличие источника инфекции в окружении. Это обязывает врача к осмотру остальных членов семьи и их лечению. Главной причиной чаще всего является чесотка. Только устранение первопричины обеспечивает успех в лечении.

Не следует забывать, что в больничной обстановке при лечении любого заболевания необходимо следить за состоянием кожи и лечить кожу одновременно с основным заболеванием. Здоровая кожа обеспечивает общее хорошее состояние, а нормально развивающийся ребенок имеет здоровую кожу.

О Г Л А В Л Е Н И Е

	Стр.
Предисловие	3
Введение	5
I. Пиодермии периода новорожденности	9
1. Пузырчатка новорожденных	—
2. Эксфолиативный дерматит Риттера	12
3. Опрелости раннего грудного возраста	16
II. Пиогенная инфекция потовых желез у детей грудного возраста	18
III. Пиогенная инфекция волосяных фолликулов у детей всех возрастов	22
IV. Ограниченные формы стрептодермии, не связанные с кож- ными железами, у детей всех возрастов	25
1. Типичные формы	—
а) Стрептококковая импетигиозная пиодермия	—
б) Эктима простая	26
в) Сверлящая эктима	27
2. Нетипичные формы	—
а) Панариций	—
б) Заеда	28
в) Стрептодермия в складках за ушами	—
3. Осложнения пиодермии. Микробная экзема	31
V. Профилактика пиодермий детского возраста	34

Сдано в набор 31/X 1944 г. Подписано к печати 9/III 1945 г. М — 00840
Тираж 2 000 экз. Печ. л. 2,5 Уч.-авт. л. 2,34. Формат 84×108^{1/82} Зак. № 151

Типография № 9 Управления издательств и полиграфии
Исполкома Ленгорсовета