

Пиодермии (пиодермиты — от греч. *ρυον* — гной, *derma* — кожа) — гнойничковые заболевания кожи: обширная группа поражений кожного покрова, вызываемых внедрением в него гноеродных кокков, чаще всего стафилококков и стрептококков. Клинически они проявляются высыпаниями, преимущественно пустулезного характера.

Гнойничковые болезни кожи — самые распространенные дерматозы, с которыми приходится встречаться среднему медицинскому персоналу. Пиодермиты возникают или первично на непораженной коже, или вторично, присоединяясь как осложнение к различным ее заболеваниям, особенно сопровождающимся зудом и мокнутием (экзема, чесотка и др.).

Пиодермии широко распространены среди населения, часто связаны с условиями труда и быта. Нередко они являются причиной временной нетрудоспособности. Гнойный процесс часто бывает очень длительным и рецидивирующим. Некоторые пиодермиты заразны для окружающих, и заболевание может принять характер эпидемии, что нередко отмечается в детских коллективах (школах, яслях и пр.).

В возникновении пиодермитов, помимо инфекционного агента, большую роль играет ряд провоцирующих факторов, способствующих проникновению кокков в кожу. Наиболее важны внешние факторы: травма кожи (даже мельчайшая); недостаточная личная гигиена. Гноеродные микро-

организмы (стафилококки и стрептококки), находясь в большом количестве на коже человека, при нарушении ее целости легко проникают в дерму. Кроме того, развитию заболевания способствует снижение иммунитета (функциональный иммунодефицит).

Клинико-морфологическая картина, течение и лечение пиодермий зависят от типа возбудителя, глубины проникновения его в кожу, тропизма к определенным ее структурам, например к фолликулу, потовой железе и др., от локализации процесса на том или ином участке кожного покрова и от индивидуальных свойств как самой кожи, так и всего организма. В соответствии с этим принято различать:

- стафилококковые пиодермии: поверхностные (остиофолликулит, фолликулит, сикоз, перипориты, пузырчатка новорожденных) и глубокие (фурункул, карбункул, гидраденит, псевдофурункулез детей), захватывающие дерму и подкожную основу;
- стрептококковые пиодермии: поверхностные (стрептококковое импетиго) и глубокие (эктима);
- хронические («атипические») пиодермии.

Выделяют также группу стрептостафилодермий — заболеваний, при которых первоначальным возбудителем является стрептококк с присоединением вскоре стафилококковой инфекции, что и обуславливает особенности клинической картины и течения процесса.

СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИИ

При стафилодермиях основным элементом кожных высыпаний является пустула, при глубоких пиодермиях им может быть и узел. Высыпания локализуются в области волосяных фолликулов (фолликулит), апокринных и сальных желез. После разрешения процесса в случаях глубоких пиодермитов остаются рубцы. При некоторых острых (фурункул, карбункул) и хронически текущих (сикоз) стафилодермиях в коже отмечается мощная перифолликулярная воспалительная инфильтрация.

Остиофолликулит (стафилококковое импетиго). Заболевание вызывает стафилококк, чаще — золотистый. Развитию заболевания способствуют нечистоплотность, загрязнение кожи пылью, избыточная потливость, применение согревающих компрессов и пр. Вначале возникает поверхностный (эпидермальный) гнойничок полушаровидной формы диаметром от 1 мм до 0,5 см и более, наполненный густым желтым гноем. В центре гнойничка торчит волос. Через 5–7 дней содержимое гнойничка засыхает в корочку, после отпадения которой следов не остается. Воспалительный процесс локализуется в эпидермисе в области воронки волосяного

мешочка, по нему инфекция может распространяться и вызвать более глубокое поражение (фолликулит, фурункул).

Лечебная процедура: следует проколоть гнойничок иглой, собрать гной ваткой, смоченной спиртом, смазать 1% спиртовым раствором анилиновых красителей. Повязка не нужна.

Фолликулит является дальнейшим развитием остиофолликулита или возникает первично в виде слегка болезненного ярко-красного плотноватого на ощупь конусовидного узелка, возникающего у корня волоса; через несколько дней в его центре появляется небольшой гнойничок, засыхающий в корочку, после отпадения которой обычно никаких следов не остается.

При наличии гнойничка лечение то же, что и при стафилококковом импетиго. Целесообразно также смазать гнойничок чистым ихтиолом и накрыть сверху тонким слоем ваты; ихтиол вскоре высыхает и прочно приклеивает вату. Повязки, клеолы, пластыри не требуются. Ихтиоловую лепешку меняют 1 раз в сутки до полного рассасывания уплотнения. На волосистых участках кожи предварительно срезают волосы ножницами. Мыть пораженные места водой не рекомендуется, окружающую кожу протирают 1 раз в сутки (при смене наклейки) спиртовым раствором. Средний медицинский работник должен знать, что применение чистого ихтиола эффективно лишь при правильной методике использования этого препарата.

Фурункул обычно развивается из остиофолликулита или фолликулита, при дальнейшем прогрессировании которых возникает плотный болезненный конусовидный узел ярко-красного цвета, в центре которого через несколько дней появляется размягчение; затем он вскрывается с выделением большего или меньшего количества гноя, образуя воронкообразную язву с желтовато-зеленоватым стержнем омертвевшей ткани на ее дне (рис. 29). В течение нескольких дней некротический стержень отделяется, язва очищается, быстро уменьшаются воспаление, отек, припухлость и болезненность; заживает фурункул всегда с образованием рубца.

Клинически различают *одиночный фурункул* и *локализованный фурункулез*, при котором элементы последовательно в течение длительного времени возникают в одной и той же области, например на предплечье, пояснице, ягодицах и пр. Причинами локализованного фурункулеза чаще всего являются неправильные приемы лечения (лечение компрессами, недолечивание остаточного уплотнения и др.) и режим (мытье участка кожи, на котором появляются элементы). Выделяют также *общий (распространенный) фурункулез* — хроническое появление все новых и новых элементов на различных участках кожного покрова. Общий фурункулез часто встречается у больных сахарным диабетом.



Рис. 29. Фурункул

Проводя лечение при *одиночном фурункуле*, иногда достаточно только наружной терапии в виде ихтиоловых наклеек (лепешек), прекращения мытья пораженных мест, применения физиотерапевтических методов (УВЧ, сухое тепло, ультразвук). Однако локализация даже одного фурункула на лице, в частности в области носогубного треугольника, носа и на губах («опасная локализация»), требует госпитализации больного, полного покоя для мимических мышц (нельзя разговаривать, есть можно только жидкую пищу) и проведения общей терапии. При локализации фурункула на лице и *при общем фурункулезе* обязательно применяют антибиотики широкого спектра действия (желательно с подбором путем антибиотграммы). Необходимы тщательное обследование больного и назначение исходя из результатов этого обследования коррекционных мероприятий. Для повышения сопротивляемости организма при хроническом фурункулезе назначают аутогемотерапию, инъекции экстракта алоэ, гамма-глобулин и пр. В упорных случаях проводят иммунотерапию стафилококковой вакциной, иногда полезен прием внутрь свежих пивных дрожжей и серы в порошках.

Местное лечение чистым ихтиолом следует проводить только до вскрытия фурункула. После вскрытия для удаления гноя накладыва-

ют несколько слоев марли, смоченной гипертоническим раствором натрия хлорида. После удаления некротического стержня и гноя из вскрывшегося фурункула назначают антибактериальные средства и мази, способствующие грануляции (мазь Вишневского). На инфильтрат вокруг язвы можно наносить Ихтаммол (Ихтиоловая мазь*) (20%).

Карбункул — наиболее тяжелая форма глубокой стафилодермии, характеризующаяся острым гнойно-некротическим воспалением кожи и подкожной жировой клетчатки, быстро распространяющимся в ширину и глубину. Клинически карбункул представляет собой несколько слившихся фурункулов, расположенных на общем резко отечном основании (рис. 30). При вскрытии карбункула образуется несколько отверстий, из которых выделяется густой вязкий гной желтовато-зеленого цвета с примесью крови. Больного беспокоят резкая боль в очаге, головная боль, ознобы; температура тела повышена, развитие карбункула связано как с высокими вирулентными и патогенными свойствами стафилококка, так и с понижением сопротивляемости организма.

Принципы лечения карбункула те же, что и при фурункуле. Назначение антибиотиков при этом обязательно. В ряде случаев может потребоваться хирургическое вмешательство. Больные с карбункулами могут быть госпитализированы.

Сикоз (от греч. *sycon* — винная ягода) — хроническое поражение кожи, вызванное золотистым или белым стафилококком; встречается чаще у мужчин. Локализуется, как правило, на коже лица (в области роста бороды и усов, у входа в нос). В очагах поражения на фоне гиперемированной и инфильтрированной кожи образуется



Рис. 30. Карбункул



Рис. 31. Вульгарный сикоз

множество поверхностных гнойничков и серозно-гнойных корок (рис. 31). Заболевание развивается на фоне нарушений иммунной и нервной систем (длительное переутомление, депрессии), дисфункции половых желез, воспалительных процессов в придаточных пазухах носа. В настоящее время сикоз встречается редко.

Назначают антибиотики, специфическую и неспецифическую иммунотерапию, коррекцию сопутствующих заболеваний. Наружно применяют антибактериальные и редуцирующие пасты и мази, УФО. Рекомендуется эпиляция волос в очагах поражения.

Гидраденит — гнойное воспаление апокринных потовых желез, чаще подмышечных. Развитию заболевания способствуют усиленная потливость, неопрятность, наличие зудящих дерматозов в подмышечных ямках, сахарный диабет и т.д. Вначале в глубине подкожной жировой клетчатки появляется болезненное при надавливании уплотнение (узел), в дальнейшем оно увеличивается, спаивается с кожей, которая на этом месте начинает взбухать, краснеть, затем в центре появляется размягчение, и гнойник вскрывается, выделяя большое количество гноя (рис. 32). Хронический



Рис. 32. Гидраденит

рецидивирующий гидраденит (гнойный гидраденит) рассматривается как аутоиммунное заболевание с длительным упорным течением.

При лечении гидраденита сначала состригают волосы, кожу протирают спиртом, накладывают ихтиоловую лепешку, которую меняют в период выделения гноя 2 раза в сутки. Поверх наклейки кладут пузырь с горячей водой. Назначают антибиотики широкого спектра действия, аутогемотерапию; в начальных стадиях полезны облучение УФ-лучами, УВЧ-терапия. При возникновении флюктуации и формировании абсцесса показано вскрытие гнойной полости с дальнейшим лечением по правилам хирургии.

У новорожденных стафилодермия характеризуется, как правило, поверхностными пузырями, не связанными с волосными фолликулами и потовыми железами (за исключением перипоритов и множественных абсцессов, обусловленных поражением потовых желез).

Перипориты (везикулопустулез) характеризуются появлением на волосистой части головы, в складках кожи туловища и конечностей гнойничков диаметром 1 мм, окруженных воспалительным венчиком. Высыпания, как правило, множественные, сопровождаются субфебрильной температурой тела. Заболевание длится 3–10 дней при неосложненном течении, одновременно началом лечения и правильном уходе. Довольно часто (до 70% случаев) перипориты осложняются множественными абсцессами. Это объясняется тем, что указанные 2 формы гнойничковых поражений детей представляют собой разные фазы единого патологического процесса.

При множественных абсцессах у детей (псевдофурункулез Фингера) воспалительный процесс возникает во всей мерокринной потовой железе. Этому способствуют нечистоплотное содержание ребенка, чрезмерное укутывание, повышенная потливость, а также пониженное питание, детские истощающие заболевания (энтериты, общие инфекции), рахит, искусственное вскармливание и т.д.

Гнойничковые высыпания локализуются на различных участках кожного покрова, особенно на волосистой части головы, в области затылка, где возникают глубокие воспалительные узлы величиной от горошины до лесного ореха (диаметром 0,5–2,5 см) багрово-красного цвета с синюшным оттенком. При вскрытии элементов выделяется желто-зеленый гной, некротический стержень отсутствует. Заболевание сопровождается нарушением общего состояния, протекает длительно и склонно рецидивировать, может привести к развитию сепсиса.

Для проведения лечения дети со множественными абсцессами подлежат госпитализации для тщательного обследования и индивидуальной терапии. Обязательно применение антибиотиков с учетом чувствительности к ним выделенных штаммов стафилококков. Для повышения иммунитета вводят гамма-глобулин, стафилококковый анатоксин, антифагин. Необходимы лечение сопутствующих заболеваний, правильное питание, общеукрепляющие средства, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, УФО).

Средний медицинский персонал должен знать, что успех терапии во многом зависит от правильного наружного лечения. При перипоритах элементы вскрывают стерильной иглой, а затем смазывают 2–3 раза в сутки 2% спиртовыми или водными растворами анилиновых красителей. После этого применяют присыпку из окиси цинка (5–10%) с тальком. Множественные абсцессы необходимо систематически вскрывать скальпелем и затем кожу смазывать 1–2% спиртовыми растворами анилиновых красителей. При локализации высыпаний на голове волосы необходимо по всей поверхности тщательно выстригать ножницами. Следует избегать перегревания ребенка, поскольку при возникновении потницы течение множественных абсцессов затягивается.

Пиококковый пемфигоид. Особого внимания со стороны медицинского персонала требуют дети с пиококковым пемфигоидом, или эпидемической пузырчаткой новорожденных. Это острое инфекционное высококонтагиозное заболевание возникает обычно на 3–6-й день жизни ребенка. Характеризуется пиококковый пемфигоид очень быстрым появлением на животе, вокруг пупка, на спине, в складках кожи, реже на конечностях поверхностных вялых пузырей (фликтены) диаметром до 1,5 см, окруженных воспалительным венчиком. Содержимое пузыря вначале серозное, затем быстро становится серозно-гнойным. После разрыва пузыря остается мокнущая эрозия, корка (в отличие от обычного импетиго) не образуется. У некоторых детей одновременно наблюдаются перипориты.

Общее состояние детей ухудшается, повышается температура тела. Эпидемическую пузырчатку новорожденных следует дифференцировать с сифилитической пузырчаткой новорожденных.

Злокачественной формой пиококкового пемфигоида является *экссфолиативный дерматит*. Заболевание также начинается с высыпания пузырей, которые быстро увеличиваются, вскрываются, что ведет к образованию обширных эрозий. Новорожденный имеет вид больного с ожогами II степени. Общее состояние таких детей очень тяжелое, температура тела повышается до 40–41 °С, может развиться токсико-септическое состояние, а затем и сепсис.

Для лечения обязательно назначают антибиотики или сульфаниламиды, витамины группы В и С, иммунотерапию. Особое зна-

чение имеют наружное лечение и уход за новорожденным. Когда в отделении для новорожденных у какого-либо ребенка возникает признак пиококкового пемфигоида, его переводят в гнойно-септическое отделение, выделяют медицинскую сестру по уходу за ним, а родильный дом закрывают на дезинфекцию. Мыть грудных детей следует осторожно в теплой ванне со слабым (бледно-розовым) раствором калия перманганата. Необходимо регулярно менять белье и одеяло, вскрывать пузырьки или отсасывать их содержимое шприцем. Кожу вокруг пузырей осторожно протирают 2% раствором борной или салициловой кислоты на 70% спирте. Эрозии обрабатывают анилиновыми красителями, бактерицидными мазями, присыпают ксероформом, воздействуют на них УФ-излучением. Новорожденных с эксфолиативным дерматитом помещают в кувезы, включают бактерицидные лампы. Участки внешне непораженной кожи смазывают 1–2% водным раствором анилиновых красителей, свисающие остатки отторгнувшегося эпидермиса осторожно срезают стерильными ножницами. Кожу ребенка обрабатывают стерильной присыпкой из талька для защиты ее от раздражения пеленками. Белье должно быть стерильным.

СТРЕПТОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИИ

При стрептодермии основным морфологическим элементом является разновидность гнойничка — фликтена — тонкостенный дряблый пузырек с мутным серозным содержимым, которое быстро сохнет и образует желтоватую корку. Процесс склонен к распространению по поверхности, обычно не связан с придатками кожи. Рубцы могут образоваться только после глубоких стрептодермий. Заболевание встречается преимущественно у детей и женщин и является контагиозным.

Стрептококковое импетиго начинается с появления вялого, дряблого, тонкостенного пузырька или пузыря, диаметром от 1 мм до 0,5 см, пузырька или пузыря, наполненного прозрачной или слегка мутноватой жидкостью, ссыхающейся в тонкие корочки. По периферии имеется узенький ободок воспаленной кожи.

В случаях присоединения стафилококковой инфекции содержимое пузырьков мутнеет, становится гнойным и засыхает в желтые или желтовато-зеленые толстые корки, лежащие на эрозированной поверхности (вульгарное, смешанное импетиго). Стрептококковое импетиго локализуется обычно на лице. Заболевание заразное, встречается чаще у детей и женщин, инфекция проникает в кожу через случайные ее повреждения. Нередко отмечаются домашние и школьные эпидемии. Заживление происходит путем эпителизации без образования рубца.



Рис. 33. Стрептококковая заеда

Своеобразной разновидностью стрептококкового импетиго является *пиококковая трещина губ*, или *заеда*, которая протекает обычно хронически. Возникает чаще у детей и пожилых людей (рис. 33). Вскрываясь, фликтены образуют линейные эрозии с обрывками эпидермиса. В дальнейшем появляются глубокие болезненные



Рис. 34. Вульгарное импетиго

трещины. Стрептококковую заеду необходимо дифференцировать с кандидозной заедой.

Существуют и другие разновидности стрептококкового импетиго: вульгарное, буллезное, эритематозно-сквамозное, интертригинозное, поверхностный панариций (рис. 34).

Лечение и профилактика поверхностных стрептодермий организуются исходя из того, что телесный контакт с больным может быть опасен, нельзя пользоваться его посудой, бельем, туалетными принадлежностями. Ребенок, страдающий импетиго, не должен посещать школу, детский сад, ясли и другие учреждения. Пораженные участки кожи не должны контактировать с водой. Окружающую здоровую кожу протирают несколько раз в день спиртовыми растворами. Больной должен мыть руки после каждого прикосновения к пораженным местам, ногти полезно смазывать йодной настойкой. Для лечения импетиго пользуются 1% растворами анилиновых красителей в 70% спирте. Эффективны мази, содержащие антибиотики Мупироцин (Бактробан*). При распространенных процессах у маленьких детей может оказаться полезным назначение системных антибиотиков.

Эктима — язвенная форма стрептодермии. Она возникает чаще всего на голених у истощенных людей, нередко наблюдается как осложнение зудящих дерматозов (чесотка, вшивость и др.). Начинается с крупного, диаметром 1,5 см, пузыря, наполненного мутным содержимым, вскоре засыхающим в рыхлую грязно-желтую корку, которая окружена отечной и покрасневшей кожей. После удаления корки обнаруживается довольно глубокая, болезненная при дотрагивании язва с гнойным неровным дном и отвесными сочными и мягкими краями. Длительность заболевания может составлять несколько недель.

У детей первых 2 лет жизни, резко ослабленных и истощенных, редко может возникнуть своеобразная и тяжело протекающая разновидность заболевания — *прободающая эктима*. Общее состояние ребенка нарушается, повышается температура тела, увеличиваются регионарные лимфатические узлы, появляются болезненные глубокие язвы, иногда доходящие до подкожной жировой клетчатки, покрытые слизисто-гнойным или кровянистым налетом. В развитии прободающей эктимы значение имеет инфицирование кишечной и синегнойной палочкой.

Лечение должно быть направлено на борьбу с возбудителями заболевания (антибиотики), повышение защитных сил организма, коррекцию обменных нарушений. Местное лечение сводится к проколу пузырей, удалению корок, обтиранию в окружности эктим непораженной кожи спиртовыми растворами. Имеющиеся волосы нужно состричь. Язвы обмывают горячим раствором перманганата



Рис. 35. Рожа

калия (1:5000), перекисью водорода, накладывают на них повязки с дезинфицирующими мазями.

Рожа (*erysipelas*). В группу стрептодермий входит также рожа (*erysipelas*) — инфекционное заболевание, протекающее в острой и хронической форме, вызываемое β -гемолитическим стрептококком и характеризующееся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением глубоких слоев кожи (слизистых), лихорадкой и общими токсическими явлениями. Инкубационный период длится от нескольких часов до 5 дней. Заболевание может развиваться после контакта с больным, страдающим стрептококковым заболеванием, в том числе хроническим тонзиллитом. Стрептококки проникают в кожу с ее поверхности в результате микротравм или лимфогематогенным путем из имеющихся в организме очагов инфекции. Начало острое, высыпания на коже, как правило, предшествуют головная боль, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 40 °С. У многих больных наблюдаются мышечные боли, тошнота, рвота. На коже нижних конечностей, реже на лице и туловище, появляется ограниченная, болезненная, отечная краснота, распространяющаяся на соседние участки в виде языков пламени (рис. 35). Кожа в очаге напряженная и горячая на ощупь. Кроме подобной эритематозной формы рожистого воспаления, возможны везикулезные, буллезные, геморрагические формы заболевания. Для лечебно-профилактических целей больной должен быть изолирован (госпитализирован) с назначением системных антибиотиков.

В части случаев рецидивы рожистого воспаления у конкретного больного могут повторяться по механизму аутоиммунного воспаления.

ХРОНИЧЕСКИЕ (АТИПИЧЕСКИЕ) ПИОДЕРМИИ

В эту группу объединяются заболевания, возбудителями которых становятся разнообразные микроорганизмы, вызывающие гнойные воспаления в коже. Хроническое течение заболевания определяется также измененной реактивностью макроорганизма, проявляющейся аутоиммунным характером реагирования. Из разновидностей атипических пиодермий следует особо выделить гангренозную пиодермию.

Гангренозная пиодермия характеризуется наличием на коже голеней и тыла стоп, реже других участках тела, множественных болезненных, сливающихся между собой язв, на дне которых видны гнойные и некротические массы, вялые грануляции. Края язвы несколько приподняты над уровнем неповрежденной кожи, слегка инфильтрированы. Во многих случаях больные испытывают постоянную боль в области язв. Процесс продолжается длительно, то затихая, то вновь прогрессируя, и отличается крайним упорством к терапии.

Лечение заключается в назначении мощных антибиотиков, общеукрепляющих препаратов, витаминов, иммуносупрессивной терапии в виде системных глюкокортикоидов. На язвы накладывают синтомициновую эмульсию, обрабатывают перекисью водорода, в последующем используют препараты, способствующие рубцеванию.

Профилактика всех видов гнойничковых заболеваний кожи заключается в соблюдении правил личной гигиены, улучшении санитарного состояния рабочих мест, диспансеризации населения, а также в санитарно-просветительной работе, проводимой не только врачами, но и средним медицинским персоналом.

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

- 41.** Укажите, к развитию какого заболевания чаще всего приводят пиодермии.
- А. Острый гастроэнтерит.
 - Б. Острый нефрит.
 - В. Нефротический синдром.
 - Г. Хронический гломерулонефрит.

42. Какой из перечисленных ниже пиодермитов вызывается стрептококком?
- А. Фурункул.
 - Б. Карбункул.
 - В. Рожа.
 - Г. Гидраденит.
43. Укажите, какие из перечисленных заболеваний являются контагиозными.
- А. Гидраденит.
 - Б. Фурункулез.
 - В. Вульгарное импетиго.
 - Г. Множественные абсцессы у детей.
44. Какие клинические признаки нехарактерны для стрептодермий?
- А. Локализация пустул в железах и волосяных фолликулах.
 - Б. Локализация пустул в складках кожи.
 - В. Тонкие, дряблые стенки пустулы (фликтена).
 - Г. Образование желтоватых корочек на месте ссохшегося экссудата.
45. В отношении больных фурункулезом все перечисленные ниже положения верны, кроме (выберите).
- А. Очень часто встречается у маленьких детей.
 - Б. Трение является одним из факторов, предрасполагающих к возникновению.
 - В. Может наблюдаться как осложнение сахарного диабета или лейкемии.
 - Г. Следует избегать повязок из липкого пластыря.
46. Укажите, какие клинические признаки нехарактерны для стафилодермий.
- А. Локализация пустул в волосяных фолликулах и железах.
 - Б. Коническая или шаровидная форма пустул.
 - В. Напряженная покрывка пустул, развитие фолликулитов.
 - Г. Локализация пустул в складках кожи.
47. При каком заболевании целесообразно наложение ихтиоловой лепешки?
- А. Фурункул.
 - Б. Экзема.
 - В. Вульгарное импетиго.
 - Г. Эктима.
48. Укажите, какое положение из приведенных ниже неверно для больных рожей.
- А. Часто встречается в области трещин на стопах, в углах рта.
 - Б. Начало заболевания острое.

- В. Высокая лихорадка всегда возникает после появления высыпаний, видимых невооруженным глазом на коже и слизистых оболочках.
 - Г. Инкубационный период — до 5 дней, эффективны антибиотики группы Пенициллина⁹.
- 49.** Укажите, какие лечебно-профилактические мероприятия не проводят в роддоме при возникновении у новорожденных пиококкового пемфигоида.
- А. Перевод больного ребенка в гнойно-септическое отделение.
 - Б. Выделение специальной медицинской сестры по уходу за больным ребенком.
 - В. Тщательное мытье детей с мылом.
 - Г. Регулярная полная замена белья и одеял.