

1/XII-48 г. с утра у больной начались непрерывные припадки, с 7 часов до 10 часов утра их было более 2 тысяч. На протяжении дня они купировались гексенолом и 25% раствором сернистой магнезии.

Больная была переведена в нейрохирургический госпиталь для оперативного вмешательства. В госпитале у больной вскоре начались припадки, следующие непрерывно один за другим. Несмотря на применение наркотиков, за сутки их было 938.

2/XII произведена широкая декомпрессивная трепанация левой височно-теменной области. Была рассечена крестообразно твердая мозговая оболочка, новообразований не найдено. Затем в различных направлениях и на различной глубине произведены мозговые пункции, патологических образований не отмечалось, но пульсация мозгового вещества отсутствовала. Операция прошла без осложнений, послеоперационное течение было средней тяжести. Рана зажила первичным натяжением.

Припадки после операции резко уменьшились, наступали больше в ночное время и первые 2 дня после операции совершенно отсутствовали. В последующие дни припадков было 15—20—30. Припадки по своему характеру были аналогичными наблюдаемым в психиатрической больнице.

С 14/XII больная стала самостоятельно ходить, со стороны глазного дна особых изменений не отмечено.

17/XII больная была обратно переведена в психоневрологическую больницу, где припадки наступали не каждую ночь, с частотой от 19 до 23. С 24/XII-48 г. больная начала ходить на работу в мастерскую. На вопросы отвечала правильно, но замедленно, жаловалась на головные боли непостоянного характера.

С 26/XII припадки стали учащаться до 100 за 1 час и купировались медикаментозно. С начала же 1949 г. их не было в течение четырех месяцев. В апреле припадков было 10, в мае — 4, в июне — около 428 (причем во время одного из припадков больная сломала ключицу), в июле — 12, в августе около 200, в сентябре — 232. С 26/IX припадков не было. С 13 по 15/IX у больной отмечалось кровотечение из носа, с 16/IX по 7/X наблюдалось сумеречное расстройство сознания, и 16/X-49 г. больная была выписана домой.

По катamnестическим сведениям, со слов матери от 2/IV-58 г., припадки все это время после выписки были нечастыми: один раз в 1—2 месяца, сопровождалась потерей сознания, судорогами, прикусами языка, последующим сном. Во время припадков сильно ушибается, однажды выбила себе передние зубы. Сумеречные расстройства сознания, странности поведения по шизоформному типу, а также дистимии у больной продолжались, как и ранее, вследствие чего она не один раз находилась на лечении в различных психиатрических больницах. Последний раз она лежала в 1-й Республиканской психоневрологической больнице Удмуртской АССР с 12/VIII-57 г. по 5/III-58 г. с диагнозом: шизофрения, простая форма.

Ближайшие и отдаленные последствия перенесенной декомпрессивной трепанации черепа показывают целесообразность ее проведения, тем более, что все терапевтические средства приостановить эпилептический статус оказывались бессильными. Помимо тяжелейшего состояния больной из-за непрерывного эпилептического статуса, показанием для операции являлось подозрение на новообразование в левой височно-теменной области и, возможно, дистигеркоз мозга.

При операции новообразований не было найдено, но отсутствие пульсации головного мозга показывало на имеющуюся гипертензию, которая при декомпрессивной трепанации снизилась, в результате чего количество припадков значительно уменьшилось.

Катamnестические данные спустя 10 лет после операции показывают, что после оперативного вмешательства припадки стали редкими, хотя характер их не изменился, и вся психопатологическая симптоматика осталась прежней.

Поступила 12 апреля 1958 г.

## СЕМЕЙНАЯ ФОРМА ЭКСФОЛИАТИВНОГО ДЕРМАТИТА РИТТЕРА<sup>1</sup>

*Канд. мед. наук И. М. Лифшиц*

Из городского кожно-венерологического диспансера Казани  
(главврач — М. Н. Петухов, научный руководитель — проф. Я. Д. Печников)

Эксфолиативный дерматит новорожденных, впервые описанный Риттером в 1878 г., встречается довольно редко.

Заболевание начинается в первые дни или недели после рождения с покраснения кожи в окружности рта, быстро распространяется по всему телу и сопровождается

<sup>1</sup> Доложено с демонстрацией больной на заседании Казанского общества дермато-венерологов 25/XII 1957 г.

лоскутной отслойкой эпидермиса. Образующиеся обширные эрозивные поверхности иногда мокнут, давая неправильное представление о наличии пузырей (Фрюфальд).

В отношении этиологии и патогенеза до сих пор нет единого мнения. Некоторые считают кишечную интоксикацию главной причиной (Лейнер, Бек), другие, как сам Риттер, считают дерматит приемическим заболеванием.

Кнепфельмахер и Лейнер объединяют в одну форму пузырчатку новорожденных и эксфолиативный дерматит.

Все сходится на одном мнении, признавая дерматит тяжелейшим заболеванием, приводящим в половине случаев к летальному исходу.

Интересно отметить, что ни один автор при обсуждении описываемых случаев не касается роли материнского организма в возникновении заболевания.

В доступной литературе мы не нашли упоминания о семейной форме эксфолиативного дерматита.

Нам представилась возможность наблюдать заболевание эксфолиативным дерматитом Риттера у новорожденной девочки, которая родилась уже с активными его проявлениями.

Вызванный в тот же день (28/X-57 г.) консультант-дерматолог сделал в истории болезни следующую запись: сплошная эритродермия всего кожного покрова; на многих участках эпидермис сходит пластами; имеются эрозивные участки на туловище; отечность всего кожного покрова; выворот век.

Через два дня на повторную консультацию был вызван автор этих строк и обнаружил следующее: кожные покровы в таком же состоянии, как это описано первым консультантом; никаких гнойных и серозных пузырей не обнаружено; общее состояние у ребенка средней тяжести, дыхание учащенное. Температура нормальная, грудь сосет удовлетворительно. Был поставлен диагноз — эксфолиативный дерматит Риттера. Назначенная терапия: инъекции пенициллина по 25 000 ед. каждые 4 часа, смазывание всего тела 1% синтомициновой эмульсией, мытье мыльной пеной с водой каждые 3 дня; в комнате поддерживалась температура воздуха 22—24°.

Через 15 дней кожа ребенка почти очистилась. В дальнейшем, после выписки, через 7 дней, дома продолжали ту же терапию в течение двух недель (кроме пенициллина, который был дан в общей сумме 1,8 млн. ед.).

У ребенка до четырехмесячного возраста кожа на лице и волосистой части головы покрывалась часто тонкими чешуйками себорройного характера.

В дальнейшем кожа свободна от высыпаний, ребенок развивается нормально.

Значительный интерес представляет анамнез матери. В детстве она перенесла почти все детские инфекции. Отец, братья и сестры умерли от туберкулеза легких. В 8-летнем возрасте была на учете в туберкулезном диспансере. В 14-летнем возрасте выпала из окна второго этажа, упала на голову, результатом чего были тяжелая травма черепа, разрыв многих связок и перелом нижних конечностей. В течение всех последующих лет она страдала головными болями и частыми эпилептиформными припадками. В 1947 г. лежала в терапевтической клинике и клинике нервных болезней Казанского ГИДУВа, где пробыла несколько месяцев и выписалась в удовлетворительном состоянии. До последнего времени изредка появлялись прежние припадки, вызванные чаще всего или нервными переживаниями, или переутомлением. В 1945 г. появились псориазные бляшки на левой голени, где перед этим была, глубокая язва после ушиба (тяжелые сани переехали левую ногу).

В 1950 г. вышла замуж. Муж здоров. Первые роды в 1951 г. были нормальные, девочка здорова по сей день. Вторые роды были в 1952 г.; родилась девочка в положенные сроки, весом 2800 г с такими же проявлениями на коже, как у описанного ребенка, но в более тяжелой форме; на третьи сутки ребенок умер от общего сепсиса.

В феврале 1954 г. родился третий ребенок — девочка с подобными же проявлениями на коже. Еще в роддоме предпринималась искусственная отслойка эпидермиса с последующим смазыванием марганцовокислым калием и рыбьим жиром без особенного успеха. Через 1,5 месяца ребенок был госпитализирован в кожную клинику КГМИ, где получил инъекции пенициллина в общей сумме 65000 ед. и стрептомицина — 175000 ед. Консультант-педиатр установил левостороннюю мелкоочаговую пневмонию и диспепсию. Через 7 дней, по личной просьбе матери, ребенок был выписан домой. Через 4 дня ребенок в тяжелом состоянии вторично был госпитализирован в ту же клинику, где диагностировали двухстороннюю бронхопневмонию и диспепсию. Проведенные пенициллинотерапия, переливание крови, ванны с марганцовокислым калием, смазывание тела ланолином не дали результатов. Через 15 дней пребывания в клинике ребенок умер при явлениях сердечной недостаточности.

В описываемом случае эксфолиативного дерматита необходимо подчеркнуть его семейный характер.

Наличие в семье матери туберкулеза легких, травма головы у матери с развитием эпилептиформных припадков в последующем, видимо, играли роль в создании у потомства патологических состояний, проявившихся у новорожденных в форме дерматита Риттера.

Поступила 28 июня 1958 г.