

ГРИБКОВАЯ ФЛОРА В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ И МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ТРИХОМИКОЗАМИ

Л. И. БОГДАНОВИЧ

Изучение грибковой флоры имеет большое эпидемиологическое значение и позволяет более правильно организовать борьбу с дерматомикозами, так как при одном и том же заболевании могут быть различные источники заражения. В частности, при микроспории, вызванной пушистым микроспорумом, источником заражения главным образом являются кошки, а при той же микроспории, но вызванной ржавым микроспорумом, источник заражения — человек. При глубокой трихофитии, вызванной фавиформным трихофитомом, источником заражения являются телята и коровы, а при той же глубокой трихофитии, но вызванной гипсовым трихофитомом, — в основном крысы и мыши. Таким образом, для успешной борьбы с дерматомикозами и для эффективного проведения как лечебных, так и санитарно-профилактических мероприятий необходимо знать видовой состав грибов.

Изучение видового состава грибов в Витебской области ранее не проводилось, а борьба с дерматомикозами велась по общим принципам, без учета особенностей грибковой флоры. При этом неснижаемость заболевания дерматомикозами частично пытались объяснить плохой

работой ветеринарных врачей и недостаточной помощью со стороны врачей общей медицинской сети.

Другим обстоятельством, побудившим нас к изучению этого вопроса, явилось то, что Министерством здравоохранения СССР поставлена перед дерматологами задача в ближайшее время ликвидировать фавус (паршу) и резко снизить заболеваемость трихофитией и микроspорией. Между тем заболеваемость этими дерматомикозами в Витебской области до настоящего времени заметно не снижается.

Все вышесказанное и заставило нас заняться изучением грибковой флоры в Витебской области с тем, чтобы внести посильный вклад в дело борьбы с дерматомикозами.

Грибковая флора в Витебской области изучалась методом культуральной диагностики; при этом патологический материал, взятый у грибковых больных, засеивался на среду Сабуро, после чего проводилось макроскопическое и микроскопическое исследование выросших культур.

Было проведено 1014 культуральных исследований. При этом наибольшее внимание мы уделили изучению грибов, вызывающих трихомикозы, т. е. трихофитию, микроspорию и фавус, так как вопрос борьбы с этими заболеваниями является самым актуальным.

Анализ полученных данных показал следующее. Среди грибов, вызывающих трихомикозы, наиболее распространенным оказался фиолетовый трихофитон — возбудитель поверхностной трихофитии. На его долю приходится 55%. Вторым по распространенности явился кратеровидный трихофитон (29%) — также возбудитель поверхностной трихофитии. Реже встречается грибок ахорион Шенлейна (9%) — возбудитель фавуса. Все эти виды грибов антропофильные. Следовательно, источником заражения является больной человек.

Наименьшее распространение имеют зоофильные грибки (при которых источником заражения являются животные), в частности, фавиформный трихофитон (6%) и гипсовый трихофитон (0,5%) — возбудители глубокой трихофитии, а также возбудитель микроspории — пушистый микроspориум (0,5%). Из приведенных данных видно, что зоофильные грибки составляют лишь 7%.

Таким образом, при встречающихся в Витебской области трихомикозах источником заражения является

главным образом человек (93%), а не животные. Следовательно, успех борьбы с грибковыми заболеваниями в настоящее время в основном зависит от работы дерматологов и в меньшей степени от состояния ветеринарной службы.

При исследовании патологического материала с гладкой кожи и ногтей выявлены следующие виды грибов. Чаще всего высевался эпидермофитон Кауфманн — Вольф — возбудитель эндермофитии стоп. Несколько реже — фиолетовый, кратеровидный и фавиформный трихофитоны, довольно редко — гипсовый трихофитон и очень редко — красный эпидермофитон (возбудитель руброфитии).

Наиболее актуальным вопросом в нашей стране является борьба с трихомикозами, т. е. с фавусом, поверхностной, хронической и глубокой трихофитией и микроспорией.

Однако в Витебской области микроспория встречается очень редко (в 1963 г. — 0,3%), а глубокая трихофития волосистой части головы — в 6%. К тому же это заболевание заканчивается самонзлечением в течение нескольких месяцев.

Следовательно, наиболее важной и первоочередной задачей является правильная организация борьбы с фавусом, поверхностной и хронической трихофитией.

Одним из важных мероприятий в борьбе с указанными заболеваниями является изоляция и лечение выявленных больных. Для этого необходимо 100% их госпитализация, так как длительное (2,5—3 месяца), многоэтапное лечение этих больных в амбулаторных условиях представляет определенные трудности (особенно при поражении ногтей), а больной в результате неизбежного контакта со здоровыми может стать источником заражения.

Вторым, не менее важным мероприятием являются массовые весенние и осенние профилактические осмотры детских коллективов, так как вышеуказанными трихомикозами заболевают только дети. Взрослые могут болеть хронической трихофитией и фавусом, но только в том случае, если они заболели в детском возрасте и не лечились. Здоровый взрослый человек этими трихомикозами не заболевает.

Учитывая хроническое течение, медленное распро-

странение процесса и нерезко выраженную контагиозность этих заболеваний, мы считаем, что достаточно проверять все детские коллективы на грибковые заболевания 2 раза в год; тем более, что в действительности в течение года не всегда проводятся даже однократные осмотры детских коллективов.

Третьим важнейшим мероприятием является обязательный осмотр контактов и членов семей выявленных больных. Общепринято, что такие осмотры проводятся участковыми врачами. Мы считаем, что осмотры контактов и членов семей должны проводиться, кроме того, и дерматологами. Это необходимо потому, что участковые врачи хроническую трихофитию взрослых почти не выявляют в связи со слабо выраженной клинической картиной. Эти невыявленные больные остаются источниками заражения и способствуют дальнейшему распространению трихофитии. По литературным данным, такие больные являются источниками заражения детей в 30% случаев.

Эти мероприятия являются самыми главными. От их выполнения в основном и зависит успех борьбы с трихомикозами. Однако в Витебской области применяются сокращенные сроки стационарного лечения грибковых больных с долечиванием их амбулаторно (это нередко приводит к рецидивам). Обследование контактов и членов семей проводится недостаточно (часто не дерматологами), а профилактические осмотры не охватывают все детские коллективы.

В результате этого некоторые грибковые больные не выявляются и остаются источниками заражения. Об этом свидетельствует то, что количество ежегодно выявляемых грибковых больных в нашей области находится на одних и тех же цифрах. Следовательно, установилось некоторое равновесие между количеством выявляемых и излечиваемых грибковых больных и количеством заболевающих.

Некоторые дерматологи республики придают большое значение еще одному мероприятию — поголовному осмотру на выявление больных дерматомикозами. Мы считаем, что проведение поголовного осмотра всего населения нашей республики нецелесообразно. Такие осмотры можно проводить только в отдельных населенных пунктах, наиболее неблагоприятных в отношении грибковых

заболеваний, под непосредственным руководством дерматологов. Этому мнению придерживается и ведущий миколог нашей страны проф. А. М. Ариевич (1955). Кроме того, ни в одной республике, кроме Белоруссии, поголовный осмотр всего населения не проводится.

Нецелесообразность этого мероприятия объясняется следующим.

1. Дерматологи не могут осуществить непосредственное руководство по проведению поголовного осмотра населения всей республики, а без их руководства этот осмотр малоэффективен.

2. Осмотр взрослых участковыми врачами приносит мало пользы, так как больные хронической трихофитией ими обычно не выявляются. Гораздо проще и легче можно выявить взрослых больных, в том числе и больных хронической трихофитией, при осмотрах дерматологами контактов и членов семей выявленных больных.

3. Для того чтобы при подворном обходе застать и осмотреть всех членов только одной семьи, необходимо неоднократное посещение, а для того чтобы осмотреть всех жителей населенного пункта, необходима затрата огромного количества времени и труда. Однако польза от такой большой трудоемкой работы крайне незначительна. Это иллюстрируется следующим расчетом, подтвержденным нашими статистическими материалами. Для того чтобы выявить 1-го грибкового больного при подворном обследовании населения, необходимо осмотреть в среднем более 1600 лиц, т. е. выявление грибковых больных составляет 0,06%. Такой труд явно непродуктивен. В то же время при обследовании контактов и членов семей процент выявления грибковых больных в 1963 г. составил 20,7.

К сожалению, из-за проведения малоэффективного поголовного осмотра частично упускается главное — не полностью обследуются контакты и члены семьи выявленных больных и плохо проводятся профилактические осмотры детских коллективов. Этим и можно объяснить малый эффект в борьбе с грибковыми заболеваниями в нашей области.

Вместо поголовного осмотра всего населения республики для выявления больных дерматомикозами необходимо все усилия дерматологов и участковых врачей направить на обязательное обследование всех контактов

и членов семей, на систематическое проведение профилактических осмотров всех детских коллективов 2 раза в год. Выполнение этих двух мероприятий должно очень строго контролироваться облкожвендиспансером и облздравотделом. Необходимо также создать в Витебской области специализированный стационар на 50 коек.

Задача, поставленная перед дерматологами нашей республики и, в частности, перед дерматологами Витебской области (ликвидация фавуса и резкое снижение заболеваемости трихофитией и микроспорией в ближайшие годы) является реальной, но эта задача может быть решена только при условии выполнения вышеуказанных трех основных мероприятий.