

друг друга: организация систематической дезинфекции в банях и душевых, профилактические осмотры и лечение микозов у персонала, широкая санитарно-просветительная работа, осуществление диспансерных методов борьбы, применение массовой и личной профилактики. В основе этого комплекса лежит улучшение санитарно-гигиенического состояния бань.

Заболеваемость населения эпидермофитией стоп в Армянской ССР ранее не была изучена.

Нами обследовано 155 работников бань. Клинические проявления заболевания стоп выявлены у 86 (56,1%). У 77 из них была клиническая картина эпидермофитии, а у 9—поверхностного кандидамикоза. Из 44 терщиков больными оказались 28, из 88 уборщиков—47, из 23 гардеробщиков—11 чел.

При распределении больных по стажу работы выяснилось, что со стажем до 1 года было 2 чел., 1—5 лет—21, 5—10 лет—34, свыше 10 лет—29 чел. Тот факт, что больных со стажем до года очень мало, указывает, что инфицирование происходит именно в период работы в банях.

Из 86 больных у 37 наблюдались изменения, свойственные сквамозной эпидермофитии, у 25—интертригинозной, у 2—дисгидротической; миконосительство выявлено у 6; эпидермофитийный онихомикоз наблюдался у 7 банщиков. У 9 больных обнаружена кандидамикотическая эрозия стоп, причем у 3—в сочетании с поражением кисти. Кроме больных с микозами стоп, у 10 человек выявлена пиококковая опрелость. При сквамозной эпидермофитии заболевание проявлялось мелкопластинчатым и крупнопластинчатым шелушением в III—IV межпальцевых складках при отсутствии воспалительных явлений.

У больных с интертригинозной эпидермофитией в III и IV или только в IV межпальцевой складке наблюдалась гиперемия, опрелость, трещины и отслойка серо-белого рогового слоя мацерированного эпидермиса. Эти больные жаловались на зуд и потливость стоп.

У больных с дисгидротической эпидермофитией наблюдались пузырьки на своде и на боковых поверхностях пальцев на фоне отека гиперемированной кожи. У больных с онихомикозами мы наблюдали начальные стадии поражения ногтя в виде желтых пятен в толще ногтевой пластинки, подногтевого кератоза и разрушения свободного края ногтя, а также тотальное поражение ногтевой пластинки.

У 6 лиц в соскобе, взятом с видимо здоровой кожи межпальцевых складок, был обнаружен мицелий грибка. Эпидемиологическое значение таких носителей очевидно; эти лица являются неуловимыми источниками инфекции [1, 5, 6]. Аллергических высыпаний эпидермофитидов не было обнаружено.

Особенностью эпидермофитии у наблюдавшихся нами банщиков является ограниченность и незначительная интенсивность кожных проявлений в виде шелушения, трещин, мацерации кожи. Преобладала межпальцевая сквамозная эпидермофития. Большинство больных жалова-

лось на зуд, однако свое состояние они объясняли воздействием горячей воды и соды, а не болезнью. За медицинской помощью не обращались.

Представляют интерес 9 больных с кандидомикотическим поражением кожи стоп. Клиническая картина выражалась в значительной мацерации кожи соприкасающихся поверхностей пальцев стоп, в опрелости, трещинах, ярко-красных блестящих эрозиях, прикрытых обрывками мацерированного эпидермиса.

У двух больных заболевание стоп сочеталось с межпальцевыми эрозиями кистей, у одного—с паронихией и онихией II пальца правой кисти.

У всех осмотренных лиц был взят соскоб с кожи даже при отсутствии клинических проявлений (с кисти взят при наличии клинических проявлений). Патологический материал подвергался тщательному бактериоскопическому и бактериологическому исследованию. Из 86 лиц с клиническими проявлениями диагноз подтвержден лабораторно у 37. Патологический материал засеян на среду Сабуро, часть на Сабуро с биомицином и кукурузную среду. Выделено всего 14 культур эпидермофитона Кауфман-Вольф (12—пушистого, 2—гипсовидного варианта) и 2 культуры красного эпидермофитона. В 6 случаях получена чистая культура *Candida* во всех пробирках от больных, где клинический диагноз кандидомикотического заболевания подтвержден микроскопически. В одном случае, где клинически имелась опрелость, а микроскопически обнаружены дрожжеподобные грибки, получился рост эпидермофитона Кауфман-Вольф и культуры *Candida*.

При сравнении наших данных о заболеваемости банщиков микозами стоп с данными литературы процент заболеваемости, выявленный нами, оказался более низким; это можно объяснить употреблением наливков и смазыванием раствором квасцов кожи стоп.

Обследуя банщиков, мы проверяли и санитарное состояние бань. Выяснилось, что дезинфекция производилась нетщательно, деревянные сандалии не дезинфицировались. Стоки мыльных вод в некоторых банях устроены нерационально. Медицинское обследование банщиков ограничивалось беглым осмотром стоп без микроскопического исследования, а вновь поступающие на работу вовсе не подвергались обследованию. Санитарно-просветительной работы среди банщиков не велось.

Благодаря организованному комплексу мероприятий мы добились осуществления общей и личной профилактики эпидермофитии в банях. Эти мероприятия заключались в следующем.

В банях ликвидированы деревянные стеллажи, матерчатые дорожки заменены резиновыми; улучшены стоки мыльных вод; в двух банях деревянные сандалии банщиков окрашены водостойчивой нитроэмалевой краской; установлен контроль за систематической дезинфекцией в банях.

Из лечебно-профилактических мероприятий осуществлены следующие. Все больные привлечены к лечению, а закончившие лечение находились под диспансерным наблюдением. В зависимости от клинической

картины заболевания лечение проводилось общепринятыми кератолитическими и фунгицидными средствами.

Помимо этого, в двух банях организованы профилактические смазывания кожи стоп банщиков после работы. Для этой цели применялась присыпка, содержащая квасцы, борную и салициловую кислоту с тальком, а также жидкость, содержащая квасцы, борную и салициловую кислоту.

Также развернута массовая санитарно-просветительная работа (лекции, беседы, демонстрация кинофильмов, плакаты и т. д.).

Через 6 мес. после осуществления профилактических мероприятий в двух банях было проведено повторное обследование банщиков. Сравнение результатов свидетельствует о значительном снижении (почти в 3 раза) заболеваемости банщиков микозами стоп.

Профилактика эпидермофитии у банщиков является узловым моментом в организации борьбы с эпидермофитией. Необходимо, чтобы вопросу борьбы с эпидермофитией среди работников бань уделялось больше внимания со стороны дерматологов, санэпидстанций, а также со стороны администрации бань.

Кафедра кожно-венерологических болезней
Ереванского медицинского института

Поступило 12/III 1965 г.

Մ. Ե. ՄԻՐԱԿՅԱՆ, Վ. Գ. ՍՏՐԵԼՆԻԿՈՎԱ

ԲԱՂՆԻՍՊԱՆՆԵՐԻ ՈՏՆԱԹԱԹԵՐԻ ՄԻԿՈԶՆԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱՆ ԵՐԵՎԱՆ ՔԱՂԱՔՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ու մ

Գերմատոմիկոզների շարքի ամենատարածված հիվանդությունը՝ էպիդերմոֆիտիան է: Էպիդերմոֆիտիան ունի տարածման հակում, այդ պատճառով ոտնաթաթերի սնկային հիվանդությունների դեմ պայքարը շարունակում է մընալ որպես ակտուալ պրոբլեմ: Էպիդերմոֆիտիա հիվանդությունը առավել բարձր է բաղնիսպանների մոտ: Ինֆեկցիայի տարածման վայր են հանդիսանում բաղնիսները, լողարանները, ջրավազանները և այլն: Բաղնիսպանները աշխատանքի ընթացքում ենթարկվում են մշտական վարակման և իրենց հերթին հանդիսանում են վարակման աղբյուր:

Հայաստանում շի ուսումնասիրված էպիդերմոֆիտիա հիվանդությունը: Ոտնաթաթերի միկոզների հիվանդության ուսումնասիրման, հարուցիչների տեսակների հայտնաբերման և առողջացման միջոցառումների կազմակերպման նպատակով հետազոտված են 155 բաղնիսպաններ՝ հավաքարարներ, քիսակական երևույթներ հայտնաբերվել են 86 հոգու մոտ (56,1), նրանցից 77 հոգու մոտ՝ էպիդերմոֆիտիա, իսկ 9 հոգու մոտ՝ ոտնաթաթերի միջմատնյա ծալրերի կանդիդամիկոզ:

Դիտվել են էպիդերմոֆիտիայի հետևյալ ձևերը: Թեփոտվող էպիդերմոֆիտիա (37 հիվանդ), դիսհիդրոտիկ (2 հիվանդ), շփաբորբային (25 հիվանդ):

սնկակրություն (6 հիվանդ), օնիխոմիկոզ (7 հիվանդ): Լաբորատոր հետազոտութեամբ արտախորշումը հաստատված է 37 հիվանդի մոտ, իսկ պաթոլոգիկ նյութի ցանքսերից ստացված է 14 կուլտուրա էպիդերմոֆիտոն կուֆմանվոլֆ:

Կազմակերպչական սանիտարա-պրոֆիլակտիկ և բուժ-պրոֆիլակտիկ միջոցառումների կազմակերպման շնորհիվ իրականացված է հիվանդ բաղնիսպանների բուժումը և դիսպանսների հսկողութեանը, էպիդերմոֆիտիայի ընդհանուր և անձնական պրոֆիլակտիկան:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ариевич А. М., Лесун Л. Г. Вестник дерматологии и венерологии, 1959, 1, стр. 31.
2. Ариевич А. М., Степанищева З. Г., Умнова И. И., Лесун Л. Г., Егорова Е. В. Советская медицина, 1957, 7, стр. 135.
3. Кашкин П. Н. Кандидамикозы. М., 1958.
4. Лебедев Г. В. Вестник дерматологии и венерологии, 1959, 3, стр. 44.
5. Матушкин Е. А. Диссертация. Л., 1947.
6. Машкиллейсон Л. Н. Вестник венерологии и дерматологии, 1940, 9, стр. 12.
7. Розенфельд А. С. Труды Ленинградского санитарно-гигиенического института, Л., 1956, т. 26, стр. 249.
8. Розминский И. В. Вестник венерологии и дерматологии, 1937, 6, стр. 581.
9. Сяно В. И., Фурман О. А. Сборник трудов I Всероссийской конференции дермато-венерологов, М., 1958, стр. 47.
10. Талалов И. З., Липский И. Г., Дворецкий А. Г. Вестник дерматологии и венерологии, 1937, 4, стр. 385.
11. Ходаковский Г. Д. Диссертация, М., 1961.
12. Шевляков Л. В. Экспериментальные и клинические исследования, Л., 1956, т. 11, стр. 323.
13. Шинский Г. Э., Кадысева Е. А. и др. Сборник трудов I Всероссийской конференции дермато-венерологов, 1958, стр. 63.
14. Шифрин А. Р. Сборник трудов ЦКВИ, 1941, т. VIII, стр. 130.
15. Эльгард Э. М. Вестник дерматологии и венерологии, 1963, 12, стр. 52.