ДЕРМАТОМИКОЗИТЕ ВЪВ ВАРНЕНСКИ ОКРЪГ ПРЕЗ ПЕРИОДА 1952—1965 г.

Й. Григоров, Зл. Пенев, К. Бояджиев

Първите публикации по дерматология у нас са относно „кела": З. Княжевски (1853 г.) (цит. по 42) от Ст. Загора, д-р С. (1885) (29) от Варна и Б. Берон (1899, 1906 г.) (3,4). Б. Берон (5) през 1932 г. отбелязва, че микотичните заболявания и особено фавусът са широко разпространени в България, без да се знае истинският им размер. Л. Попов (23, 24) пръв през 1925—1927 г. постави въпроса за дерматомикозите на научна основа. Приноси към проучването на трихофитията имат К. Балабанов (47), Б. Бъчваров, Ст. Стоянов (6), а на микроскопията Б. Захариев (13, 14, 15), В. Балабанов (7), Т. Филков (38), М. Христова (39), И. Шаулов (45, 46).

През 1951 г. с разкриването на НИКВИ и окръжните кожно-венерологични диспансери се създадоха възможности за провеждане на активна борба с дерматомикозите и изясняване на редица въпроси около тях.

П. Боцов и съавт. (9) съобщават първите резултати от противомикотичната борба, започнала у нас през 1952 г., като намират, че съотношението между трихофитията и фавуса е 5,5:1. А. Коев (17) през 1954 г. намира също, че трихофитията е преобладаващо заболяване в страната. Ил. Петков (19) отбелязва, че през 1956 г. фавусът е намалял два и половина пъти в сравнение с 1955 г., а микроскопията се среща рядко. Т. Филков и П. Боцов (35) през 1957 г. намират, че Шуменски окръг е на първо място в страната по заболяемост от фавус. Проучването на микозите и тяхната епидемиология в страната и в отделни райони е извършено от много наши автори (8, 11, 12, 18, 20, 21, 25, 26, 27, 37, 38, 39, 40, 43, 46).

В някои райони на Съветския съюз преобладаваща дерматомикоза е трихофитията (2, 28, 31), в други — микроскопията (22, 30, 33), а фавусът през последните години значително е намалял (1). Някои съветски автори изтъкват различни страни от епидемиологията на дерматомикозите (32, 34). A. Marchionini (1946) (54) съобщава, че в Турция фавусът е широко разпространен сред селското население. F. Miedzinski и J. Lipski (1956) (53) отбелязват, че в Гданска област (Полша) преобладава трихофитията, фавусът се среща рядко, докато микроспорията изобщо не се среща. В Германия често се описват микроспорийни епидемии (50, 51, 55). Sabouraud (1910) (цит. по 52) е наблюдавал, че във Франция преобладава трихофитията, следвана от микроспорията, докато през последните години R. Degos и E. Rivalier (1950) (цит. по 52), J. Condert, Cl. Doucet (48) и C. Hurier със съавтори (49) съобщават, че преобладава микроспорията.

Цел и материал

Целта на настоящата работа е да изясни въпросите около разпространението, клиниката, епидемиологията и други на дерматомикозите на територията на Варненски окръг с оглед подобрение на борбата с тях и за по-скорошното им ликвидиране. Настоящата работа обхваща материала на Окръжния кожно-венерологичен диспансер, респ. кожно отделение при Окръжна болница — Варна, за период от 14 години (1952—1965).

Резултати

През периода 1952—1965 г. са зарегистрирани и лекувани 1804 болни от различни дерматомикози (трихофития, фавус и микроспория). Най-много дерматомикози са регистрирани през 1955 г. — 215 болни или 11,9% от всички лекувани през целия период (табл. 1).

Таблица 1

Дерматомикозите по години

Години	Трихофития		Фавус		Микроспория		Всичко	
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%
1952	60	4,2	7	2,7	—	—	67	3,7
1953	80	5,4	17	5,2	—	—	97	5,4
1954	147	10,0	39	13,0	—	—	186	10,3
1955	184	12,4	31	9,5	—	—	215	11,9
1956	119	8,3	23	7,1	—	—	142	7,9
1957	131	9,0	14	4,3	—	—	145	8,0
1958	162	11,0	33	10,1	1	8,3	196	10,8
1959	72	4,9	17	5,2	—	—	89	4,9
1960	113	7,6	21	6,4	2	16,6	136	7,5
1961	113	7,6	38	11,6	—	—	151	8,4
1962	73	5,0	32	9,7	—	—	105	5,8
1963	59	4,2	21	6,4	—	—	80	4,5
1964	65	4,4	15	4,6	—	—	80	4,5
1965	89	6,0	17	5,2	9	75,1	115	6,4
Всичко	1467	100,0	325	100,0	12	100,0	1804	100,0

През 1965 г. броят на микотично болните е намалял около два пъти в сравнение с 1955 г.

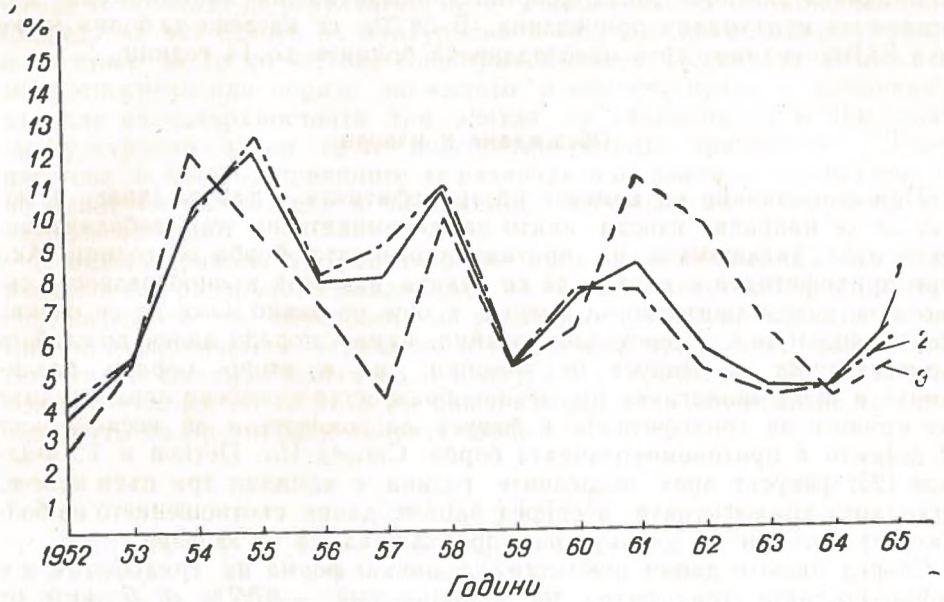
Болните мъже са били три пъти повече от жените, а селяните — два пъти повече от гражданите. По абсолютен брой болните българи (70%) преобладават в сравнение с турците (30%).

Около $^3/_4$ от болните (1334) са били на възраст от 0 до 14 години, т. е. до пубертета, с преобладаване на болните във възрастовата група от 8 до 14 години — 805 болни (45%) от всички микотично болни.

Съотношението между различните микотични заболявания — трихофития към фавус към микроспория (средно за целия период), е следното: 4,5 към 1 към 0,04 (81,3%, 18% и 0,7%). По години това съотношение не

показва тенденция към промяна. В това лесно можем да се убедим, ако проследим хода на кривите на трихофитията и фавуса (диагр. 1).

Трихофития. Най-висока заболяемост от трихофития е отбелязана през 1955 г. (табл. 1 и диаг. 1) — 184 болни или 12,4% от болните от трихофития през целия период, докато през 1965 г. заболяемостта



Диагр. 1. Дерматомикозите във Варненски окръг през периода 1952—1965 год.
1 — обща микотична заболяемост; *2* — трихофития; *3* — фавус

от трихофития е намаляла над два пъти — 89 болни или 6%. Най-честа форма е била повърхностната трихофития на капилициума — 67,7% от болните от трихофития. При тази клинична форма мъжете бяха 4 пъти повече от жените, селяните два пъти повече от гражданите, като 96% от болните бяха на възраст до 14 години (с преобладаване от 8 до 14 г. — 58%). На второ място по честота е трихофитията на гладката кожа — 17,3% от всички болни, като болните мъже бяха два пъти повече от жените и заболяването преобладаваше над 15-годишна възраст. Дълбоката трихофития на брадата се среща предимно у селяните, и то изключително в активната възраст. Онихомикозите преобладаваха у жените гражданки.

Фавус (таол. 1, диагр. 1). Най-много болни бяха регистрирани през 1954 г. — 39 или 12% от болните от фавус през целия период. Заболяемостта от фавус през 1965 г. (17 болни — 5,2%) в сравнение с 1955 г. (31 болни — 9,5%) е намаляла близо два пъти. Фавусът беше наблюдаван само по капилициума. Болните мъже (176 болни — 54%) леко превишаваха жените (149 болни — 46%). Болните от фавус селяни (290 болни — 89%) преобладаваха в сравнение с гражданите (35 болни — 11%). Съотношението между турците и българите е следното: турци — 188 болни (58%), българи — 137 болни (42%). Около

$^3/_4$ от болните бяха на възраст до 14 години с преобладаване от 8 до 14 години — 48,3%, но не са малко и болните над 20-годишна възраст —14,2%.

Микроспория (табл. 1). През целия период бяха регистрирани само 12 болни от микроспория, от които 9 през 1965 г. след коригиране на клиничната диагноза „повърхностна трихофития на капилициума" въз основа на културални проучвания. В 58,3% се касаеше за болни мъже и в 83,3% селяни, като преобладаваха болните до 14 години.

Обсъждане и изводи

При съпоставяне на кривите на трихофитията и фавуса (диагр. 1) могат да се направят изводи както за динамиката на тези заболявания. така и за активността на противомикотичната борба по години. Ако при трихофитията е реално да се очаква известна вълнообразност, същото не е задължително за фавуса, а още по-малко може да се очаква паралелизъм между двете заболявания: първо, поради далеч по-слабата контагиозност на фавуса от човешки тип и, второ, поради различията в епидемиологията им. Вълнообразността и особено паралелизмът на кривите на трихофитията и фавуса са показатели за несистемност и дефекти в противомикотичната борба. Според Ил. Петков и Т. Филков (20) фавусът през последните години е намалял три пъти повече, отколкото трихофитията, а според нашите данни съотношението на болните от трихофития и фавус още продължава да се запазва.

Според нашите данни най-честа клинична форма на трихофитията е повърхностната трихофития на капилициума — 67,7% от болните от трихофития. Това съвпада с данните на П. Боцов и съавтори (9), (17, 10) и др., докато според Н. Шаулов (44) най-честа е трихофитията на гладката кожа — 59,7%, следвана от повърхностната трихофития на капилициума — 28,5%. По всяка вероятност голяма част от болните от повърхностна трихофития на гладката кожа, особено селяните, не достигат до специализираните кабинети и така остават нерегистрирани. В подкрепа на това могат да се приведат следните наши данни: 57,7% от болните от повърхностна трихофития на гладката кожа са граждани, а 42,3% селяни, докато съотношението на болните от всички форми на трихофития селяни и граждани е както 62% към 38%. Трябва да се има предвид, че във Варненски окръг селските жители са 159 052, а гражданите 208 657.

В нашия район фавусът е на второ място след трихофитията (18%), което съответствува на резултатите на много наши автори — Ил. Петков (20), А. Коев (17), П. Боцов (10), П. Боцов и съавтори (9), наблюденията на които се основават почти изцяло на клинични данни. Според Т. Филков (38), М. Христова (39), Б. Захариев и съавтори (16) въз основа на културно потвърден клиничен материал фавусът е на трето място след микроспорията. Заболяемостта от фавус през целия период преобладава сред турското население — 58%, докато съотношението на турците към българите е 1:15,6, т. е. турското население боледува над 16 пъти по-често от фавус.

Относно мястото на микроспорията между другите дерматомикози трябва да отбележим, че през 1965 г., годината с най-голям процент на културално изследвани и най-голям процент на получени култури от изследваните, съотношението между трихофитията, фавуса и микроспорията е променено в полза на последната — 5,6:1:0,5. Това съотношение е по-близо до резултатите на Т. Филков (38), М. Х. Христова (39). Според тях въз основа на културално потвърдени данни микроспорията е на второ място по честота след трихофитията. Поради атипичност на микроспорията или поради по-честото ѝ манифестиране с клиничната картина на повърхностната трихофития на капилициума и при липса на културални данни тя се диагностицира като трихофития. Според нас това е една от причините за различията на данните, основаващи се на клинични наблюдения и на данните, почиващи на културално потвърден материал.

В отделни райони в страната обаче през различни периоди могат да съществуват различия в динамиката на микотичните заболявания и в съотношението им, обусловени от различни географско-климатични, социално-икономически, етнически и други фактори. Това налага повсеместно и системно клинично и културално проучване на микотично болните с оглед на точното им диагностициране и повишаване на ефективността на противомикотичната борба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарович, А. Г. — *Вест. венер. и дерм.*, 1954, 58.
2. Базыка, А. П. — *Вест. венер. и дерм.*, 1954, 2, 58.
3. Берон, Б. — *Медиц. сборник*, 1899, 6, 338.
4. Берон, Б. — *Летописи на Бълг. лекарс. съюз*, С., 1906, 338.
5. Берон, Б. — *Сп. на БАН*, С., 1932, 9—10, 13.
6. Бъчваров, Б., Ст. Стоянов — *Българска клиника*, 1939, 9—10, 404.
7. Балабанов, В. А. — *Науч. труд. на ВМИ* — София, 1959, 38, 6, 2, 71.
8. Балабанов, В. А.—*Нац. конф. по проф. кож. забол. в България*, С. 1958, 100.
9. Боцов, П., Ил. Петков, Т. Филков — *Нац. конф. по дерматовенер.*, С., 1954, 151.
10. Боцов, П. *Кандидат. дисертация*, 1957, 1—239.
11. Горанов, Вл. — *Труд на НИКВИ*, С. 1957, 3, 57.
12. Дучев, Д. — Нац. конф. дерматовенер, С., 1954, 182.
13. Захариев, Б. — *Годишник на Соф. университ.*, 1941—1942, 21, 59.
14. Захариев, Б. — *Годишник на Соф. университ.*, 1942—1943, 22, 339.
15. Захариев, Б. Нац. конф. по дерматовенер., С., 1954, 214.
16. Захариев, Б., Т. Бендерева, Г. Буряк. Нац. конф. по дерматовенер., С., 1954, 187.
17. Коев, А. — *Труд на НИКВИ*, 1957, 3, 47.
18. Манев, ,Б.. Й. Димитрова, Нац.. конф. по дерматовенер., С., 1954, 201
19. Петков, Ил. — *Труд. на НИКВИ*, С., 1959, 5, 120.
20. Петков, Ил., Т. Филков. — *Труд, на НИКВИ*, 1961, 7, 57.
21. Пенев, Ст. Нац. конференц. по дерматовенер., С. 1954, 211.
22. Поманская, Л. А. — *Вест. венер. и дерм.*, 1953, 4, 61.
23. Попов, Л. — *Годишн. на Мед. факулт.* С., 1928, 7, 1.
24. Попов, Л. — *Летописи на Бълг. лекарски съюз*, С., 1926, 2, 173.
25. Попов, Л., В. А. Балабанов. — *Годишн. на Соф. университет.*, 1947—1948, 27, 835.
26. Попов, Н. Нац. конф. по дерматовенер., С., 1954, 176.
27. Попхристов, П., Т. Филков. — *Труд. на НИКВИ*, С., 1954, 1, 43.
28. Родякин, Н. Ф., В. С. Можор, А. Я. Юркевич и др., — *Вест. венер. и дерм.*, М., 1955, 5, 48.

29. С., д-р. *Медицин. сп.. Варна*, 1885—1886, 478.
30. Слонимский, Л. А. — *Вест. венер. и дерм.*, М., 1950, 6, 32.
31. Серебрякова, Л. В., А. К. Куртева—*Вест. дерм. и венер.*, М., 1957, 2, 48.
32. Савельева. Т. Л. — *Вест. дерм. и венер.*, М., 1958, 2, 16.
33. Травин, Г. Я. — *Вест. дерм. и венер.*, М. 1959, 4 32.
34. Филатов, Г. И. — *Вест. дерм. и венер.* М., 1959, 3, 51.
35. Филков, Т., П. Боцов — *Труд. на НИКВИ*, С. 1959, 5, 110.
36. Филков, Т. Нац. конф. по проф. кожни заболяв. в България. С., 1958, 105.
37. Филков, Т. — *Труд на НИКВИ*, С., 1960, 6, 131.
38. Филков. Т. Кандидатска дисертация. С., 1962, 245.
39. Христова, М. Б. Канд. дисертация (автореферат). С., 1961, 25.
40. Христова, М. Б. — *Съвр. медиц.*, С. 1962, 1, 47.
41. Шаулов, И. — *Съвр. медиц.*, С., 1959, 10, 96.
42. Шаулов, И. — *Сборник труд. на ВМИ „И. П. Павлов“ — Пловдив*, 1958—1959, 12, 2, 343.
43. Шаулов, И. — *Сборник труд. на ВМИ „И. П. Павлов“ — Пловдив*, 1958—1959, 12, 2, 335.
44. Шаулов, И. — *Сборн. труд. на ВМИ „И. П. Павлов“ — Пловдив*, 1959—1960, 14, 239.
45. Шаулов, И.— *Сборн. труд. на ВМИ„ И. П. Павлов“ — Пловдив*, 1956—1957 11, 389.
46. Шаулов, И.. В. Вапцарова. Нац. конф. по дерматовенер., С., 1954, 193.
47. Balabanov, K. — *Derm. Wschr.*, Leipzig, 1943, 116, 17—18, 285.
48. Condert, J., Cl. Doucet — *Ann. Derm. Syph.*, Paris, 1950, 8, 10, 524.
49. Hurier, C, J. Biquet, G. Cochet. S. Mullet, M. Doby. — *Dubois. Sem. des hôp. de Paris*, 1957, 33, 32, 2046.
50. Jung. H. D. — *Derm. Wschr., Leipzig*, 1953, 127, 337.
51. Kiessling, W. — *Derm, Wschr., Leipzig*, 1952, 125, 145.
52. Langeron, M., R. Vanbreuseghem, Précis de mycologie, Paris, 1952, 524.
53. Miedzinski, F., J. Lipski. — *British J. of Derm. London*, 1956, 68, 6, 200.
54. Marchionini, A. Dermat., Bazel — New York, 1946, 93, 1, 16.
55. Serowy, S., H. D. Jung. — *Derm. Wschr.*, Leipzig, 1951, 124, 665.

ДЕРМАТОМИКОЗЫ В ВАРНЕНСКОМ ОКРУГЕ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА 1952—1965 ГОД

Й. Григоров, Зл. Пенев, К. Бояджиев

РЕЗЮМЕ

За весь указанный период было зарегистрировано 1804 больных микозами (трихофития, фавус и микроспория). В 1965 г. число больных дерматомикозами уменьшилось приблизительно в два раза, в сравнение с 1955 годом. Соотношение между трихофитией, фавусом и микроспорией является 4,5:1:0,04. Чаше всего, у 67,7% больных трихофитией наблюдалась поверхностная трихофития капилициума, следуемая трихофитией гладкой кожи — 17,3%, глубокой трихофитией бороды и онихомикозами. Фавус наблюдался только капилициума, причем турецкое население страдает им более чем в 16 раз чаще чем болгарское. Микроспория встречается редко и при отсутствии данных со стороны культур, она чаще диагностицируется как трихофития.

DERMATOMYCOSES IN THE VARNA DISTRICT DURING THE PERIOD 1952—1965

I. Grigorov, Zl. Penev, K. Boyadjiev

SUMMARY

Over the entire period under investigation 1804 mycotic patients have been recorded with trichophytosis, favus and microsporia. During 1965 dermatomycosis patients show nearly two-fold decrease as compared to 1955. The ratio between trichophytosis, favus and microsporia is 4.5:1:0.04. In 67,7 per cent of the trichophytosis patients, superficial trichophytosis of the capillicium is the most frequent finding, next ranking trichophytosis of smooth skin — 17.3 per cent, deep trichophytosis of the chin and onychomycosis. Favus is observed merely along the capillicium, with Turkish population being affected 16 times more frequently than Bulgarians. Microsporia is very seldom met and if culture data are unavailable, it is readily diagnosed as trichophytosis.