

А. Х. МАЙРАПЕТЯН

ЭПИЗООТО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЙОНАХ СЕВАНСКОГО БАССЕЙНА АРМЯНСКОЙ ССР И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Севанский бассейн является одним из ведущих сельскохозяйственных районов Армянской ССР, где сосредоточены 17% всех посевных площадей и 15% общего поголовья скота республики.

В связи с бурным развитием животноводства и ростом поголовья скота становится еще более актуальным вопрос изучения эпизоото-эпидемиологического состояния бассейна по бруцеллезу и разработка рациональных мер по борьбе и профилактике с этой инфекцией.

В районах, входящих в состав Севанского бассейна (Севанский, им. Камо, Мартунинский, Басаргечарский), в 1962 г. имелось неблагополучных хозяйств по бруцеллезу всего 64, из коих 39 хозяйств крупного, 25 мелкого рогатого скота.

При исследовании на бруцеллез крупного рогатого скота были обнаружены положительно реагирующие в 1953 г.—1,21%, в 1954 году—6,7%, в 1957 г.—4,63%, в 1961 г.—7,5%, а в 1962 г.—11,2%.

Положительно реагирующие среди мелкого рогатого скота составляли в 1955 г.—2,48%, в 1956 г.—3,9%, в 1957 г.—7,0%, в 1960 году—10,9%, в 1962 г.—1,89%.

В течение 1949—1962 гг. из 885 бактериологическим путем исследованных абортированных плодов положительные результаты получены в 10,1%, из плодов крупного рогатого скота—14,5%, из плодов же мелкого рогатого скота—67 случаев из 668 (9,88%).

Исследование абортированных плодов 31 свиноматки и 21 кобылы дало отрицательный результат.

Зараженность сельскохозяйственных животных нашла свое отражение и в заболеваемости людей бруцеллезом. За последние 10 лет на долю районов Севанского бассейна падает около 15% всей заболеваемости по республике. В интенсивных показателях (на 10 тыс. населения) коэффициент заболеваемости бруцеллезом в районах Севанского бассейна в 1962 г. равнялся 7,3‰.

Заболеваемость людей бруцеллезом объясняется недостаточным осуществлением ветеринарно-санитарных оздоровительных мероприятий. Но помимо этой основной причины играют роль такие факторы, как нарушение правил личной профилактики работников, а также и то, что в

ряде случаев на работу в молочные фермы направляются лица без прививки против бруцеллеза.

По данным эпидемиологических обследований, проведенных нами, а также по архивным материалам за 1951—1962 гг., у 68% свежих больных источником инфекции служил мелкий, а у 25,1% — крупный рогатый скот. В частности в районе им. Камо мелкий рогатый скот служил источником инфекции для людей в 70,0% случаев, а в Севанском районе — в 82%. Но заражение людей было связано во многих случаях с индивидуальными хозяйствами, что местами составляло 40—50% всех выявленных случаев бруцеллеза. Следует обратить внимание на то, что исследования и требуемые мероприятия в индивидуальных хозяйствах за последние годы проводились неудовлетворительно, так как ежегодно исследуется не больше 20—25% животных, а иногда 5—10%.

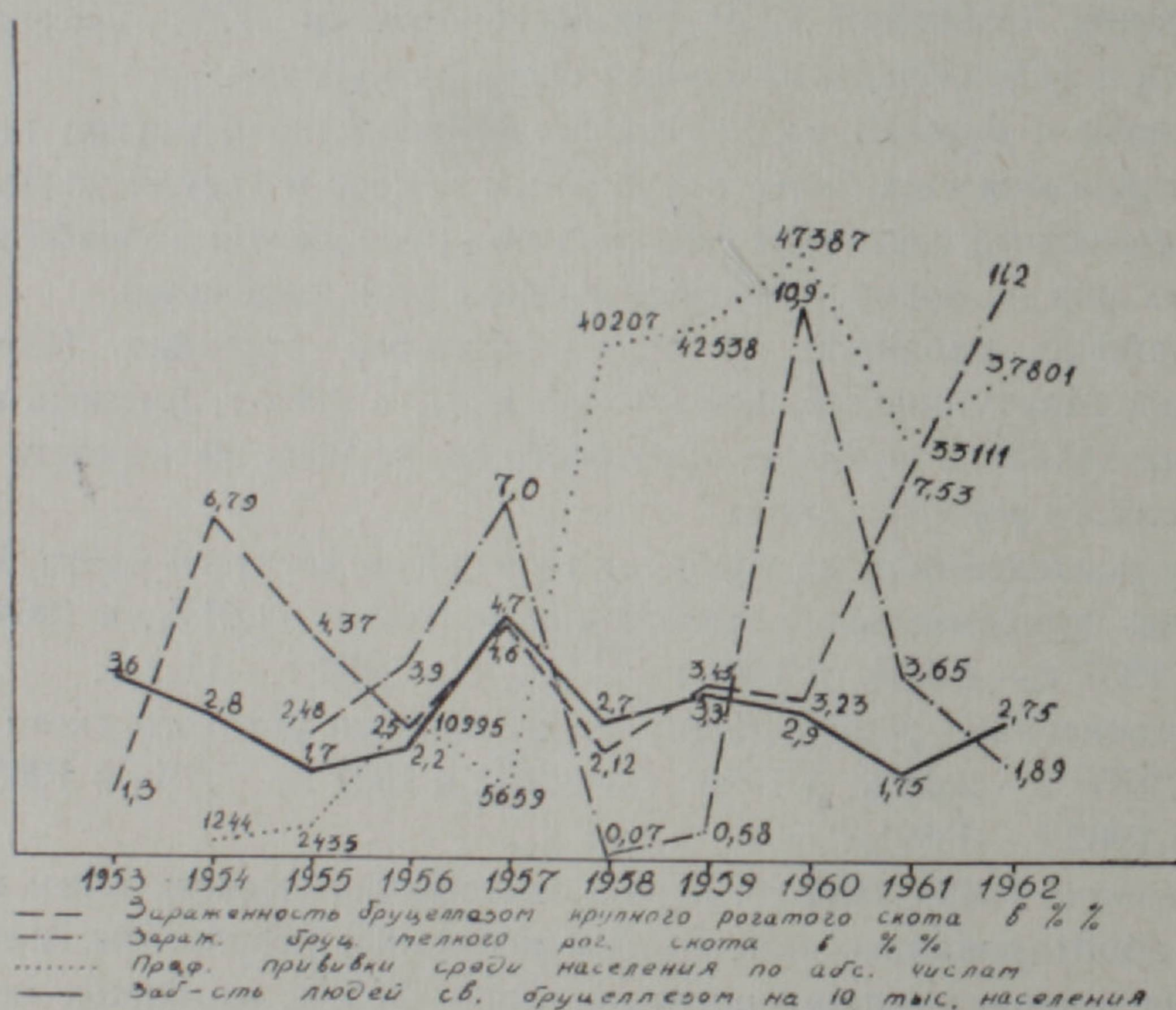


Рис. 1. Некоторые данные по бруцеллезу по районам Севанского бассейна за 1953—1962 гг.

Заболеваемость людей бруцеллезом в основном связана с зараженностью мелкого рогатого скота (рис. 1). Роль крупного рогатого скота в этом отношении ограничена. Так, например, зараженность крупного рогатого скота в 1954 г. равнялась 6,79%, в 1961 г. — 7,53%, а в 1962 г. — 11,20%. Однако такая инфицированность поголовья крупного рогатого скота не дает заметного влияния на заболеваемость людей бруцеллезом. Особенно это было видно на примере Мартунинского района, где, несмотря на наличие зараженности крупного рогатого скота в 9,3% исследованного поголовья, ни одного случая свежего бруцеллеза у людей не было выявлено.

Главными путями передачи бруцеллезной инфекции в районах Севанского бассейна являлись: алиментарный путь — 44,6%, профессионально-

контактный—37,2%, смешанные заражения—10,1%; в остальных 8,1% пути передачи остались невыясненными.

В распространении бруцеллезной инфекции среди людей немаловажную роль играет широко распространенная в некоторых населенных пунктах Севанского бассейна практика дворовых убоев, которые нередко носят вынужденный характер, а также и то, что из некоторых неблагополучных хозяйств не всегда выпускаются молочные продукты с соблюдением сроков их хранения; особенно это касается сыра «брынза».

Профессионально-контактные и смешанные заражения являются следствием тесного контакта с зараженными животными и несоблюдения правил личной профилактики в животноводческих хозяйствах.

Определенный интерес представляет профессиональный состав больных свежим бруцеллезом. Работники животноводства составляют 31,1% всех обнаруженных случаев бруцеллеза: среди чабанов—19,5%, доярок овец—6,0%, пастухов-скотников—3,5%, доярок коров—2,1%, зооветеринарного персонала—2,3%, на владельцев зараженного скота в индивидуальных хозяйствах приходится 28,3% всех больных.

Обращает на себя внимание возрастная структура заболевших. Больше всего поражаются лица в возрасте 20—40 лет (58% всех больных). Согласно нашим наблюдениям, заболеваемость бруцеллезом имеет явно выраженную сезонность. Случаи начинают расти с января и достигают наивысшего уровня в мае, после чего заболеваемость заметно снижается и доходит до минимума в ноябре-декабре. Поэтому в первом полугодии бруцеллез регистрируется в два раза больше, чем во втором. Максимум заболеваемости в весенний период обусловлен заражением людей во время массового окота и аборт, когда источник инфекции наиболее активен и опасен.

Как видно из рис. 1, заболеваемость свежим бруцеллезом в районах Севанского бассейна находилась на сравнительно высоком уровне в 1957 г., после чего наблюдается значительное ее снижение. В 1961 г., по сравнению с 1957 г., имело место снижение в 2,6 раза, а в 1962 г.—в 1,9 раза.

В деле снижения заболеваемости бруцеллезом значительная роль принадлежит мерам специфической профилактики. В последние годы в районах Севанского бассейна, в целях специфической профилактики людей, широко применяется сухая живая бруцеллезная вакцина (штамм В—19), эффективность которой подтверждена отечественными и зарубежными авторами и богатым практическим опытом.

Из всех больных свежим бруцеллезом, зарегистрированных в течение 1959—1962 гг., привитые составляли только 16,2%. По нашим данным, длительность поствакцинального напряженного иммунитета колеблется в пределах 3—5 мес. Число заболевших в течение первого месяца и через 5 мес. после прививок составляет 2/3 всех больных, получивших прививку против бруцеллеза.

Опыт активной иммунизации в районах Севанского бассейна позволяет сказать, что заболеваемость бруцеллезом среди привитых работ-

ников неблагополучных ферм была в 12—13 раз ниже, чем среди лиц контрольных групп, что указывает на достаточно выраженную эпидемиологическую эффективность этой живой вакцины. Однако прививки против бруцеллеза могут дать необходимый эффект лишь при том условии, если они сочетаются со всем комплексом противобруцеллезных мероприятий. Прививки против бруцеллеза необходимо проводить не только среди работников животноводческих хозяйств, но и среди владельцев скота индивидуального сектора и особенно среди лиц, имеющих мелкий рогатый скот. Учитывая, что длительность созданного искусственным путем иммунитета после первичной вакцинации непродолжительна, необходимо прибегать к помощи повторной прививки (ревакцинации), с учетом эпизоотологической ситуации и эпидемиологических показаний.

В деле оздоровления неблагополучных по бруцеллезу хозяйств, а следовательно и максимального ограничения движущей силы эпидемического процесса бруцеллеза—источников этой зоонозной инфекции человека, определенное значение имеют правильная организация и возможное широкое осуществление противобруцеллезных прививок мелкого и крупного рогатого скота и особенно среди овец.

В ы в о д ы

1. В районах Севанского бассейна в эпидемиологии бруцеллеза главную роль играет мелкий рогатый скот—основной источник заражения людей, что составляет в среднем 68% всей заболеваемости свежим бруцеллезом, а в некоторых районах—от 70 до 80%.

2. По данным бактериологических исследований, в эпидемиологии бруцеллеза в Севанском бассейне играют роль два типа бруцелл—*Bg. melitensis* и *Bg. abortus bovis*, причем главную роль играет бруцеллез мелкого рогатого скота.

3. Из путей передачи инфекции главное значение имеет алиментарный (44,6%), второе место в этом отношении занимают профессионально-контактные (37,2%) заражения.

4. Максимум заболеваемости свежим бруцеллезом падает на май месяц.

5. В комплексе противобруцеллезных мероприятий значительную роль играют профилактические прививки людей; привитые болеют бруцеллезом в 12—13 раз меньше, чем непривитые. Одни прививки без осуществления комплекса противобруцеллезных мероприятий недостаточны.

Ա. Խ. ՄԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԲՐՈՒՑԵԼԵԶՈՋԱՅԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ԷՊԻԶՈՈՏՈ-ԷՊԻԴԵՄԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՌ-Ի ՍԵՎԱՆԻ ԱՎԱԶԱՆԻ ՇՐՋԱՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ
ՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱՅԻ ՄԻՋՈՑՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Համաձայն մեր հետազոտությունների Սևանի ավազանի շրջաններում (Սևանի, Կամոյի, Մարտունու և Բասարզեշարի) պարզվել է, որ բրուցելյոզային ինֆեկցիան օժտված է տեղային էպիզոոտոլոգիական և էպիդեմիոլոգիական մի շարք առանձնահատկություններով, ինչպիսիք են՝ հիվանդների տարիքային, սեռային, պրոֆեսիոնալ կազմը և սեզոնականությունը:

Անասնապահության բնագավառի աշխատողները կազմում են բրուցելյոզով բոլոր հիվանդների 31,1 %:

Բրուցելյոզի էպիդեմիոլոգիայում Սևանի ավազանում վճռական դեր են խաղում մանր եղջերավոր կենդանիները (ոչխարներ), որոնցից մարդկանց վարակումները կազմում են 68 %:

Ակտիվ իմունիզացիայի էպիդեմիոլոգիական արդյունավետության ուսումնասիրությունը պարզել է, որ պատվաստված մարդիկ 12—13 անգամ պակաս են հիվանդանում չպատվաստվածների համեմատությամբ:

Բրուցելյոզի դեմ պայքարի և պրոֆիլակտիկայի բնագավառում կայուն արդյունքներ ստանալու համար անհրաժեշտ է զործադրել հակաբրուցելյոզային միջոցառումների ողջ կոմպլեքսը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абашидзе Т. Г. Эпидемиологическая эффективность сухой, живой бруцеллезной вакцины в Грузинской ССР. Канд. дисс., Одесса, 1960.
2. Вершилова П. А. Пути снижения заболевания людей бруцеллезом. В кн.: Борьба с болезнями, общими для человека и животных (Зоонозы). М., 1961, стр. 30—37.
3. Вершилова П. А. О некоторых вопросах эпидемиологии бруцеллеза. ЖМЭИ, 1956, 10, стр. 53—57.
4. Вершилова П. А., Голубева А. А. Обобщенные данные по эпидемиологической эффективности вакцинации людей против бруцеллеза вакциной ИЭМ им. ГАМАЛЕИ. ЖМЭИ, 1956, 11.
5. Дранкин Д. И. Эпидемиология и профилактика бруцеллеза в Чкаловской области. Докт. дисс., Чкалов, 1956.
6. Здродовский П. Ф. Важнейшие этапы и итоги изучения бруцеллеза у людей за рубежом и в СССР. Вестник АМН СССР, 1962, 9, стр. 58—68.
7. Здродовский П. Ф. Бруцеллез. М., 1953.
8. Касимова Х. А., Беклемишев Н. Д., Узбекова Б. Р. Противобруцеллезная вакцинация людей с положительными реакциями. ЖМЭИ, 1960, 4, стр. 53—58.
9. Лехтер А. М. Эпидемиология бруцеллеза в Томской области и пути его ликвидации. Канд. дисс., Томск, 1957.
10. Ордов Е. С. К вопросу о заболеваемости бруцеллезом крупного рогатого скота и овец в СССР. ЖМЭИ, 1960, 2, стр. 143—144.
11. Орлов Е. С. Методы борьбы с бруцеллезом сельскохозяйственных животных. Ветеринария, 1962, 5, стр. 40—45.
12. Смирнов С. М., Тлеугабылов М. К., Шмутер М. Ф. и Узбекова Б. Р. О накожной иммунизации людей против бруцеллеза вакциной из штамма, Br. abortus 19. ЖМЭИ, 1960, 8, стр. 93—96.