

Орнитоз

Доц .Н.М. Худавердиева

ОРНИТОЗ

Орнитоз (син. пситтакоз) — острое инфекционное заболевание группы зоонозов, характеризующееся лихорадкой, симптомами интоксикации, преимущественным поражением легких, нервной системы и гепатолиенальным синдромом.



Исторические сведения

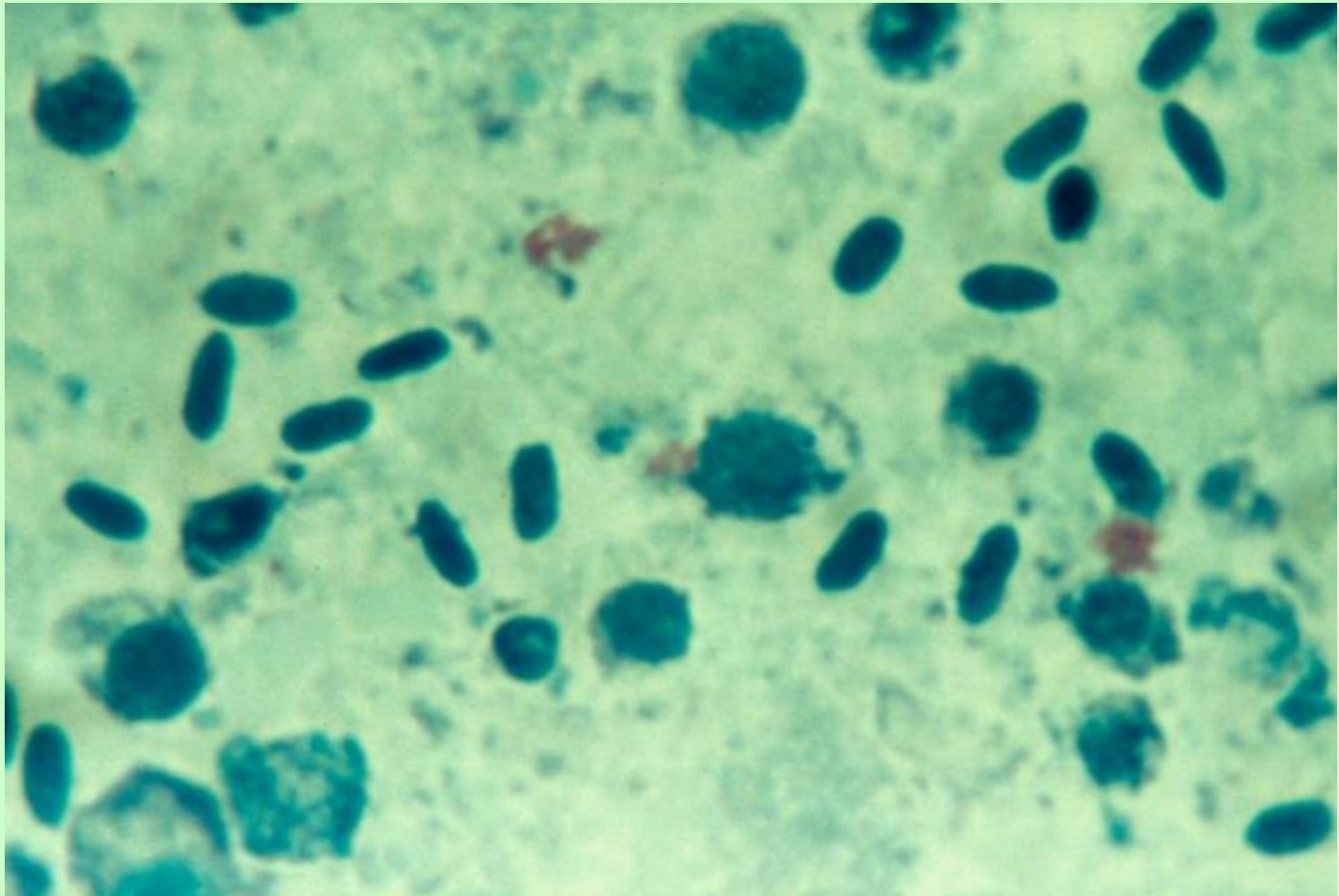
Впервые заболевание описано в 1876 г. Т. Юргенсоном, наблюдавшим случай острой инфекции человека при заражении от попугая.

В 1892 г. в Париже наблюдалась эпидемия тяжелого легочного заболевания, заражение которым произошло от попугаев, импортированных из БуэносАйреса.

С 1895 г. по предложению французского ученого А. Моранжа болезнь называют пситтакозом (от psittakos — попугай). Так как позже было выяснено, что источником инфекции могут быть не только попугаи, но и многие другие виды птиц, заболевание получило другое название — орнитоз (от лат. ornis, ornithos — птица). В 1930 г. А. С. Колис в Англии, В. Левинталь в Германии и Р. Д. Диль в США обнаружили возбудителя у больных попугаев в клетках системы мононуклеарных фагоцитов и серозном экссудате. В том же году С. П. Бедсон и др. описали некоторые его свойства и показали этиологическую связь с заболеваниями человека и птиц.

ЭТИОЛОГИЯ

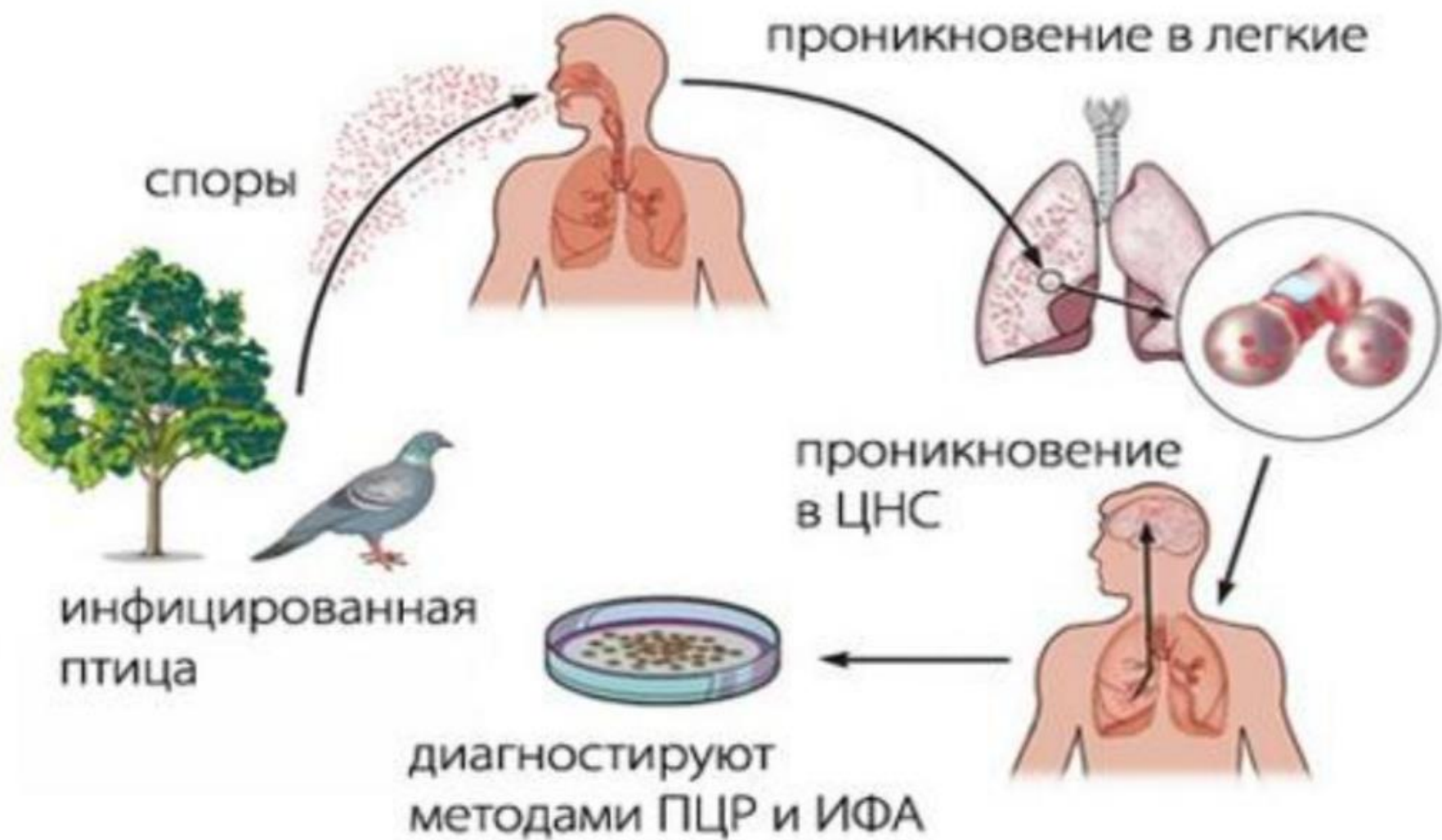
Возбудитель орнитоза — *Ch. psittaci* относится к роду *Chlamydia*, семейству *Chlamydiaceae*. Хламидии имеют кокковидную форму, диаметр 0,30—0,45 мкм и являются облигатными внутриклеточными паразитами. Они содержат ДНК и РНК, культивируются на куриных эмбрионах, а также путем заражения экспериментальных животных. Хламидии чувствительны к некоторым антибиотикам (тетрациклины, левомицетин, эритромицин). Сравнительно невысока устойчивость возбудителя: погибает при нагревании выше 70 °С, температура 60 °С разрушает его за 10 мин, при комнатной температуре он сохраняется около 36 ч, при –20 °С больше 6 мес., при –75 °С— больше года. На скорлупе яиц в инкубаторе выживает не более 3 дней, в кале птиц сохраняется до 3—4 мес. *Ch. psittaci* чувствительны к глицерину и эфиру, которые разрушают хламидий в течение нескольких дней, 0,1 % раствор формальдегида быстро инактивирует микроб, 0,5 % раствор фенола разрушает его за 24—36 ч. Ультрафиолетовые лучи действуют на этого возбудителя губительно.



Эпидемиология

Резервуаром и источником возбудителя являются более чем 150 видов птиц. Наибольшее значение в распространении *Ch. psittaci* имеют домашние (утки и индюшки особенно), комнатные (волнистые попугайчики) и городские (голуби) птицы. В естественных условиях у птиц инфекция обычно протекает в латентной форме, в неволе или других неблагоприятных обстоятельствах у них возникает манифестное заболевание. Дикие птицы могут служить источником заражения домашних птиц, что приводит к возникновению вторичных антропогенных очагов орнитоза. Зараженность голубей иногда превышает 50 %. Птицы выделяют возбудителя с фекалиями и носовым секретом. Период заразительности птиц — недели и месяцы.

Механизм передачи орнитоза аэрогенный. Основные пути заражения — воздушнокапельный и воздушнопылевой. Инфицирование человека происходит при контакте с больными птицами. Заболевают в основном лица, профессионально связанные с птицей, т. е. работники птицефабрик, мясокомбинатов, зоомагазинов, зоопарков, а также охотники, любители экзотических птиц и посетители зоомагазинов. Заражения здорового человека от больного не наблюдается. Бывают случаи внутрилабораторного инфицирования. Восприимчивость к орнитозу высокая. Для заболевания характерна весенняя и осенняя сезонность. Спорадические заболевания могут возникать на протяжении всего года. Перенесенная болезнь оставляет нестойкий иммунитет, в связи с чем описаны повторные заболевания.



Патогенез и патолоанатомическая картина

Возбудитель проникает в организм человека преимущественно через слизистые оболочки органов дыхания, локализуется в эпителии мелких бронхов и бронхиол, а затем попадает в интерстициальную ткань, где размножается и накапливается. В дальнейшем хламидии поступают в кровь, обуславливая лихорадку, симптомы общей интоксикации, а фиксация хламидий в органах ведет к поражению нервной системы, печени, селезенки, сердечной мышцы, надпочечников. Во внутренних органах патоген может длительно сохраняться, вызывая при реактивации рецидивы болезни.

Морфологические исследования обнаруживают признаки катарального трахеобронхита и гиперплазию перибронхиальных лимфатических узлов, в легких — участки инфильтрации, интерстициальные изменения и ателектазы. Морфологически выявляют экссудацию жидкости в альвеолы. В экссудате содержатся мононуклеары и клетки слущенного эпителия. В альвеолярной и интерстициальной ткани обнаруживают значительное количество одноядерных элементов. В других внутренних органах наблюдаются полнокровие, отек, дистрофические изменения, пролиферация клеток системы мононуклеарных фагоцитов, иногда встречаются фокальные некрозы.

Клиническая картина

Инкубационный период при орнитозе длится 6—17 дней, чаще составляя 8—12 дней. Для клиники орнитоза характерен полиморфизм симптомов. По течению выделяют острый и хронический орнитоз. А. П. Казанцев (2000) острый орнитоз классифицирует на следующие формы: типичный (пневмонический) и атипичный, протекающий по типу менингопневмонии, орнитозного менингита, орнитоза без поражения легких, а также в виде орнитозного гепатита и орнитозного эндокардита. Хронический орнитоз автор классифицирует на варианты, протекающие в виде пневмонии, и хронический орнитоз без поражения легких.

В большинстве случаев орнитоз протекает с различными сочетаниями симптомов вышеуказанных вариантов, и поэтому выделять их вряд ли целесообразно. Обычно (в 85—90 % случаях) заболевание начинается остро с повышения температуры тела до высоких цифр и явлений общей интоксикации. Лихорадка держится на высоком уровне до двух недель и дольше. За счет интоксикации развиваются такие симптомы, как слабость, вялость или возбуждение, головная боль, суставные боли, бессонница, головокружение, тошнота, рвота.

Клиническая картина

За счет специфического хламидийного поражения респираторного тракта вначале появляется сухой кашель с другими симптомами трахеобронхита. Больного беспокоит ощущение раздражения в ротоглотке, изменяется тембр голоса. При физикальном обследовании грудной клетки выслушиваются сухие хрипы. В дальнейшем появляется влажный кашель с мокротой, одышка, цианоз и усиливаются физикальные изменения в легких. Возможно развитие признаков бронхиальной обструкции, в силу чего у детей раннего возраста иногда отмечается синдром крупа. Развивается пневмония, которая в начале болезни не имеет типичных клинических проявлений, но к концу первой недели появляются выраженные воспалительные очаговые, сегментарные и сливного характера изменения, локализующиеся преимущественно в нижних отделах легких. В этот период перкуторно выявляется укорочение легочного звука, а при аускультации ослабление дыхания и крепитирующие хрипы.

Клиническая картина

По клиническим проявлениям и данным рентгенологической картины орнитозные пневмонии сходны с такими небактериальными пневмониями, как цитомегаловирусная, микоплазменная, пневмоцистная, криптоспоридиозная, гистоплазмозная.

При орнитозе поражение сердечнососудистой системы проявляется глухостью сердечных тонов, брадикардией, при тяжелом течении — тахикардией. Артериальное давление снижается. Поражение желудочнокишечного тракта обуславливает снижение аппетита, вплоть до полной анорексии, наблюдаются запор или понос. Язык у больных за счет интоксикации утолщен, обложен серым налетом, края языка чистые, видны отпечатки зубов — отек языка за счет ваготонии. К концу 1й недели заболевания у большинства больных наблюдается увеличение печени, у каждого третьего — селезенки. В крови определяется лейкопения или нормальное количество лейкоцитов, анэозинофилия; СОЭ обычно повышена.

Период выздоровления при орнитозе сопровождается астенией, иногда анемией. В 10—20 % случаев описаны обострения и рецидивы.

Клиническая картина

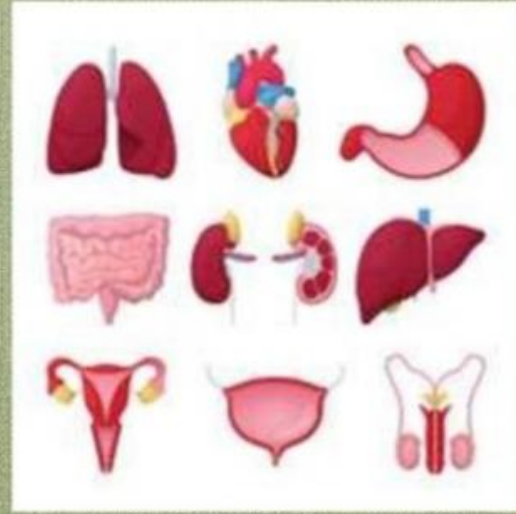
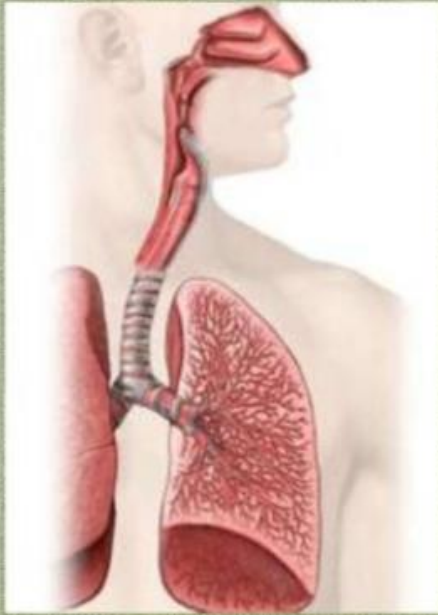
При менингопневмонии у больных наряду с пневмонией выражены признаки поражения ЦНС в виде резкой головной боли, рвоты, ригидности затылочных мышц, положительных симптомов Кернига и Брудзинского.

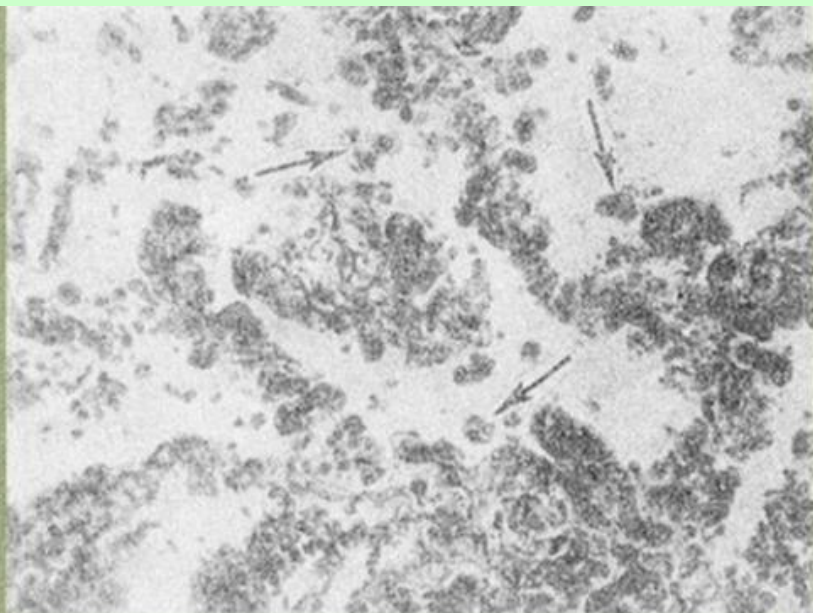
Менингеальная форма (орнитозный серозный менингит) встречается редко, у больных выявляют менингеальные симптомы и интоксикацию. В цереброспинальной жидкости определяются небольшой плеоцитоз, умеренное увеличение содержания белка.

Орнитоз без поражения легких протекает с умеренной лихорадкой, болями в горле, мышечными болями, увеличением печени и селезенки. Наблюдается у 3—5 % больных.

Хронические формы орнитоза развиваются у 10 % больных. Заболевание длится 3—5 лет и протекает в виде хронической пневмонии с симптомами бронхита или без пневмонии с интоксикацией, поражением различных органов и систем, астенизацией.

Прогноз, как правило, благоприятный. Летальность — 2—3 %. Возможны рецидивы и переход в хронические формы.





Микропрепарат легкого при орнитозе

Передние прямые рентгенограммы
правой половины грудной клетки
больного орнитозной пневмонией:



Диагностика и дифференциальная диагностика

Во время эпидемических вспышек среди профессиональных групп населения диагностика орнитоза нетрудна и базируется на характерной клинической картине с учетом эпиданамнеза.

Диагноз орнитоза подтверждают с помощью лабораторных исследований.

Основными методами верификации диагноза хламидиоза являются ПЦР, посев материала от больных, РИФ, ИФА и др. Выделение возбудителя из крови и мокроты осуществляется на куриных эмбрионах, культурах тканей или путем заражения животных. Однако эти исследования сложны и не всегда доступны. Проводится с гриппом и другими острыми респираторными заболеваниями, пневмониями различной этиологии, Кулихорадкой, микоплазмозом, инфекционным мононуклеозом, бруцеллезом, туберкулезом легких, а при менингеальной форме болезни — с серозными менингитами другой этиологии.

Лечение

этиотропных средств используют антибиотики. Наиболее эффективны тетрациклиновые препараты. Назначают тетрациклин по 0,4—0,5 г 4 раза в день в течение всего лихорадочного периода и 5—7 дней после нормализации температуры тела или доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки в том же режиме. В тяжелых случаях антибиотики применяют парентерально. Наряду с этим проводят дезинтоксикационную терапию, включающую внутривенное введение кристаллоидных и коллоидных растворов. В некоторых случаях показаны глюкокортикостероиды.

Из средств патогенетической терапии важными компонентами являются оксигенотерапия и бронхолитики. Широко используют симптоматические средства. В лечении больных орнитозным менингитом, кроме того, для дегидратации применяют салуретики (фуросемид, или лазикс, этакриновую кислоту, или урегит) и осмотические диуретики (маннит, или маннитол). При хроническом течении болезни рекомендуются витаминотерапия, общеукрепляющие средства, лечебная физкультура (дыхательная гимнастика).

При затяжном и хроническом течении назначают вакцинотерапию. После выписки из стационара реконвалесцент должен находиться под диспансерным наблюдением врача кабинета инфекционных заболеваний в течение 6 мес.

Профилактика

При орнитозе профилактика включает санитарноветеринарные мероприятия в птицеводческих хозяйствах и на предприятиях, занимающихся обработкой пуха и пера птиц; карантинные меры при ввозе извне декоративных и хозяйственных птиц в страну; регулирование численности голубей и ограничение контакта с ними. Эффективных средств для специфической профилактики орнитоза у людей нет

Спасибо за внимание!