



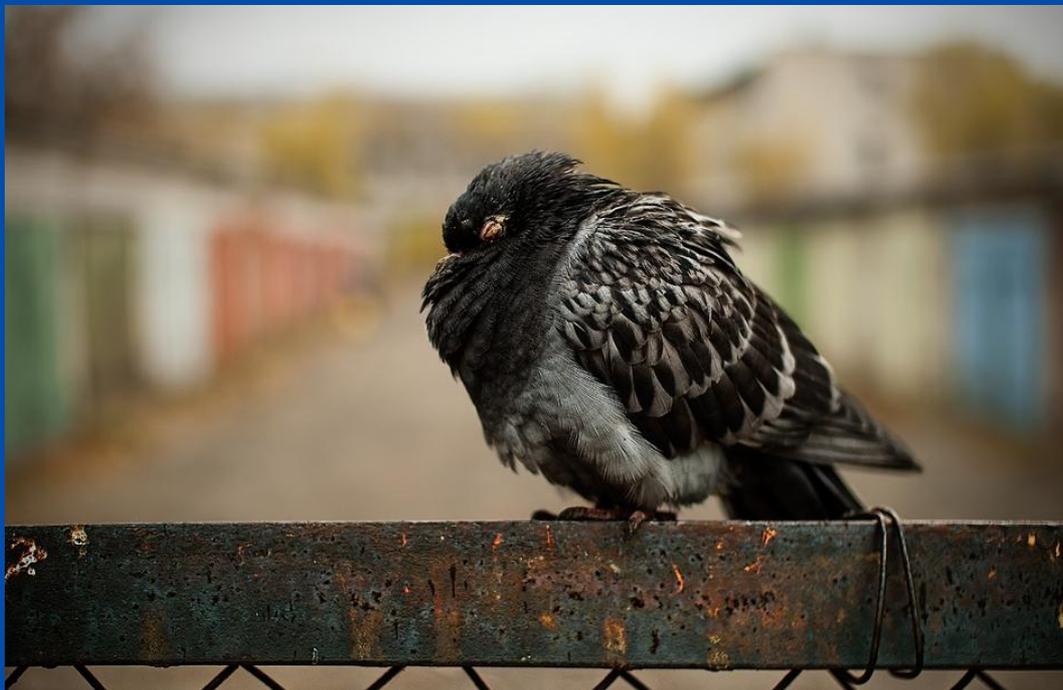
СЕЧЕНОВСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

# Орнитоз

Выполнил Крайнов Роман 66 группа ЛФ 5 курс

# Определение

**Орнитоз** (синоним: пситтакоз) - острая инфекционная болезнь из группы зоонозов с природной очаговостью. Характеризуется лихорадкой, общей интоксикацией, поражением легких, центральной нервной системы, увеличением печени и селезенки.



# Исторические данные

- Первые случаи у людей, заболевших вследствие контакта с попугаями, были описаны Т. Jurgensen в 1875 и J. Ritter в 1879 гг.
- В 1892 г. в Париже наблюдалась эпидемия тяжелого легочного заболевания: источником инфекции явились попугаи, импортированные из Буэнос Айреса.
- В 1895 г. Моранж предложил первое название болезни пситтакоз (от лат. «psittacus» — попугай).
- В 1942 г. Мейер дал новое, расширительное название болезни — орнитоз (от лат. «ornis» — птица).
- В 1930 г. Коулс, Левинталь и Лилли обнаружили элементарные тельца возбудителя в макрофагальных клетках; Бедсон в том же году доказал их этиологическую роль.
- В 1942 г. Мейер продемонстрировал сходство возбудителей пситтакоза-орнитоза.

# Эпидемиология

- Орнитоз встречается на всех континентах.
- Резервуаром и источником заражения являются домашние и дикие птицы (утки и индюшки), комнатные птицы (попугаи, волнистые попугайчики, канарейки и другие мелкие певчие птицы) и особенно городские голуби, зараженность которых колеблется в пределах 30-80%.
- Весенне-осенняя сезонность, что связано и с миграцией птиц
- 2-5% общего числа заболевших – профессиональные работники
- 95-98% семейные и спорадические вспышки в течение всего года
- Лица преимущественно среднего и старшего возраста
- Больной человек эпидемиологической опасности не представляет.

# Эпидемиология

- Механизм передачи аэрозольный
- Путь передачи – воздушно-пылевой. Возможен фекально-оральный механизм с пищевым путём передачи (до 10% случаев)
- Передаётся среди птиц или от птиц к млекопитающим
- Естественная восприимчивость людей высокая
- Постинфекционный иммунитет непродолжительный, возможны повторные случаи заболевания с интервалом до 2 лет.

# Эпидемиология

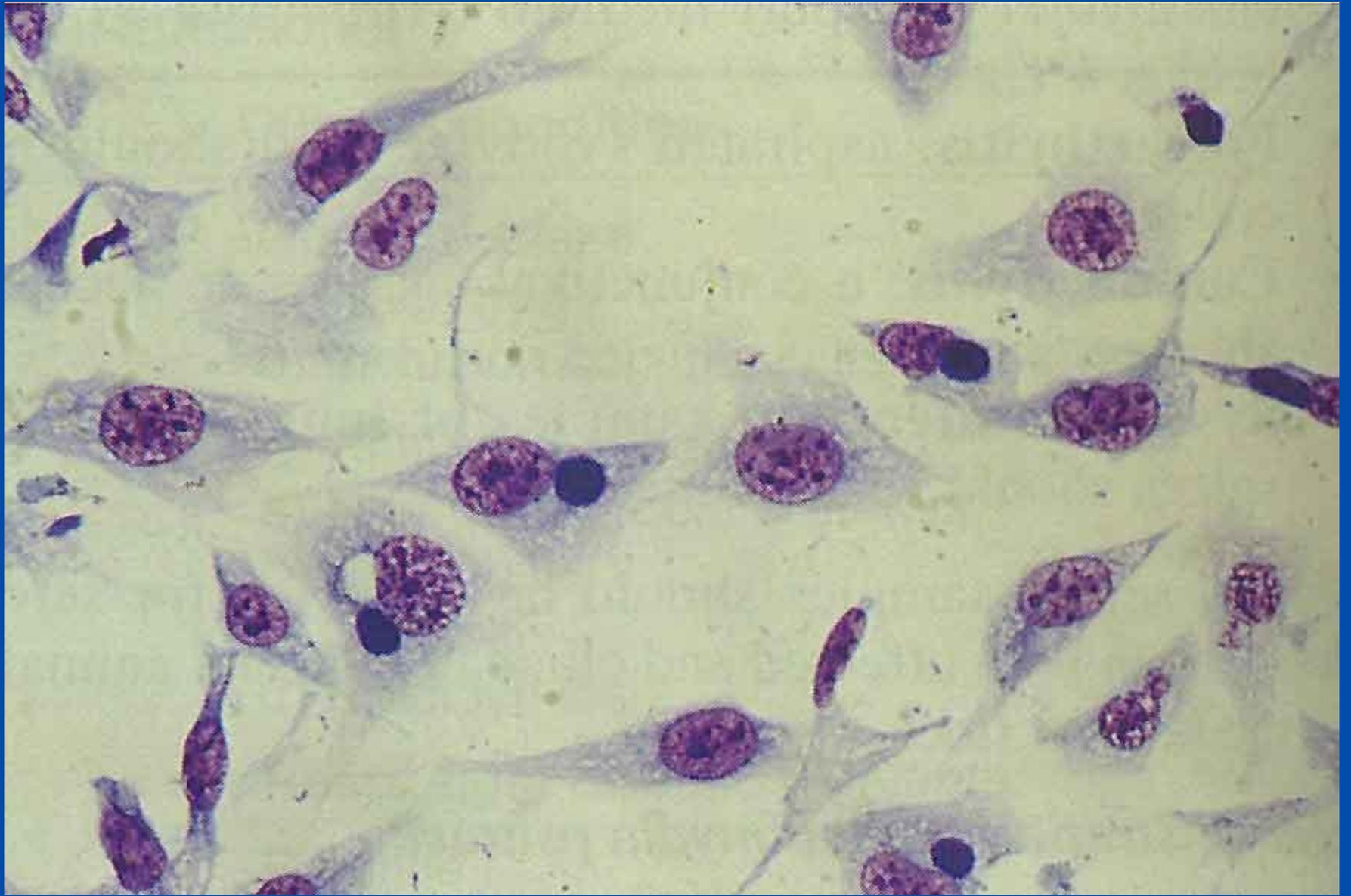
- 10-20% острых пневмоний имеет орнитозную этиологию.
- В Москве орнитоз был выявлен у 18,4% больных острыми пневмониями,
- в Санкт-Петербурге - у 19,6%

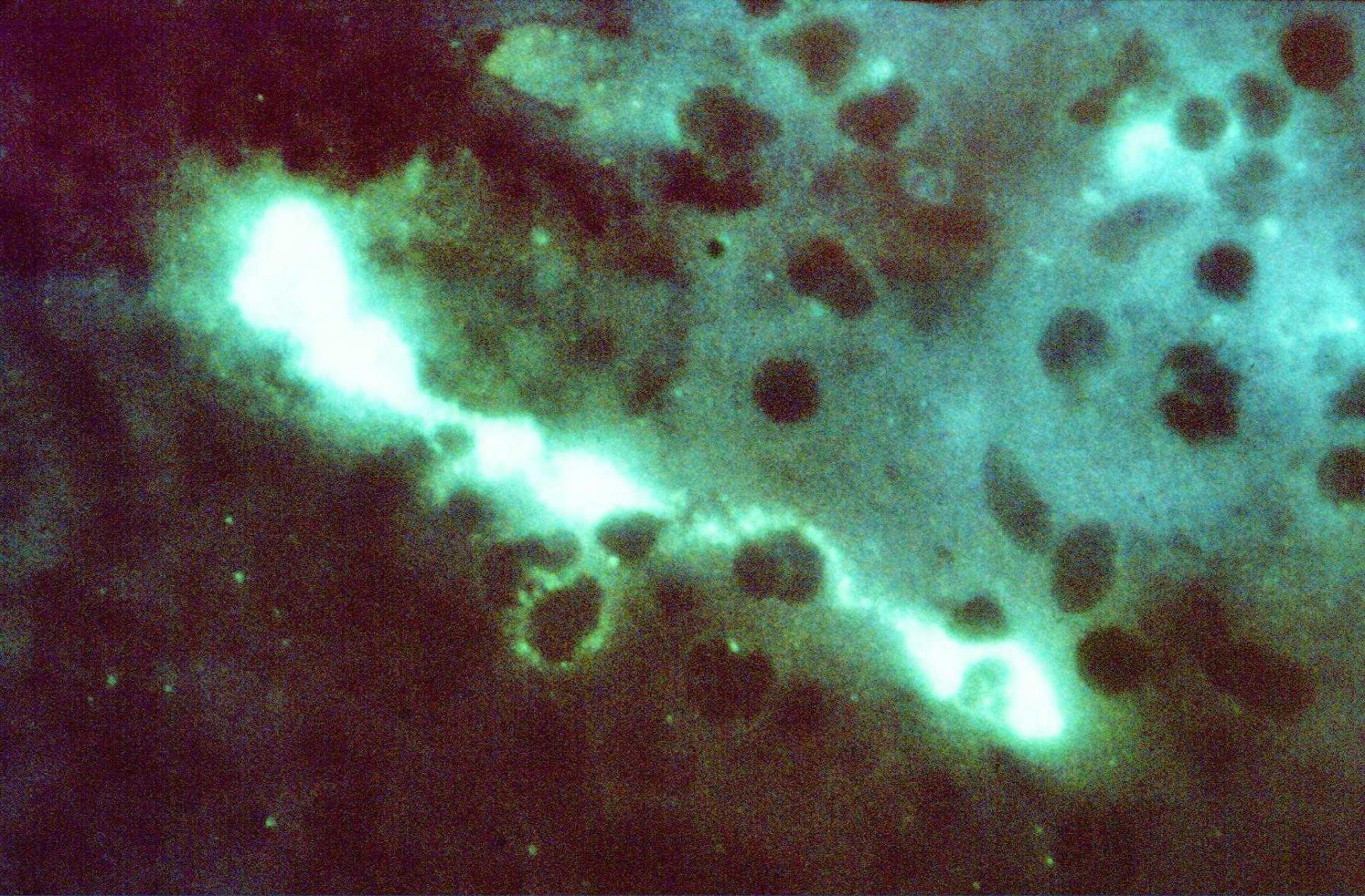
# Этиология

- *Chlamydophila psittaci* (лат.) — вид бактерий из семейства *Chlamydiaceae*, внутриклеточный паразит
- Имеет сферическую форму, диаметром 0,3-0,45 мкм
- Инактивируются при нагревании до температуры 70°C за 24-72 ч и под действием дезинфицирующих растворов: 0,5% фенола, 0,1% и 2% формалина. Устойчивы к замораживанию. Во внешней среде сохраняются до 2-3 нед.
- Содержит ДНК и 16S рРНК
- Имеет 8 серотипов

# Этиология

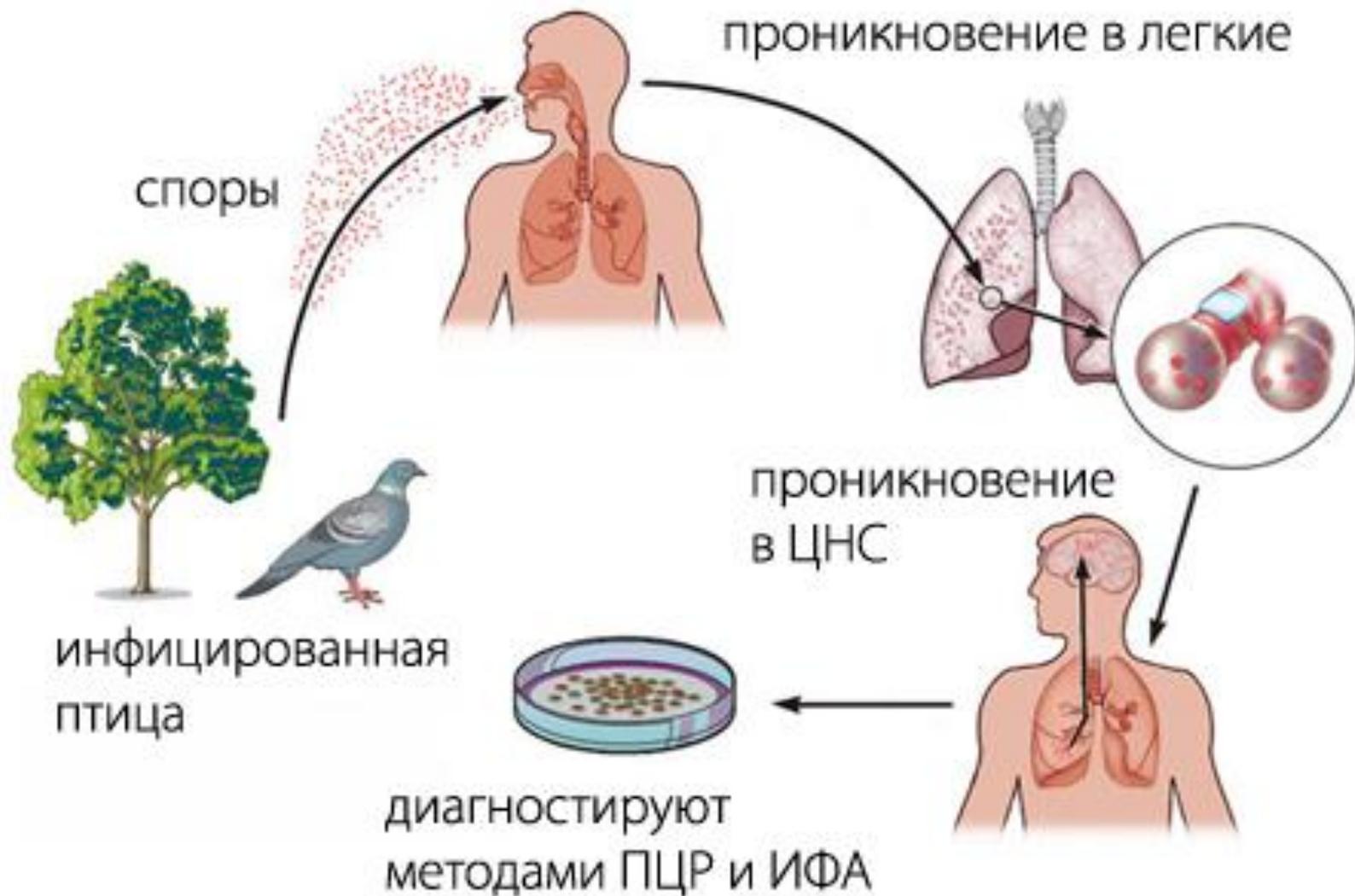
- Серотип А эндемический среди попугаеобразных птиц (отсюда название бактерии от лат. *psittacinus* — «попугай»)
- Серотип В эндемический среди голубеобразных, может заражать и других птиц (в частности был выделен из индейки) и млекопитающих, вызывает аборт у крупного рогатого скота).
- Серотипы С и D найдены у разных видов птиц и ответственны за профессиональную инфекцию рабочих скотобоев и птичьих ферм.
- Серотип Е (в частности изоляты Cal-10, MP и MN) был получен от очень большого числа видов птиц по всему миру, хотя первичный резервуар не был идентифицирован, несмотря на эпидемию среди людей в 1920—1930-х годах.
- Серотипы M56 и WC были изолированы во время эпидемий среди людей.





Электронная микроскопия мазка крови мыши 400x

# Патогенез



# При патологоанатомическом исследовании

- Признаки катарального трахеобронхита
- Гиперплазия перибронхиальных лимфатических узлов
- В легких – участки инфильтрации, интерстициальные изменения и ателектазы, экссудация жидкости в альвеолы. В экссудате содержатся мононуклеары и клетки спущенного эпителия.
- В альвеолярной и интерстициальной ткани обнаруживают значительное количество одноядерных элементов.
- При присоединении вторичной инфекции развиваются гнойный трахеобронхит и крупноочаговая или лobarная пневмония.
- В других внутренних органах наблюдаются полнокровие, отек, дистрофические изменения, пролиферация клеток системы макрофагов, иногда встречаются фокальные некрозы.

# Клиническая картина

- МКБ-10: A70 Орнитоз
- Классификация А.П. Казанцева (1973).
  - А. Острый орнитоз:
    - 1) типичные (пневмонические) формы: легкая, средней тяжести, тяжелая;
    - 2) атипичные формы: а) менингопневмония; б) орнитозный менингит; в) орнитоз без поражения легких;
    - 3) бессимптомная (инаппарантная) форма.
  - Б. Хронический орнитоз:
    - 1) хроническая орнитозная пневмония;
    - 2) хронический орнитоз без поражения легких.
  - В. Посторнитозная неспецифическая хроническая пневмония.

# Острый орнитоз

## Пневмоническая форма

Периоды:

- инкубационный, который чаще продолжается 8-12 дней;
- начальный (до появления изменений в легких) продолжительностью 2-4 дня;
- период разгара длительностью 6-12 дней;
- период реконвалесценции, длящийся до 1,5-2 мес.

# Острый орнитоз

## Пневмоническая форма

- Заболевание начинается остро, с повышения температуры до 38-39 °С, часто до 40 °С (продолжается от 2 дней до 1 месяца и более), озноб
- Повышенное потоотделение
- Боли в мышцах и суставах
- Головная боль, бессонница, заторможенность
- Тошнота
- На 2-4-й день признаки поражения легких (до 35 дней): сухой кашель, иногда колющая боль в груди (приблизительно у 50% больных), через 1-3 дня начинает выделяться небольшое количество слизистой или слизисто-гнойной мокроты, иногда (у 15% больных) с примесью крови.

# Острый орнитоз

## Пневмоническая форма

Поражение желудочно-кишечного тракта проявляется снижением аппетита, иногда полной анорексией, запором или поносом. Язык утолщен, обложен серым налетом, края языка чистые, видны отпечатки зубов. К концу 1-й недели у половины больных увеличиваются печень, у каждого третьего – селезенка.

# Атипичные формы Менингопневмония

Наряду с пневмонией, выражены признаки поражения ЦНС в виде резкой головной боли, рвоты, ригидности затылочных мышц, положительных симптомов Кернига и Брудзинского.

# Атипичные формы Орнитозный менингит

Встречается редко. Начинается остро с повышения температуры тела и появления симптомов интоксикации. В течение ближайших 2-4 суток присоединяются менингеальные симптомы (сильная головная боль, ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского). Изменений в легких нет. Орнитозный менингит обычно серозный. В цереброспинальной жидкости определяются небольшой плеоцитоз, умеренное увеличение количества белка. Известны случаи орнитозного менингоэнцефалита, при котором менингеальным явлениям сопутствуют очаговые симптомы, парезы и параличи.

# Орнитоз без поражения легких

Протекает с умеренной лихорадкой, болями в горле, мышечными болями, увеличением печени и селезенки. Наблюдается у 3-5% больных.

# Бессимптомная (иннапарантная) форма

Обнаруживается лишь во время эпидемических вспышек в очаге инфекции при лабораторном обследовании. Такая форма болезни чаще наблюдается у лиц молодого возраста при хорошей реактивности организма.

# Хронические формы

- Развивается у 10-15% больных острым орнитозом. При отсутствии этиотропной терапии или неправильном лечении орнитозной пневмонии выздоровления не наступает, и заболевание переходит в хроническую форму, характеризующуюся вялым длительным течением со сменой обострений и ремиссий.
- Болезнь протекает в виде хронической пневмонии с симптомами бронхита. Температура тела не превышает 38 градусов, при этом сохраняется интоксикация (слабость, быстрая утомляемость).
- Заболевание может продолжаться 3-5 лет и более. Хронический орнитоз может протекать и без поражения легких. Проявляется в виде длительного повышения температуры тела не выше 38 градусов, симптомов хронической интоксикации, вегетососудистых расстройств, увеличения печени и селезенки. Может длиться в течение многих лет.

# Осложнения

- Миокардит с развитием острой сердечной недостаточности
- Тромбофлебиты с последующей тромбоэмболией легочной артерии
- Гепатит
- При присоединении вторичной инфекции возникает гнойный отит
- Неврит
- Тяжелое течение болезни на ранних сроках беременности может привести к самопроизвольному аборту

# Дифференциальная диагностика

- Легочные формы - с легионеллезом, туберкулеза легких, лихорадки Ку, глубоких микозов (аспергиллез, нокардиоз, кокцидиоидный микоз, гистоплазмоз), рак легкого
- Тифо-паратифозных заболеваний
- Бруцеллез
- Лептоспироз
- Серозный менингит другой этиологии (туберкулезного, энтеровирусного, паротитного, лимфоцитарного хориоменингита и др.).
- Заболевания, обусловленные другой хламидией - они имеют сходную антигенную структуру, проявляющуюся в перекрестных положительных результатах серологических реакций

# Диагностика

- На основании клинических признаков орнитоза
- Эпидемиологический анамнез с учетом эпидемиологических предпосылок. Необходимо учитывать контакты с домашними птицами (работники птицефабрик, мясокомбинатов, владельцы домашней птицы), дикими птицами (охотники), комнатными птицами (особенно волнистыми попугайчиками и попугаями), городскими голубями и т.д.
- В гемограмме определяют лейкопению или нормоцитоз, относительный лимфоцитоз и анэозинофилию, СОЭ повышена или

# Диагностика

- Серологические методы – РСК и РТГА с постановкой реакций в парных сыворотках, а также ИФА. Диагностическим для РСК является титр 1:16-1:64; для РТГА 1:512 и выше или нарастание титра антител в 4 раза и более при исследовании парных сывороток.
- Полимеразной цепной реакции (ПЦР).
- Для ранней и ретроспективной диагностики орнитоза предложена внутрикожная проба. Антиген вводят внутрикожно по 0,1 мл в область внутренней поверхности предплечья. Выраженность реакции оценивают по размерам инфильтрата и гиперемии. При орнитозе аллергическая проба бывает положительной почти у всех больных и может сохраняться в течение 2-3 лет после выздоровления.

# Прогноз

- Прогноз благоприятный. При современных методах лечения летальность менее 1%. Возможны рецидивы и хронизация процесса.

# Лечение

- **Этиотропные средства**, наиболее эффективные в лечении орнитоза и генерализованной формы хламидиоза – тетрациклин (по 0,3-0,5 г 4 раза) или доксициклин (по 0,2 один раз в сутки) в течение всего лихорадочного периода и 5-7 дней после нормализации температуры. Эффективно также применение азитромицина (0,5 г 1 раз в сутки в течение 5 дней) или эритромицина (по 0,25 г через 6 ч в течение 5-10 дней со времени нормализации температуры тела). В тяжелых случаях антибиотики применяют парентерально. Пенициллин, стрептомицин и сульфаниламиды (Бисептол) при орнитозе не эффективны.
- **Дезинтоксикационная терапия**, включающая внутривенное введение кристаллоидных и коллоидных растворов.
- Глюкокортикостероиды.
- **Патогенетическая терапия** - оксигенотерапия и бронхолитики.
- Симптоматические средства.
- В лечении орнитозного менингита, кроме того, для дегидратации применяют салуретики (фуросемид, или лазикс, этакриновая кислота, или урегит) и осмотические диуретики (маннит, или маннитол).
- При хроническом течении болезни рекомендуются витаминотерапия, общеукрепляющие средства, лечебная физкультура (дыхательная гимнастика).

# ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПЕРЕБОЛЕВШИХ

- Лица, переболевшие орнитозом, подлежат диспансерному наблюдению в течение шести месяцев с обязательным клиническим и лабораторным исследованием. Кратность обследования — 1 раз в 2 месяца. Диспансерное наблюдение переболевших орнитозом осуществляют кабинеты инфекционных заболеваний, а детей — участковые педиатры, с привлечением узких специалистов по профилю клинических проявлений. При отсутствии кабинетов инфекционных заболеваний диспансерное наблюдение осуществляют участковые терапевты.
- Снятие с диспансерного учета производится по истечении срока наблюдения при полном клиническом выздоровлении и нормализации лабораторных и клинических показателей. Если по истечении шести месяцев не происходит нормализации лабораторных и клинических данных, сроки наблюдения удлиняются до полного выздоровления.

# Профилактика (Орнитоз. Санитарные правила СП 3.1.092-96.)

Лица, обслуживающие неблагополучную по заболеванию орнитозом птицу:

- спецодежда
- защитные очки
- ватно-марлевыми маски
- постоянное медицинское наблюдение.

При установлении заболевания орнитозом среди людей на птицеперерабатывающем предприятии необходимо:

- запретить вывоз птиц из этого хозяйства
- через каждые три часа работы, до окончания переработки птицы, неблагополучной по орнитозу, проводить влажную уборку всего помещения, мытье полов и оборудования 5%-ным раствором хлорамина или 2%-ным горячим раствором щелочи с одновременным интенсивным проветриванием;
- ощипывать только влажные тушки птиц
- экскременты птиц в местах ее приема и временного содержания заливать 10%-ным раствором лизола, а затем сжигать
- вывоз их для удобрения и других целей запрещается.

Специфическая профилактика не разработана.



## У птицы орнитоз, если:

- ✓ она малоподвижна, сидит нахохлившись, опустив крылья и голову
- ✓ из носовых отверстий выделяется слизь, вокруг глаз из-за гнойного отделяемого образуются корочки
- ✓ перья запачканы выделениями

**Спасибо за внимание!**

