

# Орнито



Выполнила: студентка 5 курса , 61 группы, Ханларбейли Нармин Азер кызы

# *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.



# Краткие исторические сведения

- Заболевание впервые описал Т. Юргенсен под названием атипичной пневмонии (1876). В 1879 г. Д. Риттер установил его связь с заражением от попугаев. Вспышку инфекции, источником которой стали попугаи, завезённые из Бразилии, наблюдали в 1892 г. в Париже, вследствие чего заболевание получило название «пситтакоз», т.е. попугайная болезнь. Позднее было установлено, что источниками инфекции могут быть не только попугаи, но и многие другие виды птиц, в связи с чем заболевание получило название «орнитоз». Возбудитель выделил С.П. Бедсон (1930).



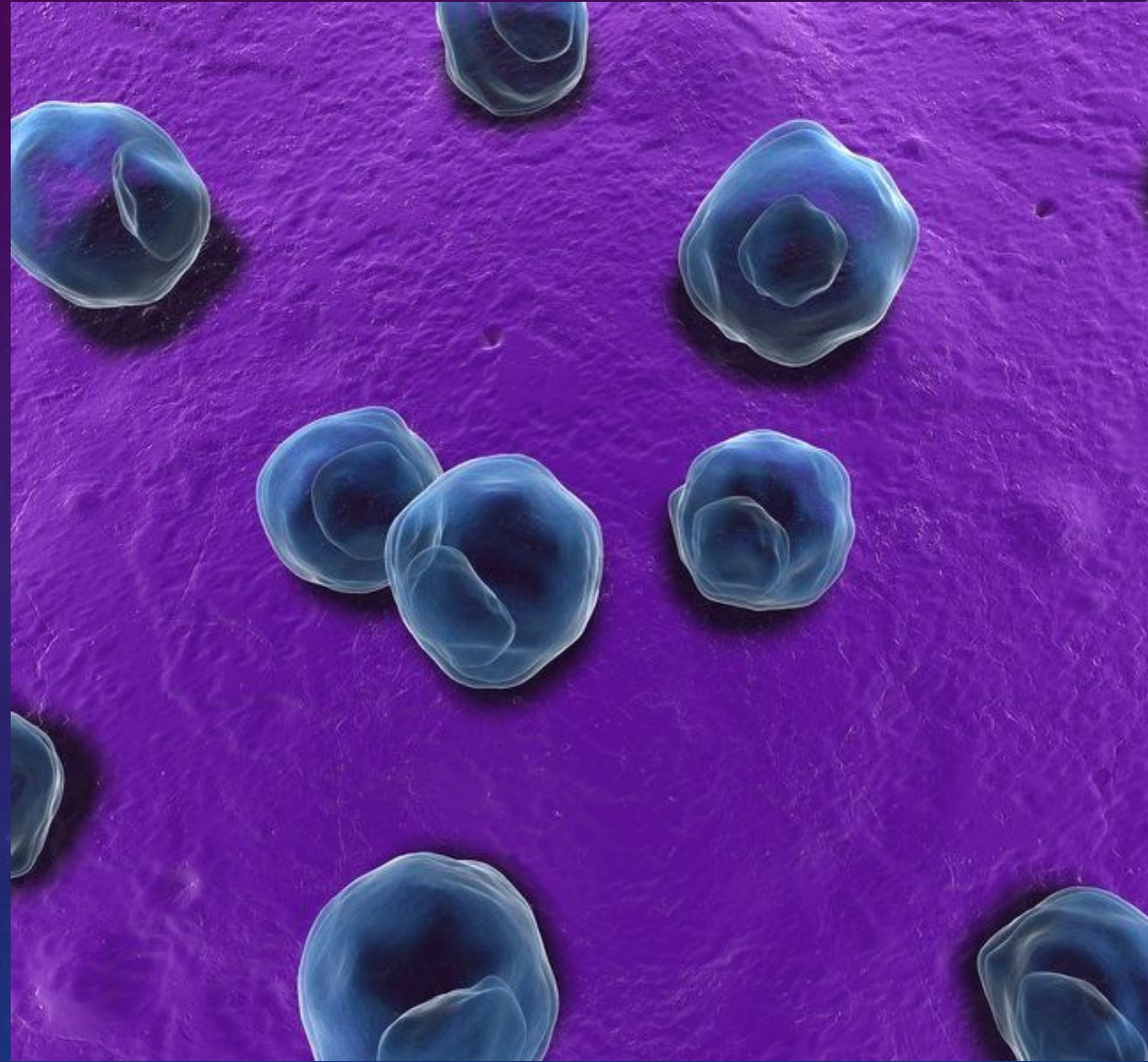
**Этиология.**

# **Возбудитель - Chlamydia psittaci**

**грамотрицательная неподвижная бактерия, облигатно паразитирующая в инфицированных клетках.**

**Хламидии имеют сферическую форму, окрашиваются по Романовскому-Гимзе в фиолетовый цвет. Содержат ДНК и РНК, размножаются только в живых клетках, культивируются в культурах ткани и куриных эмбрионах, а также в организме лабораторных животных (на белых мышах). Обладают термолабильным и термостабильным антигеном. Возбудитель устойчив к замораживанию, инактивируется при нагревании и под воздействием дезинфектантов в обычных концентрациях.**

**Она имеет кокковидную форму, спор и капсул не образует, поэтому к воздействию внешних факторов относительно не устойчива.**





# Эпидемиология

- ***Резервуар и источники инфекции*** - домашние и дикие птицы. В настоящее время возбудитель орнитоза выделен более чем у 150 видов птиц. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют домашние птицы (особенно утки и индюшки), комнатные птицы (попугаи, канарейки и другие мелкие певчие птицы) и особенно городские голуби, заражённость которых варьирует в пределах 30-80%. Птицы выделяют возбудитель с фекалиями и носовым секретом. Больной человек эпидемиологической опасности не представляет. Период контагиозности источника - недели и месяцы.

- **Механизм передачи** - аэрозольный, возможен пылевой и пищевой пути инфицирования.
- **Естественная восприимчивость людей** высокая. Постинфекционный иммунитет непродолжительный, возможны повторные случаи заболевания.

- **Основные эпидемиологические признаки.** Заболевание распространено повсеместно. Около 10% всех пневмоний имеет орнитозную природу. Чаще заболевают лица, постоянно контактирующие с птицами (работники птицефабрик, мясокомбинатов, голубеводы, работники зоомагазинов и др.). Бытовые заболевания возникают в течение всего года, профессиональные - в периоды массового забоя птицы, завоза новых партий птиц и т.д. При бытовом инфицировании чаще наблюдают спорадические заболевания, хотя возможны и небольшие (семейные) вспышки. Заболевают преимущественно лица среднего и старшего возраста.



# Патогенез

- Возбудитель проникает через слизистые оболочки верхних дыхательных путей и фиксируется в эпителии бронхов, бронхиол и альвеол, где проходит его репродукция, вызывающая гибель клеток, высвобождение возбудителя и его токсинов. Развиваются бактериемия и токсинемия и, как следствие, лихорадка и интоксикация. Существенное значение имеет присоединение вторичной бактериальной флоры. *S. psittaci* могут поражать лёгкие, бронхи, печень, селезёнку, мышцу сердца, ЦНС. Подавляя защитные механизмы, возбудитель способен длительно персистировать в макрофагах, ретикулоэндотелиальных клетках и эпителии дыхательных путей, что объясняет возможность затяжного, рецидивирующего и хронического течения болезни. При пероральном инфицировании возбудитель не вызывает каких-либо изменений в органах пищеварительного тракта, отсутствуют и симптомы поражения респираторного тракта, т.е. развивается тифоподобная (лихорадочная) форма болезни.

# Клиническая картина

- *Инкубационный период* – Длится от 5 до 30, чаще 8–12 дней.

# ОБЩЕПРИНЯТОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОРНИТОЗА НЕТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ.

## Манифестные формы:

- острая:
  - – пневмоническая,
  - – гриппоподобная,
  - – тифоподобная;
- подострая:
  - с поражением лёгких,
  - – без поражения лёгких;
- хроническая:
  - с поражением лёгких,
  - – без поражения лёгких.
- • Бессимптомная (инаппарантная) инфекция.



• Острая форма длится до 1,5–2,0 мес.

• подострая — от 2 до 6 мес.

• хроническая — от 2 до 8 лет.

• По тяжести выделяют лёгкую, среднетяжёлую и тяжёлую формы болезни.

# НА ГРИППОПОДОБНУЮ И ПНЕВМОНИЧЕСКУЮ ФОРМЫ ПРИХОДИТСЯ ДО 85% ВСЕХ СЛУЧАЕВ БОЛЕЗНИ

При пневмонической форме болезнь обычно начинается остро: с озноба, повышения температуры тела до 38–40 °С, выраженной слабости, головной боли, боли в мышцах и суставах. Температура достигает максимума на 2–4-й день болезни. Лихорадка носит ремиттирующий характер, и без лечения на 2–4-й неделе болезни температура литически снижается. При тяжёлом течении возможна лихорадка постоянного типа. Со 2–3-го дня болезни появляется сухой, иногда приступообразный кашель. На 3–4-й день кашель становится продуктивным. Мокрота слизисто-гнойная, иногда с прожилками крови. Возможны боли при дыхании, одышка. Основные признаки в этот период — ларинготрахеит и трахеобронхит. На 5–7-й день определяют физикальные признаки поражения лёгких: укорочение перкуторного звука, ослабленное или жёсткое дыхание, необильную крепитацию или мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. У некоторых больных к концу первой недели болезни выслушивается шум трения плевры. Экссудативного плеврита, как правило, не бывает.

- У всех больных развиваются признаки нейротоксикоза: головная боль, бессонница, вялость, адинамия. При тяжёлом течении — депрессивное состояние, бред, спутанное сознание с психо- моторным возбуждением, эйфория. Могут определяться признаки менингизма, в редких случаях — серозный менингит. Обычно пневмонический вариант орнитоза характеризуется среднетяжёлым и тяжёлым течением.



## *ГРИППОПОДОБНАЯ ФОРМА*

- **Гриппоподобная форма орнитоза диагностируется только во время вспышек и характеризуется острым началом, кратковременной (от 2 до 8 дней) лихорадкой от 37,5 до 39 °С, признаками интоксикации, сухим кашлем, першением в горле, иногда — осиплостью голоса. Течение болезни лёгкое или среднетяжёлое.**

- Тифоподобная форма развивается при алиментарном заражении и характеризуется выраженной лихорадкой постоянного или ремиттирующего типа, относительной брадикардией, гепатоспленомегалией, выраженным нейротоксикозом и отсутствием поражения органов дыхания.
- Орнитозный менингит определяют у 1–2% больных. Болезнь начинается остро, с повышения температуры тела до 39–40 °С и симптомов интоксикации. В течение 2–4 сут (реже 6–8 дней) определяется менингеальный синдром. При проведении спинномозговой пункции жидкость вытекает под повышенным давлением. В СМЖ отмечают умеренный лимфоцитарный цитоз (до 300–500 клеток в 1 мкл), умеренное увеличение белка. Болезнь протекает длительно. Лихорадка имеет волнообразное течение и сохраняется 3–4 нед. Санация СМЖ наступает через 5–6 нед и позже. Стойких резидуальных явлений со стороны ЦНС после перенесённого орнитозного менингита, как правило, не бывает.

# Осложнени

- Осложнения орнитоза — менингит, тромбофлебит, гепатит, миокардит, иридоциклит, тиреоидит, панкреатит. Их возникновение возможно и в период ранней реконвалесценции. При современных формах орнитоза осложнения встречаются редко, более часты рецидивы (особенно при нерациональном лечении). Рецидивы возникают через 1–2 нед после нормализации температуры тела и длятся 5–7 дней.



# Диагностика

- Методом бактериоскопии мазков мокроты, окрашенных по Романовскому– Гимзе.
- Антигены хламидий определяют при помощи РИФ или РНИФ с использованием антител, меченных флюорохромом.
- Биологическим методом — путём заражения куриных эмбрионов или индикаторных клеток исследуемым материалом.
- Серологическим методом — посредством РСК (диагностический титр 1:16– 1:32 и выше) или в парных сыворотках, взятых с интервалом в 10–14 сут при нарастании титра антител в четыре раза и более. Реже используют РНГА, диагностический титр 1:512 или нарастание титра антител в парных сыворотках в четыре раза и более.

# Лечени е

- Этиотропная терапия: доксициклин 0,1 г два раза в сутки до третьего дня нормальной температуры, но не менее 10 сут. При замедленном регрессе процесса в лёгких — до 10-го дня нормальной температуры (до 3 нед).
- Альтернативные препараты — эритромицин в дозе 0,5 г 3–4 раза в сутки по аналогичной схеме и азитромицин — 0,5 г/сут однократно, до 10–12 сут.
- Патогенетическая терапия: бронхолитики, отхаркивающие средства, в периоде реконвалесценции — физиотерапия.
- При затяжном, рецидивирующем и хроническом течении вне обострений показано лечение в санаториях пульмонологического профиля в климатической зоне по месту проживания.