

ОРНИТОЗ

Син.: пситтакоз.

Орнитоз (ornithosis) - острое инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами интоксикации, преимущественным поражением легких, нервной системы и гепатолиенальным синдромом.

Исторические сведения. Первые случаи заболевания, возникшего при заражении от попугаев, описаны в 1876 г. Т. Юргенсоном и Дж. Риттером в 1879 г. В 1892 г. в Париже наблюдалась эпидемия тяжелого легочного заболевания: источником инфекции явились попугаи, импортированные из Буэнос-Айреса. Тогда же инфекция получила название пситтакоза (от psittakos - попугай). В дальнейшем было установлено, что источником инфекции могут быть не только попугаи, но и многие другие виды птиц, в связи с чем 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. Дилль в США обнаружили возбудителя у больных попугаев в клетках СМФ и серозном экссудате. В том же году С. П. Бедсон и соавт. описали некоторые его свойства и показали этиологическую связь с заболеваниями человека и птиц.

Этиология. Возбудитель орнитоза - *C. psittaci* - относится к роду *Chlamydia*, семейству *Chlamydiaceae*. Хламидии занимают промежуточное положение между вирусами и риккетсиями, имеют кокковидную форму, диаметр 0,30-0,45 мкм и являются облигатными внутриклеточными паразитами. Они содержат ДНК и РНК и имеют сложный цикл развития, завершающийся через 24-48 ч. Культивируются на куриных эмбрионах, а также путем заражения экспериментальных животных. В отличие от вирусов хламидии чувствительны к некоторым антибиотикам (тетрациклины, левомицетин, эритромицин). Устойчивы к замораживанию, инактивируются при нагревании и под воздействием различных дезинфицирующих препаратов.

Эпидемиология. Резервуаром и источником возбудителя являются около 140 видов домашних и диких птиц, что обуславливает широкое распространение орнитоза. В естественных условиях у птиц инфекция обнаруживается, как правило, 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 антропоургических очагов орнитоза. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют домашние (утки, индюшки), комнатные декоративные (волнистые попугайчики) птицы и голуби. Зараженность голубей иногда превышает 50 %. Птицы выделяют возбудителя с фекалиями и носовым секретом.

Механизм передачи орнитоза - аэрогенный. Основные пути заражения - воздушно-капельный и воздушно-пылевой. Инфицирование человека происходит при контакте с больными птицами. Заражения здорового человека от больного не наблюдается. Имеют место случаи внутрилабораторного инфицирования. Восприимчивость к орнитозу высокая.

Для орнитоза 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 патологическая анатомия. Входными воротами инфекции являются верхние дыхательные пути. Возбудитель проникает в эпителий мелких бронхов и бронхиол, а затем и в межтканевую ткань, где размножается и накапливается. В дальнейшем хламидии поступают в кровь. Гематогенная циркуляция возбудителя обуславливает симптомы общей интоксикации, фиксирование его в органах - поражение нервной системы, печени, селезенки, сердечной мышцы, надпочечников. Во внутренних органах он может длительно сохраняться, вызывая при реактивации рецидивы болезни.

При патологоанатомическом исследовании 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. При присоединении вторичной инфекции развивается гнойный трахеобронхит и крупноочаговая или лобарная пневмония. В других внутренних органах наблюдаются полнокровие, отек, дистрофические изменения, пролиферация клеток СМФ, иногда встречаются фокальные некрозы.

Клиническая картина. Инкубационный период при орнитозе длится 6-17 дней, чаще составляя 8-12 дней. Общепринятой классификации орнитоза нет. Наиболее полной является клиническая 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 форма.

Б. Хронический орнитоз:

- 1) хроническая орнитозная пневмония;
- 2) хронический орнитоз без поражения легких.

В. Посторнитозная неспецифическая хроническая пневмония.

Продромальный период не выражен.

Пневмоническая форма орнитоза начинается остро, с повышения температуры до 38-39 °С, часто даже до 40 °С. Появляются головная боль, озноб, профузная потливость, миалгии и артралгии, бессонница, заторможенность, тошнота. На 2-4-й болезни возникают сухой или со скудной слизистой мокротой кашель, боли в груди, в дальнейшем - признаки пневмонии. При исследовании легких перкуторные изменения довольно скудные. Лишь при локализации очага воспаления ближе к периферии легких или при его массивности отчетливо слышно притупление перкуторного звука.

Аускультативно определяются жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы и на ограниченном участке влажные мелкопузырчатые хрипы.

Пневмония, как правило, односторонняя и выявляется в нижних долях. Она носит интерстициальный, реже - очаговый или субдолевой характер. На рентгенограмме определяется интерстициальный, но иногда и очаговый инфильтративный процесс.

Поражение сердечно-сосудистой системы проявляется глухостью сердечных тонов, брадикардией, при тяжелом течении - тахикардией. Артериальное давление снижается. Со стороны желудочно-кишечного тракта отмечаются снижение аппетита, иногда полная анорексия, запор или понос. Язык утолщен, обложен серым налетом, края языка чистые, видны отпечатки зубов.

К концу 1-й 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.

Атипичные формы орнитоза протекают по типу менингопневмоний, орнитозного менингита и орнитозной инфекции без поражения легких. В первом случае у больных наряду с пневмонией выражены признаки поражения ЦНС в виде резкой головной боли, рвоты, ригидности затылочных мышц, положительных симптомов Кернига, Брудзинского.

При *менингеальной форме* отмечаются лишь менингеальные симптомы и интоксикация. Орнитозный менингит обычно серозный. В цереброспинальной жидкости определяются небольшой цитоз, умеренное увеличение количества белка. Известны случаи орнитозного менингоэнцефалита, при котором менингеальным явлениям сопутствуют очаговые симптомы, парезы и параличи. Все эти формы встречаются крайне редко.

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

Бессимптомная (субклиническая) форма острого орнитоза обнаруживается лишь во время эпидемиологических вспышек в очаге инфекции при лабораторном обследовании.

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

В некоторых случаях после перенесения острой орнитозной пневмонии развивается посторнитозная неспецифическая хроническая пневмония.

Диагностика. При групповых профессиональных заболеваниях диагностика орнитоза нетрудна. Диагноз ставится на основании важнейших клинических признаков орнитоза: острое начало заболевания, лихорадка, повышенная потливость, пульмональный синдром, поражение нервной системы, печени, селезенки. Эпидемиологический анамнез в значительной мере облегчает диагностику.

Диагноз орнитоза подтверждается с помощью лабораторных исследований. Выделение возбудителя из крови и мокроты осуществляется на куриных эмбрионах, культурах тканей или путем заражения животных. Однако эти исследования сложны и не всегда доступны. Основным методом лабораторной диагностики является РСК с орнитозным антигеном. В последнее время используется более чувствительная РТГА. Диагностическим для РСК является титр 1:16 - 1:64; для РТГА - 1:512 и выше.

Для ранней и ретроспективной диагностики орнитоза предложена внутрикожная проба. Антиген вводят внутрикожно по 0,1 мл в область внутренней поверхности предплечья обеих рук. Выраженность реакции оценивают по размерам инфильтрата и гиперемии. При орнитозе аллергическая проба положительна почти у всех больных и может сохраняться в течение 2-3 лет после выздоровления.

Дифференциальная диагностика орнитоза проводится с гриппом и другими острыми респираторными заболеваниями, пневмониями различной этиологии, Ку-лихорадкой, микоплазмозом, инфекционным мононуклеозом, бруцеллезом, туберкулезом легких, а при менингеальной форме болезни - с серозными менингитами другой этиологии.

Лечение. Из этиотропных средств используют антибиотики. Наиболее действенны тетрациклиновые препараты. Их назначают по 0,2-0,3 г 4 раза в день в течение всего лихорадочного периода и 5-7 дней после нормализации температуры. В тяжелых случаях антибиотики применяют парентерально. Наряду с ними 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 орнитозного менингита, кроме того, для дегидратации применяют салуретики (лазикс, урегит) и осмотические диуретики (маннитол). При хроническом течении болезни рекомендуются витаминотерапия, общеукрепляющие средства, лечебная физкультура (дыхательная гимнастика).

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

Прогноз, как правило, благоприятный.

Профилактика. При орнитозе профилактика включает: санитарно-ветеринарные 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 вакцин для специфической профилактики орнитоза у людей нет.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).