

ПАМЯТКА

по профилактике орнитоза для обучающихся и сотрудников МБОУ СОШ №2 г. Лобня



В 2014-2015 годах на территории Московской области участились случаи заболевания птиц (домашних, комнатных, городских) орнитозом, особенно в зоомагазинах, голубятнях, городских парках. В 2014 году в Москве зарегистрирован случай смерти человека от орнитоза

Орнитоз - это вирусная болезнь, вид гриппа, характеризующаяся острой формой протекания. Это определение ("орнитоз") используют в случаях, когда заболевание переносится через птиц, не из семейства попугаев. В противном же случае используют другое название - "пситтакоз".

Возбудителем орнитоза является хламидия пситтаци, попадающая в организм человека, как правило, воздушным (иногда пылевым) путем. Передаваясь человеку через домашних и городских птиц (особенно голубей), орнитоз чреват параличом дыхательных органов, и, принимая туберкулезную форму, может оканчиваться смертью больного. В 1930-м году в Европе вспыхнула массовая эпидемия орнитоза (были охвачены были 12 стран Европы), закончившаяся летальными исходами от 20% до 40% населения пандемийных государств. Как оказалось тогда, вспышка орнитоза была спровоцирована попугаями, привезенными из Латинской Америки.

Проявления и симптомы

Начинается развитие орнитоза с общей интоксикации организма, позднее проявляется поражение органов дыхания. Возникает озноб с повышением температуры до 39-40 градусов, появляется головная боль, а также боль в мышцах спины и конечностей. Общая слабость и адинамия нарастают, пропадает аппетит.

Клиническая картина орнитоза

Продолжительность инкубационного периода колеблется от 6 до 14 дней. В ряде случаев он; может удлиняться до 25 дней. Жалобы больного нередко указывают на значительную общую слабость, озноб, потливость, высокую температуру, разбитость, часто интенсивную головную боль, бессонницу, отсутствие аппетита, боль при глотании, рвоту, перемежающиеся боли в животе, запоры, а иногда и жидкий стул без примесей. Как правило, кашель нередко сухой, а иногда с мокротой, имеющей различный характер. Иногда наблюдаются боли в грудной клетке.

Болезнь часто начинается остро, изредка она имеет постепенное начало. Лихорадка сопровождается нарастанием температуры до высоких цифр в 2—3 дня. У детей вся болезнь может протекать: с субфебрильной или нормальной температурой. Длительность лихорадочного периода составляет до 2—3 недель с последующим возможным длительным субфебрилитетом. Снижение температуры происходит с кризисом. Часто субфебрильная температура может продолжаться до 2—3 месяцев. Ознобы и потливость нередко отчетливо выражены.

Головная боль обычно довольно сильная, постоянная, часто наблюдается бессонница, иногда бред, потеря сознания, периодическая боль в мышцах, суставах, мышечная слабость. В разгаре заболевания на 2-й неделе может развиваться менинго-энцефалит. Лицо и видимые слизистые оболочки часто гиперемированы.

Нередко имеется герпес на слизистых оболочках губ. Иногда на 5—6—7-й день болезни на коже туловища и конечностей отмечается сыпь (по типу розеолезной, быстро исчезающей). Лимфатические узлы увеличиваются в редких случаях. Аппетит, как правило, снижен, язык обложен, утолщенный, с красной каемкой и отпечатками зубов по краям, влажный. В начале болезни может быть небольшая гиперемия зева. Часто наблюдаются запоры.

При пальпации живота отмечают болезненность по ходу толстого кишечника и в области пупка. Как правило, увеличиваются печень и селезенка. Пульс учащен, реже имеется непостоянная относительная брадикардия. Артериальное давление незначительно снижено. Тоны сердца приглушены. Возможны носовые кровотечения.

Основным проявлением орнитоза является патология со стороны органов дыхания. Часто у больных отмечается сухой мучительный кашель, иногда сопровождающийся отделением слизистой, реже слизисто-гнойной и кровянисто ржавой мокроты. Однако даже при значительном поражении легких кашель может быть незначительным или совсем отсутствовать. Дыхание учащается.

При объективном исследовании — укорочение перкуторного звука над легкими (часто на ограниченном участке — в нижних отделах, иногда в прикорневых зонах), аускультативно отмечается крепитация или чаще звучные средние и мелкие по калибру влажные хрипы.

Клинические симптомы со стороны органов дыхания носят иногда затяжной характер. Рентгенологическая картина при орнитозе уже с первых дней заболевания обнаруживает очагово-инфильтративные изменения лобулярного, сегментарного или лобарного типа, имеющие в большинстве случаев межучасточный (интерстициальный) характер. Очаговые инфильтративные лобарные: Пневмонии выявляются на протяжении от 7 до 14 дней, изменения в интерстиции легких прослеживаются в пределах до 3 месяцев и более. Часто отмечается расширение корней легких с потерей их структуры; эти рентгенологические данные могут ошибочно трактоваться как опухолевые изменения и как туберкулезный бронхоаденит.

Картина крови характеризуется нормальным количеством лейкоцитов, иногда лейкопенией, редко — умеренным лейкоцитозом. У многих больных отмечается анэозинофилия. РОЭ слегка ускорена или нормальна. Выздоровление нередко затягивается на 2—4 месяца, а иногда бывают и рецидивы болезни.

Осложнения. Изредка при орнитозе наблюдаются миокардиты, менинго-энцефалиты, медиастиниты, тромбофлебиты, экссудативные плевриты, карнификация, склероз ткани легких, ведущий в дальнейшем к легочно-сердечной недостаточности.

Период инкубации орнитоза длится от недели до почти двух с половиной недель.

Различают типичную и атипичную (без поражения легких) формы орнитоза. Типичная форма орнитоза начинается с ухудшения общего состояния человека по причине отравления организма болезнетворными микроорганизмами.

Постепенно начинают проявляться признаки онемения дыхательных органов, появляется озноб, сопровождаемый высокой температурой (выше 39 градусов). Возникают острая мигренеобразная головная, мышечная и суставная боль. Наблюдается упадок сил и мышечная слабость, вялость и потеря аппетита. Позднее начинается выделение небольшого количества вязкой гнойной, иногда - с примесью крови, мокроты. Уже в начальном периоде орнитоза становится заметной бледность кожных покровов, нарушение ритмов сердца, гипотония. При проведении УЗИ уже на этой стадии заболевания орнитозом фиксируется поражение нижних отделов легких.

Остаточные рентгенологические изменения в легких остаются еще значительное время. В восстановительный период, особенно при тяжелых формах, в течение длительного времени наблюдается астения с гипотонией, другие нарушения вегето-сосудистой системы.

Лечение и профилактика

Лечение орнитоза обязательно должно проходить в стационаре. Как уже было упомянуто, для лечения орнитоза врачи применяют группу антибиотиков. Это антибактериальные препараты, имеющие проникающее свойство, а также способные производить высокие внутриклеточные концентрации. К числу таких препаратов относят макролиды, тетрациклины, фторхинолоны. Учитывая специфику антибактериальной активности эритромицин, ровамицин, сумамед, клацид и т.д. являются главными лекарственными средствами при лечении орнитоза, а при назначении новорожденным, детям и беременным макролидам альтернативы нет.

Самыми действенными из указанных препаратов является тетрациклиновая группа лекарств, которая в 3-5 раз более активна, чем левомецетин. Доза препарата назначается врачом индивидуально (суточная норма - до 2 г). Современные методы лечения орнитоза помогли уменьшить смертность до 1% и менее от общего числа заболевших. Иногда возможны повторные проявления орнитоза и перерастание его в хроническую форму (в 10-15% случаев).

В случае возникновения осложнений во время орнитоза дают показание на применение кортикостероидных гормонов (например, гидрокортизона), которые используют перорально или в форме инъекций, а также стимулирующих сердечно-сосудистых препаратов. Для дезинтоксикации больному внутривенно вводят раствор глюкозы, чтобы увеличить выводящую способность печени, а также применяют раствор натрия хлорида и раствор Рингера, доводя количество жидкости до 2,5-3-х литров в день.

Такие терапевтические меры обеспечивают улучшение состояния системы микроциркуляции. Комплексно с медикаментозной дезинтоксикацией при орнитозе назначают кислородное вдыхание, витамины. В период восстановления организма подключают физиотерапевтический комплекс. Выздоровевших пациентов выписывают, потом еще около года они находятся под врачебным наблюдением и снимаются с учета в случае отсутствия осложнений и повторений заболевания.

Побочным результатом заболевания орнитозом может стать развитие других видов заболеваний: тромбофлебитов (воспаление венозных стенок с образованием тромбов), гепатитов (хронические воспалительные заболевания печени), миокардитов (поражения сердечной мышцы, также воспалительного характера), иридоциклитов (воспаление глазной радужки и ресничной части глаза), тиреоидитов (заболевание щитовидной железы бактериального характера, протекающее в острой форме).

Профилактика орнитоза

Чтобы предотвратить инфицирование микроорганизмами, вызывающими орнитоз, прибегают к ветеринарным и медицинским санитарным мерам. Чтобы вовремя выявить орнитоз у домашних и городских птиц нужно обеспечить регулярный санитарно-ветеринарный надзор. Яйца птицы, рекомендуемые для употребления, должны подвергаться термической обработке. При выявлении заболевших птиц, остатки их жизнедеятельности, перо и пух сжигаются. Санитарная обработка птицы выполняется в респираторной маске и защитных очках, правила личной гигиены необходимо соблюдать неукоснительно (мыть руки перед едой, после работы)

По Московской области ветеринарной службой приняты меры по предупреждению распространения орнитоза на территории региона. Круглосуточно работает телефон горячей линии: 8(499) 130-30-10. Убедительная просьба по возможности исключить содержание птиц в учебных кабинетах школы.



СОХРАНЯЙТЕ СВОЁ ЗДОРОВЬЕ!!!

«27» февраля 2015 года

Памятку подготовил заместитель директора по безопасности МБОУ СОШ №2

г.о. Лобня Пашутко А.Д.