



**Кемеровская государственная
медицинская академия**

Е. А. Вострикова, Н. И. Тарасов, А. А. Марцияш

ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА И ВРАЧА ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Кемерово – 2007

Николай Тарасов

**Хламидийные инфекции
в практике участкового
терапевта и врача общей
врачебной практики**

«БИБКОМ»

2007

УДК 616.6:616.9
ББК 56.9

Тарасов Н. И.

Хламидийные инфекции в практике участкового терапевта
и врача общей врачебной практики / Н. И. Тарасов —
«БИБКОМ», 2007

В учебном пособии дан краткий обзор наиболее распространенных
видов хламидийных инфекций, показаны механизмы развития и
ведущие морфологические признаки заболеваний, представлены
современные принципы диагностики и лечения.

УДК 616.6:616.9
ББК 56.9

© Тарасов Н. И., 2007
© БИБКОМ, 2007

Содержание

ПСИТТАКОЗ (ОРНИТОЗ)	5
УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ	7
Конец ознакомительного фрагмента.	8

Николай Тарасов, Евгения Вострикова, Алексей Марцияш Хламидийные инфекции в практике участкового терапевта и врача общей врачебной практики

ПСИТТАКОЗ (ОРНИТОЗ)

Этиология. Возбудитель – *Chlamidophila psittaci* обладает всеми свойствами, характерными для семейства *Chlamydiaceae*. Штаммы хламидофил, выделенные от птиц и млекопитающих, различаются по антигенным свойствам.

Эпидемиология. Источником инфекции являются более 170 видов птиц. Существенное эпидемиологическое значение имеют городские голуби, зараженность которых *C. psittaci* достигает 80 %. Довольно часто источниками инфекции становятся домашние птицы – попугаи, канарейки и др.

Пути передачи – воздушно-капельный, воздушно-пылевой. Редко встречается алиментарный путь заражения. Пситтакоз может быть профессиональным заболеванием у работников птицеферм, мясокомбинатов. Заболеваемость обычно имеет спорадический характер, но встречаются семейные и профессиональные вспышки. Болеют преимущественно люди зрелого и старшего возраста. Заболевание регистрируется чаще в холодное время года.

Патогенез. *C. psittaci*, проникнув в организм человека через слизистую оболочку дыхательных путей, размножаются в цилиндрическом эпителии дыхательных путей, повреждая его. Поражаются бронхи, бронхиолы, альвеолы. Гематогенным путем микробы могут попадать в различные органы, где формируются вторичные очаги. Особенно часто в процесс вовлекаются печень, селезенка, центральная нервная система, миокард. В большинстве случаев организм освобождается от возбудителя в течение 4–6 недель. На фоне иммуносупрессии *C. psittaci* сохраняются в организме в течение нескольких лет, обеспечивая развитие хронических форм инфекции.

После перенесенного заболевания развивается кратковременный и нестойкий иммунитет.

Клиника. Инкубационный период – 6–17 дней. Выделяют несколько клинических форм пситтакоза: гриппоподобная, пневмоническая, тифоидная, менингеальная, латентная. Наиболее типичной считается пневмоническая форма, протекающая по типу перибронхита, мелко-, крупноочаговой или лобарной пневмонии. Заболевание начинается внезапно с озноба, головной боли, ломоты во всем теле.

У некоторых больных острому началу предшествует продромальный период болезни в виде недомогания, болей в суставах, субфебрилитета в течение 1–3 дней. На 2–3-й день болезни появляются сухой кашель, симптомы трахеобронхита. Воспалительные изменения в легких выявляются на 5–7-й день болезни. Беспокоят кашель со слизистой мокротой, одышка.

Рентгенологически чаще определяется мелкоочаговая пневмония, но пневмоническая инфильтрация может быть и крупноочаговой, и лобарной. У большинства больных увели-

чиваются периферические лимфоузлы, у части – печень и селезенка. У ослабленных людей пситтакоз может протекать тяжело, с длительной упорной волнообразной лихорадкой.

Стандартная терапия пневмонии антибиотиками группы пенициллина не дает эффекта, и у 15–20 % больных наступает рецидив. При среднетяжелых и тяжелых формах болезни отмечается длительный период реконвалесценции – до 2 месяцев и более. В конце 1-й недели заболевания может развиваться серозный менингит.

Гриппоподобная форма сопровождается лихорадкой, умеренной интоксикацией и катаральными симптомами по типу бронхита, трахеобронхита. Довольно тяжело протекает тифоидная форма. На фоне выраженной интоксикации, длительной высокой лихорадки увеличиваются печень, селезенка, в процесс могут вовлекаться легкие, центральная нервная система. Эта форма пситтакоза имеет клинические проявления, сходные с симптомами брюшного тифа, за исключением розеолезной сыпи. **Менингеальная** форма диагностируется редко, так как не имеет характерных этиологических признаков. Больные серозным менингитом не всегда обследуются на пситтакоз. **Бессимптомная** форма пситтакоза, по-видимому, встречается значительно чаще, чем диагностируется. При обследовании во время эпидемических вспышек на эту форму приходится до 1/3 всех случаев пситтакоза.

Хроническая форма пситтакоза может возникать после любой перенесенной формы, в том числе бессимптомной. Заболевание продолжается 3–5 лет и характеризуется длительным субфебрилитетом, интоксикацией, астенизацией. Может развиваться хронический обструктивный бронхит.

Рецидивы болезни, хронизация процесса, как правило, наблюдаются при отсутствии адекватной терапии.

Диагностика. К основным методам лабораторной диагностики относятся серологические исследования. Используются РСК (диагностические титры 1:16–1:32), РТГА (1:512), кроме того, диагностическим считается нарастание титра антител в парных сыворотках в 4 раза и более.

Лечение. Препаратами выбора в этиотропной терапии являются антибиотики группы макролидов и тетрациклина. Проводится патогенетическая и симптоматическая терапия.

Профилактика пситтакоза. Мероприятия по борьбе с пситтакозом среди домашних птиц, регулирование численности голубей.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ

Этиология. Возбудители – *C. trachomatis* сероваров D, Da, E, F, G, H, I, Ia, J, K.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной с манифестной или бессимптомной формой острого или хронического заболевания. Механизм передачи: контактный и вертикальный.

Контактный механизм реализуется обычно половым и, редко, неполовым (бытовое заражение) путями. Вертикальный механизм реализуется при антенатальном заражении (через плаценту) и интранатально (в родах). Восприимчивость к урогенитальному хламидиозу наиболее высока у лиц с иммунодефицитами. Пик частоты развития урогенитального хламидиоза приходится на лиц в возрасте от 17 до 25 лет, что соответствует частоте распространения других передаваемых половым путём инфекционных заболеваний.

Урогенитальный хламидиоз относится к числу наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем.

Патогенез. Хламидии попадают на слизистую оболочку мочеполовых путей и внедряются в эпителий цилиндрического или переходного типов, что приводит к региональному воспалению. В дальнейшем воспалительный процесс распространяется *per continuitatem*, увеличивая площадь поражения, или механически (загрязненными руками) возбудитель переносится на слизистые оболочки других областей (конъюнктив, прямая кишка). У иммунокомпromетированных лиц инфекция, вероятно, может распространяться по лимфатическим путям и гематогенно, вызывая поражения органов мочеполовой системы, брюшины и даже плевры. При тяжелых иммунодефицитных состояниях иногда наблюдается генерализованное течение заболевания с поражением центральной нервной системы и других органов. Хроническое течение урогенитального хламидиоза может сопровождаться развитием иммунопатологических реакций (узловатая эритема, крапивница) и состояний (болезнь Рейтера, реактивный полиартрит). Наиболее часто эта возможность реализуется у лиц с генотипом HLA-B27. Клиника последствий (резидуальная фаза) заболевания характеризуется наличием морфологических и функциональных изменений со стороны различных органов при отсутствии в организме возбудителя.

Клиника. Инкубационный период при урогенитальном хламидиозе составляет 10–15 дней.

Клиника острого неосложненного уретрита у мужчин и женщин скудна симптомами. Обычно бывают неприятные ощущения в уретре при мочеиспускании, жжение и зуд, гиперемия вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала, скудные выделения из уретры и влагалища (последние чаще возникают при наличии цервицита). Выделения имеют слизистый, а не гнойный характер. Температура тела нормальная или субфебрильная. Течение заболевания вялое, торпидное.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.