

К МОРФОЛОГИИ СТРЕПТОТРИХОЗА У ЖИВОТНЫХ

*Кафедра патологической анатомии
(зав. — проф. Г. Я. Белкин)*

Стрептотрихоз — заболевание, вызываемое нитевидными грибами, обладающими истинными ветвлениями. Отдельные случаи этого заболевания описывались под разными названиями: атипичский актиномикоз, псевдоактиномикоз, актинофитоз, кладотрихоз или даже псевдотуберкулез. Чаще всего его смешивали с актиномикозом, который, как известно, вызывается грибом, образующим в животном организме друзы лучистой структуры с типичными колбовидными вздутиями, в то время как при стрептотрихозе этого не наблюдается.

Некоторые авторы отмечают, что в отличие от актиномикоза, при котором развивается больше продуктивное воспаление, процессы с разрастанием ткани, при стрептотрихозе наблюдаются процессы нагноения; указывается также, что при стрептотрихозе, в противоположность актиномикозу, в процесс в значительной степени вовлекаются лимфоузлы.

Абрикосов (1) констатирует, что после работ Эппингера многие авторы пришли к заключению, что название «стрептотрихоз» обнимает заболевания, вызываемые разными типами нитевидных, ветвящихся грибов. Была также установлена близость этих стрептотрихозов к лучистому грибку, или, как авторы предпочитают говорить, принадлежность актиномицетов к классу *Streptotricheae*.

Касаясь того, что заболевания, вызываемые стрептотрихеями, не образующими истинных друз, свойственных актиномикозу, дают (у человека) несколько иную картину, чем при поражении лучистым грибом, Абрикосов пишет: «Это побуждает меня стрептотрихоз рассмотреть отдельно от актиномикоза».

У животных стрептотрихоз регистрируют редко. Имеются, однако, описания случаев заболевания крупного рогатого скота, собак, кошек.

Френер и Цвик описывают стрептотрихоз только у собак и характеризуют его как хроническое инфекционное заболевание, сопровождающееся плевритом и перитонитом. Естественное заражение наблюдается при ранении кожи частицами трав, на которых имеется грибок; возможно заражение и через дыхательный тракт (о возможности, в виде исключения, аэрогенного заражения пишут также Гутира и Марек — 2). Течение болезни медленное, иногда с небольшим повышением температуры и с прогрессирующим исхуданием.

Некоторые авторы отмечают сходство этого заболевания с туберкулезом ввиду исхудания больных, увеличения лимфатических узлов, накопления экссудата в полостях, иногда опухания суставов.

Важно отметить, что при стрептотрихозе у человека наблюдаются

формы поражения легких, сходные по гистологической структуре с туберкулезом.

В доступной литературе мы нашли описания небольшого числа случаев стрептотрихоза у кошек, но некоторые из них, вероятно, были случаями актиномикоза.

Гартль описал под названием «актиномикоз» перитонит у кошки, при котором в жидком экссудате был обнаружен возбудитель, состоявший из сильно ветвившихся нитей без колбообразований.

Найденные нами немногочисленные описания случаев стрептотрихоза свидетельствуют о том, что диагностика этого заболевания нуждается в уточнении, что его иногда смешивают с актиномикозом и что морфология заболевания, в особенности гистологическая картина изменений у животных, мало изучена.

Это, а также и то, что стрептотрихоз встречается у человека, побуждает нас опубликовать описание случая стрептотрихоза у кошки — животного, с которым человек бывает в близком контакте.

ВСКРЫТИЕ ТРУПА

На кафедру патологической анатомии был доставлен труп кота 3¹/₂ лет, который, по словам владельца, заболел при явлениях резкого понижения аппетита и одышки.

Перед этим при обследовании животного в терапевтической клинике СХИ было установлено: температура тела 38,1⁰, пульс — 120, дыхание тяжелое, акт вдоха затруднен, в области глотки болезненность. Кот пал через 11 дней после обнаружения владельцем первых признаков заболевания.

Бросается в глаза резкое исхудание. Купол диафрагмы находится на уровне последнего ребра. В грудной полости найдено стакана два мутной, желтоватого оттенка жидкости. На плевре (реберной, легочной и диафрагмальной) имеются ворсинчатые разрастания, занимающие участки различной величины. Некоторые довольно крупные разрастания, связанные с плеврой только узкой полоской, свободно вдаются в грудную полость в виде уплощенных с неровной поверхностью пластинок, достигающих размера 4 × 1,5 × 0,5 см.

Наиболее крупные разрастания расположены на плевре в области последних ребер. На диафрагмальной плевре эти разрастания сплошные, вследствие чего она достигает толщины в 1,5 мм, причем поверхность ее напоминает шагреня. Легочная плевра покрыта мелковорсинчатыми разрастаниями, в особенности по дорзальному краю обоих легких. Крупные разрастания имеются и на средостении. На разрезе в описываемых разрастаниях местами видны небольшие серо-желтые очажки.

Между легочной, реберной, а также диафрагмальной плеврой имеются спайки с ворсинчатыми разрастаниями на них.

В задней половине задней доли правого легкого обнаружен

уплотненный очаг величиною с лесной орех, достигающий до дорзального края легких; цвет очага на разрезе — серо-белый, местами с точечными желтоватыми участками.

Нижне-шейные и бронхиальные лимфатические узлы, особенно первые, резко увеличены, мозговидны.

Печень: дольчатость хорошо выражена, центральные части долек выделяются своим серым цветом, благодаря чему печень в целом имеет пестрый вид.

Селезенка слегка гиперплазирована. В кишечнике картина глистного энтерита. В остальных органах изменений не обнаружено.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Исследованы разные участки из разражений на плевре, очаг в легких, печень, почки, селезенка и лимфатические узлы (нижне-шейные и бронхиальные).

Плевра. В разражениях на плевре видны клеточные скопления, имеющие то диффузный, то более гнездный характер; гнездные скопления отделены друг от друга соединительно-тканными прослойками разной ширины.

В центральных участках некоторых клеточных скоплений имеются окрашенные гематоксилином в синеватый или фиолетовый цвет довольно крупные включения овальной или округлой формы (рис. 1); в некоторых местах эти включения имеют вид широких тяжей, змеевидно извивающихся и окружающих в замыкаемом ими пространстве небольшие группы в 10—20 мелких клеток лейко-лимфоцитарного типа.

На препаратах, окрашенных по Грам-Вейгерту, видно, что эти включения представляют собою скопления ветвящихся нитей разной длины и толщины, а также беспорядочно расположенных коротких, но толстых палочковидных форм (рис. 2). В некоторых нитях густо окрашенные участки чередуются со светлоокрашенными, вследствие чего нити приобретают как бы зернистую структуру.

Клеточные скопления, окружающие включения, состоят из небольшого количества полиморфноядерных лейкоцитов, главным же образом, из клеток лимфоцитарного типа, а также клеток эпителиоидного характера. Описываемые клеточные скопления нередко переходят в разрастания грануляционной ткани со значительным количеством кровеносных сосудов. Стенка многих сосудов разрыхлена, отечна; иногда встречаются тромбы смешанного типа. Вокруг некоторых сосудов видно разрастание соединительной ткани с гиалинизацией ее.

Разрастания грануляционного характера преобладают над лейко-лимфоцитарными скоплениями, окружающими включения.

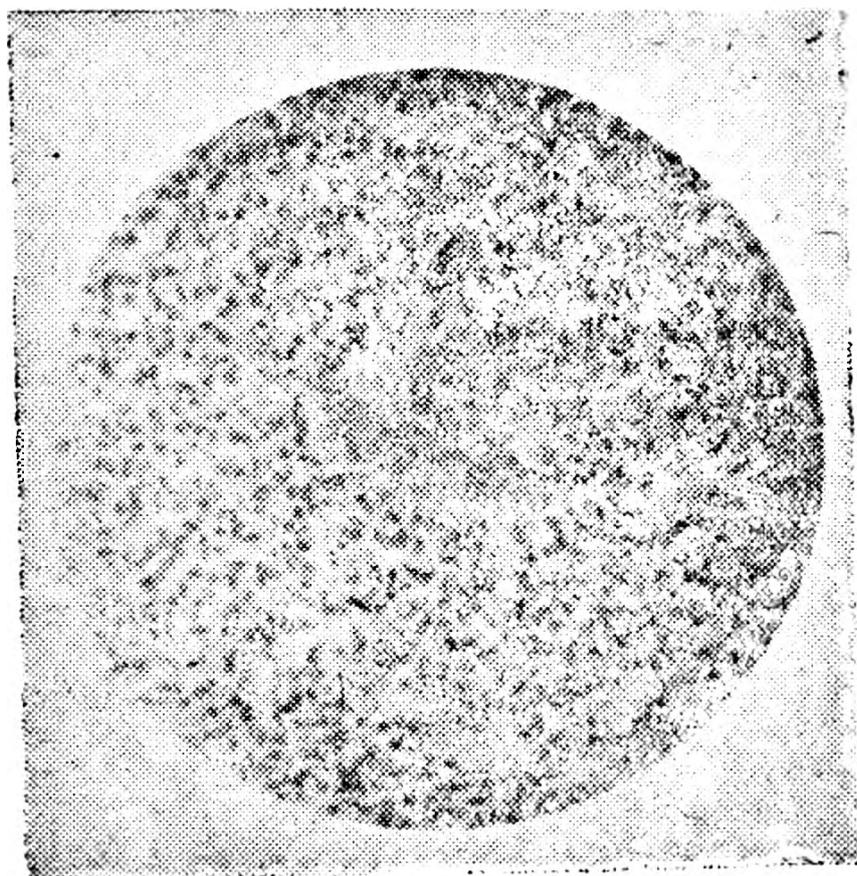


Рис. 1.



Рис. 2.

В препаратах из некоторых мелких разращений на плевре, видно только разрастание грануляционной ткани без типичных клеточных очагов, содержащих включения.

Легкие. В препаратах, приготовленных из уплотненного очага правого легкого, видны включения (возбудители) с клеточными скоплениями вокруг них такого же характера, как и в разращениях на плевре (рис. 3): непосредственно вокруг возбудителя расположены лимфоцитарные клетки с примесью незначительного количества полиморфноядерных лейкоцитов; по периферии в клеточных скоплениях имеются и клетки с пузырьчатыми ядрами.

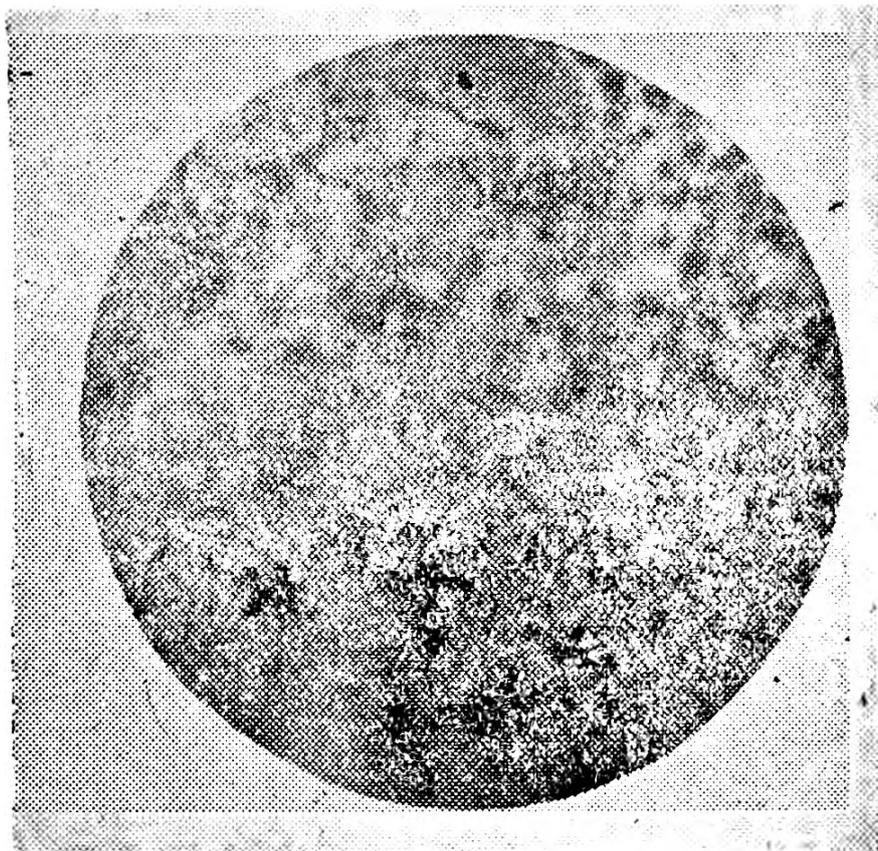


Рис. 3.

Эти клеточные очаги расположены в уплотненном участке легкого, который по своей гистологической структуре представляет очаг типичной хронической межочечной пневмонии. Отмечается разрастание хорошо выраженной соединительной ткани в альвеолярных перегородках и фиброзный перибронхит; многие альвеолы в этих местах сильно сдавлены и выстланы кубическим эпителием. Вокруг кровеносных сосудов видны широкие слои гиалинизированной соединительной ткани.

Описываемый очаг межочечной пневмонии, резко обрываясь, переходит в эмфизематозную легочную ткань, альвеолы которой в просветах своих не содержат никаких клеточных элементов.

Печень. Резкое ожирение, охватывающее центральную и среднюю часть долек; периферическая зона печеночных долек от жира свободна. Отмечается отечность стенки центральных вен и некоторых междольковых сосудов, в последних иногда встречаются тромбы. Капилляры незначительно расширены, эндотелий набухший; в просвете капилляров имеются клетки лимфоидного типа. В паренхиме местами попадаются небольшие мелкоклеточные скопления.

Селезенка. Кое-где в небольшом количестве встречаются свернувшиеся белковые массы. В срезах попадают нейтрофильные и местами эозинофильные лейкоциты. По селезеночной пульпе разбросаны многочисленные клетки типа гистиоцитов.

Часто попадают одиночно расположенные клетки типа мегакариоцитов.

Почки. Даже с учетом особенностей структуры нормального эпителия почечных канальцев у кошки в исследуемом материале можно констатировать резкое ожирение почечного эпителия. Отчетливо выражена гиперемия, особенно мозгового слоя. Местами между канальцами встречаются кровоизлияния.

Лимфатические узлы

В ниже-шейных и бронхиальных узлах картина подострого лимфаденита.

* * *

На основании результатов гистологического исследования нами был диагностирован стрептотрихоз, хотя картина, выявленная при вскрытии, главным образом характер изменений плевры, позволяла сделать предположительное заключение о заболевании туберкулезом.

По литературным данным, при стрептотрихозе у кошек и собак обычно наблюдаются подкожные абсцессы, из которых процесс затем распространяется на внутренние органы, в частности на плевру и брюшину.

В описываемом случае подкожные абсцессы отсутствовали. Гистологическая структура обнаруженного в правом легком стрептотрихозного очага дает основание предположить аэрогенное заражение с последующим распространением процесса из легких в плевру.

Вообще этот случай отличается некоторым своеобразием патологогистологической картины, а следовательно, и характера патологического процесса во внутренних органах.

В то время как в большинстве опубликованных описаний сообщается о гнойных процессах, вызываемых возбудителем стрептотрихоза, в нашем случае на первый план выступают разрастания грануляционного характера.

Аналогичное явление бывает, очевидно, и у человека. Абрикосов, отметив, что в медицинской литературе зарегистрировано 36 случаев стрептотрихоза легких, сообщает, что в редких случаях некроз и нагноение легочных очагов стрептотрихоза идет более медленно и вокруг гнойных очагов развивается грануляционная ткань, сходная с туберкулезной грануляционной тканью.

Изучение описываемого случая стрептотрихоза и имеющийся небольшой литературный материал дают нам основание считать, что в клинической практике при диагностировании (по крайней мере у собак и кошек) хронического плеврита и перитонита с явлениями прогрессирующего исхудания и при решении вопроса об этиологии их не следует упускать из виду и возможность стрептотрихоза.

Посмертный диагноз может быть поставлен на основании гистологического исследования с обязательным применением специального метода окраски возбудителя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов. Частная патологическая анатомия, вып. III, 1947., стр. 434.
 2. Гутира и Марек. Частная патология и терапия домашних животных, т. 1, 1932.
-