

И.В. Косторная, Ф.Т. Малыхин, О.М. Ермакова, В.Н. Иванова, А.В. Кастарнов

ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА ХЛАМИДОФИЛЕЗА ПРИ КАННАБИСНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Несмотря на многолетние усилия по изучению значения хламидофил в механизмах развития ряда острых и хронических соматических заболеваний человека, данные, касающиеся вопросов морфологии хламидофильной инфекции у наркоманов, практически не рассматривались ни в советской, ни в российской научной медицинской литературе. Проанализированы результаты секционного наблюдения с гистологической обработкой хламидофилеза у каннабисного наркомана.

Ключевые слова: хламидофилез, пситтакоз, морфогенез, каннабисная наркомания.

I.V. Kostornaya, F.T. Malykhin, O.M. Ermakova, V.N. Ivanova, A.V. Kastarnov

THE CHRONIC FORM OF CHLAMYDOPHILOSIS AT CANNABIS INTOXICATION (CLINICO-MORPHOLOGICAL OBSERVATIONS)

Despite of many decades of efforts aimed to study the value of chlamydoofil in the mechanisms of development of a number of acute and chronic somatic illnesses in human beings, the data concerning questions of chlamydophilosis morphology in drug addicts, were not investigated either in the Soviet or in the Russian scientific medical literature. Here we studied the results of autopsy observations with histological processing of chlamydophilosis in cannabis addict person.

Key words: chlamydophilosis, psittacosis, morphogenesis, cannabis addiction.

Введение. Процент заболеваний, вызванных *Chlamydoiphila psittaci*, среди респираторной патологии взрослых, обусловленной другими возбудителями, высок, несмотря на высокую вариабельность статистических данных [7, 8, 9, 10, 11]. Заболевания наблюдались исключительно у купивших только что ввезенных в страну попугаев, протекали они в виде небольших семейных или домашних вспышек [7, 11]. Предпосылками к недостаточной диагностике и лечению хламидофильной инфекции являются невысокая специфичность клинических проявлений заболевания, а зачастую и полное отсутствие таковых. Вместе с тем, длительная персистенция возбудителя и отсутствие этиотропной терапии приводят к хроническому течению процесса с периодическими обострениями заболевания, развитию тяжелых осложнений хламидофилеза [2, 3, 5, 12].

По данным Управления по наркотикам и преступности ООН, к 2010 г. около 200 млн человек в возрасте от 15 до 64 лет употребляли наркотики (около 5 % всего населения в мире в этом возрасте). Из них 163 млн человек являлись потребителями препаратов каннабиса. После алкоголизма каннабисная наркомания – самый распространенный вид наркотизма в мире. Как считает большинство западных исследователей, каннабис открывает дорогу более сильным наркотикам: 40 % героиновых или опийных наркоманов начинают наркотизацию с употребления марихуаны [1]. Вместе с тем, ни в советской, ни в российской научной медицинской литературе не удалось обнаружить данных, касающихся вопросов морфологии хламидофильной инфекции у наркоманов.

Цель: изучить патологическую анатомию паренхиматозных органов умершего от тяжелой формы хламидофилезной пневмонии на фоне хронической каннабисной интоксикации.

Материалы и методы исследования. В исследование включены результаты исследования умершего пациента М., 37 лет, поступившего 04.11.2011 по экстренным хирургическим показаниям на лечение в ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи». Больной М. страдал хронической каннабисной интоксикацией (курил марихуану по одной сигарете в день на протяжении более 5 лет). Кроме того, М., работая продавцом зоомагазина, длительно имел регулярные профессиональные контакты с птицами, в том числе, с попугаями. У него прижизненно в назофарингеальных образцах серологически, посредством Compliment-

fication (CF) и ИФА-теста на основе LPS выявлена *C. psittaci*, а в крови установлено наличие специфических антител к ней классов IgM и IgG. Пациент скончался 15.11.2011. Проведено секционное исследование трупа. Гистологические препараты окрашены гематоксилином и эозином, пикрофуксин по Ван-Гизон, мазки со срезов сегментарных бронхов окрашены по Романовскому-Гимзе.

Результаты исследования и их обсуждение. На аутопсии: в плевральных полостях наличие желтоватого транссудата, легкие расположены свободно, с единичными фиброзными швартами. Плевральные листки слоистого вида, отечные. В полости брюшины в боковых карманах до 100 мл желтого прозрачного транссудата. Почки с венозным полнокровием пирамид. В трахее и центральных бронхах – вязкий слизисто-гнойный экссудат. Слизистая оболочка их бурая, шероховатая, тусклая. На разрезе легкое темно-красного цвета, плотноватое. Незначительная тоногенная дилатация сердца. Спленомегалия. Печень увеличена, в утолщенной, тусклой капсуле с мелкозернистой поверхностью. Паренхима ее серо-коричневая, плотная. Головной мозг с инъецированными сосудами, набухший. Мозжечок с бороздой от вклинения в большое затылочное отверстие.

При микроскопическом исследовании в головном мозге выявлено резкое полнокровие сосудов мягкой мозговой оболочки и ткани мозга, с диапедезными кровоизлияниями гипоксического и гипоксемического характера. Имеются кровоизлияния в мозговое вещество надпочечников. В селезенке обнаружили обеднение красной пульпы, редукцию фолликулов и инфаркты при наличии обтурирующих организованных фибриновых тромбов в мелких кровеносных сосудах. В почках выявлено выраженное полнокровие клубочков и сосудов, некроз эпителия почечных канальцев. В ткани легких: бронхиальное дерево с десквамацией респираторного эпителия, очаговыми некрозами слизистой оболочки со слабо выраженной лейкоцитарной инфильтрацией в собственной мышечной пластинке, в подслизистом слое – полнокровие сосудов. Характерно наличие гиалиновых мембран по контурам альвеол (рис. 1), присутствие фибрина в просветах альвеол, интерстициальный и внутриальвеолярный отек. Экссудат в альвеолах состоит из фибрина, слущенного эпителия, эритроцитов, лейкоцитов. В мазках из бронхиального дерева выявлены хламидофилы в виде вакуолей (рис. 2). Плевра отечная, с полнокровными капиллярами. Капсула печени фиброзирована. В паренхиме: нарушение долькового строения с множеством мелких псевдодолек, имеются обширные некрозы гепатоцитов со скудной перифокальной реакцией макрофагами – асептические некрозы (рис. 3).

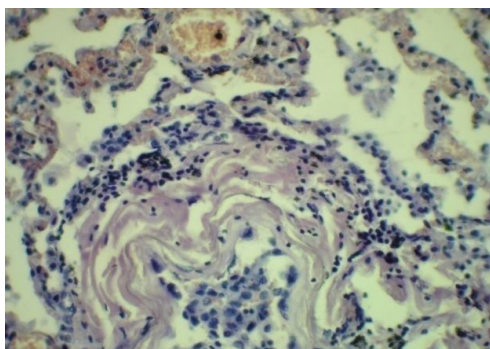


Рис. 1. Гиалиновые мембраны в альвеолах. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение × 160

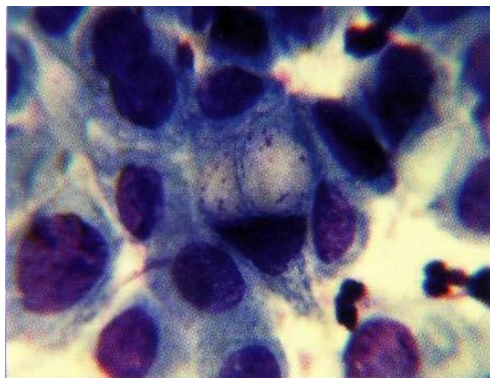
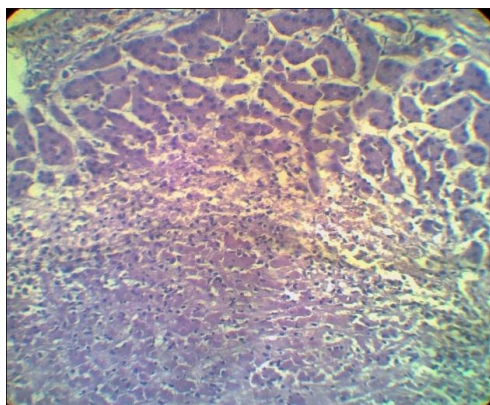


Рис. 2. Нежные вакуоли с розовыми гранулами разных размеров в клетках цилиндрического эпителия бронха с явлениями метаплазии. Окраска по Романовскому-Гимзе. Увеличение × 1000



**Рис. 3. Асептические некрозы печени с единичной макрофагальной инфильтрацией.
Окраска: гематоксилин и эозин. Увеличение × 160**

По результатам патологоанатомического вскрытия установлен диагноз: респираторный хламидофилез – орнитоз (пситтакоз), поздняя фаза (полисерозит, токсико-аллергические некрозы правого легкого, печени, селезенки).

Анализ представленного наблюдения показывает, что при хламидофилезе наиболее значительные изменения наблюдаются в легких. Имело место развитие пневмонических очагов, при этом в зависимости от длительности поражения заболеванием участков легких менялся и характер пневмонии. Лобулярная катарально-фибринозная пневмония перешла в лobarную, причем в части легочной ткани пневмония сохранила характер катарально-фибринозной. При дальнейшем развитии заболевания в части участков быстро развились очаги некроза легочной ткани с кровоизлияниями в них, пневмония стала абсцедирующей. Уже в ранних стадиях пневмонического процесса при микроскопии выявлялись гиалиновые мембраны, свидетельствующие о развитии респираторного дистресс-синдрома (вплоть до IV ст.) – непосредственной причины смерти больного. Ряд морфологических исследований [4, 6] позволил установить, что именно у каннабисных наркоманов гиалиновые мембраны более выражены, что, вероятно, связано со взаимодействием активного вещества каннабиса – тетраканабинола, являющегося липофильным субстратом, с фосфолипидами сурфактанта.

По литературным данным [2, 10, 11, 12], как и в нашем наблюдении, со стороны верхних дыхательных путей при хламидофилезе рано наблюдается катаральное воспаление, позднее оно может принимать характер фибринозного или фибринозно-гнойного, стенки мелких бронхов разрушаются, нарушается целостность эластического каркаса, развиваются бронхоэктазы. Помимо гнойного расплавления (очевидно, связанного с присоединением вторичной микрофлоры – стафилококка), возможен и первичный некроз, в этом случае течение процесса особенно быстрое [10]. Гнойные осложнения пневмоний также не имеют специфических форм, свойственных только хламидофилезу. Часто за короткое время развиваются карнификация и пневмосклероз [12].

Заключение. Сопоставление полученных данных с результатами немногочисленных секционных наблюдений погибших от пситтакоза подтверждает отсутствие специфичных для этой инфекции патологоанатомических изменений. Вместе с тем, хламидофильная инфекция на фоне наркомании протекает тяжело, с системными проявлениями, развитием некрозов и более выраженных гиалиновых мембран в альвеолах. Последнему могут способствовать как респираторный дистресс-синдром, так и хроническая наркотическая интоксикация. Частота гнойных осложнений указывает на значение присоединения вторичной стафилококковой инфекции.

Список литературы

1. Врублевский, А. Г. Медико-социальный прогноз некоторых форм наркоманий / А. Г. Врублевский, М. Л. Рохлина, И. Б. Власова // Вопросы наркологии. – 2010. – № 3. – С. 38–42.
2. Гаспарян, М. О. Актуальность проблемы хламидийной инфекции / М. О. Гаспарян, Е. В. Штыкунова // Российский медицинский журнал. – 1997. – № 4. – С. 48–49.
3. Зайцева, О. В. Хламидийная инфекция : новый взгляд на проблему / О. В. Зайцева, М. Ю. Щербакова, Г. А. Самсыгина // Терапевтический архив. – 2001. – № 11. – С. 35–39.

4. Косторная, И. В. Клинико-морфологические особенности хронической гепатопатии при сочетании вирусной инфекции и хронической наркотической интоксикации / И. В. Косторная, О. М. Ермакова // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2010. – № 3. – С. 24–28.
5. Кротов, С. А. Хламидиозы : эпидемиология, характеристика возбудителя, методы лабораторной диагностики, лечение генитального хламидиоза / С. А. Кротов, В. А. Кротова, С. Ю. Юрьев // Реферативное сообщение – Кольцово : ЗАО «Вектор-Бест», 2000. – 66 с.
6. Мавров, И. И. Современное состояние проблемы хламидийной инфекции / И. И. Мавров // Международный медицинский журнал. – 2000. – № 3. – С. 101–105.
7. Шумская, И. Ю. Роль Chlamydophila pneumonia-инфекции в патологии органов дыхания / И. Ю. Шумская, О. В. Ловачева // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 10. – С. 36–40.
8. Blasi, F. Atypical pathogens and respiratory tract infections / F. Blasi // Eur. Respir. J. – 2004. – Vol. 24, № 1. – P. 171–181.
9. Esposito, S. Asthma in children : are chlamydia or mycoplasma involved? / S. Esposito, N. Principi // Pediatric Drugs. – 2001. – Vol. 33. – P. 159–168.
10. Gieffers, J. Phagocytes transmit Chlamydia pneumoniae from the lungs to the vasculature / J. Gieffers, G. van Zandbergen, J. Rupp et al. // Eur. Respir. J. – 2004. – Vol. 23. – P. 506–510.
11. Hahn, D. L. Chlamydia pneumoniae, asthma, and COPD : what is the evidence? / D. L. Hahn // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 1999. – Vol. 83, № 4. – P. 271–288.
12. Kalin, M. Atypical pneumonia agents in Scandinavia clinical importance and diagnostic aspects / M. Kalin // B.P. Berdaled. Legionella infection and atypical pneumonias. – Oslo, Norway. – 1996. – P. 139–144.

Косторная Ирина Васильевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины, ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, тел.: (8652) 23-31-68, e-mail: irvk63@mail.ru.

Малыхин Федор Тимофеевич, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов, ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, тел.: (8652) 72-41-62, e-mail: fmalykhin@yandex.ru.

Ермакова Ольга Михайловна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры патологической анатомии, ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, тел.: (8652) 35-23-31, e-mail: postmaster@stgma.ru.

Иванова Виктория Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической и лабораторной диагностики, ФПДО ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, тел.: (8652) 35-23-31, e-mail: postmaster@stgma.ru.

Кастарнов Андрей Викторович, студент VI курса лечебного факультета, член СНО, ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, тел.: (8652) 35-23-31, e-mail: postmaster@stgma.ru.