Бруцеллёз (болезнь Банга) — острый антропозооноз с переходом в хроническую форму, вызываемый бактериями рода Brucella. Заболевание широко распространено во всём мире, в том числе, в России, хотя в разных районах страны заболеваемость среди людей различна.

Этиология. Бруцеллы — мелкие микроорганизмы, широко распространённые среди крупного и мелкого рогатого скота и свиней. Они способны образовывать L-формы и проникать в организм через неповреждённые слизистые оболочки, живут и размножаются в клетках ретикулоэндотелиальной системы. Существует несколько видов бруцелл. Для человека наиболее опасна B. melitensis. B. abortus и B. suis, распространённые у рогатого скота, менее патогенны для человека. Бруцеллы длительно сохраняются в продуктах, особенно молочных, и окружающей среде.
Эпидемиология. Заражение человека происходит от больных бруцеллёзом животных, выделяющих возбудителей с абортированным плодом, околоплодными водами, молоком, мочой и калом. Передача инфекции человеку возможна контактным, алиментарным и аэрогенным путями. Особенно часто заражение происходит через пищу: молоко, сыр, простоквашу, мясо больных животных, мясные продукты и т.п. Входными воротами могут быть также повреждённая кожа и дыхательные пути. Подъём заболеваемости бывает в зимне-весенний период (период окота и отёла скота).

Патогенез. Проникая в организм через кожу или слизистые оболочки, бруцеллы распространяются по лимфатическим путям и вызывают умеренный лимфаденит. Чёткого первичного аффекта нет. Затем происходит диссеминация и генерализация возбудителей, они попадают в кровоток, а с кровью — в селезёнку, лимфатические узлы, печень, костный мозг, проникают в клетки этих органов и там размножаются. Болезнь течёт волнообразно. В период бруцеллемии нарастает аллергия (ГЗТ), что в значительной степени определяет проявления и хронический характер заболевания. В период обострения болезни, обычно через 2–3 нед, вновь происходит выброс бруцелл в кровь и наступает сенсибилизация организма. Иммунитет при бруцеллёзе нестерильный. Течение болезни имеет острую, подострую и хроническую стадии.

Морфология. Основные изменения наблюдают в ретикулоэндотелиальной системе, мезенхиме и сосудах тех органов, где локализуются бруцеллы.

 Острая стадия. В мозговых оболочках, головном и спинном мозге, нервных ганглиях и периферических нервах развиваются бруцеллёзный менингоэнцефалит, менингоэнцефаломиелит, полиневрит. Происходят дистрофия и распад нервных клеток, элементов глии и нервных волокон. В оболочках и тканях головного и спинного мозга, периневрии образуются бруцеллёзные гранулёмы. В микроциркуляторных сосудах — продуктивный тромбоваскулит с развитием дисциркуляторных и ишемических

деструктивных изменений в нервной системе и внутренних органах. В сердце развиваются эндокардит и миокардит с образованием бруцеллёзных гранулём в миокарде и стенках коронарных артерий . Постоянно страдают лимфатические узлы, где возникают очаги некроза. Узлы спаяны между собой, образуют пакеты, напоминающие бубоны. В костном мозге — пролиферация миелобластов, ретикулярных клеток, образование гранулём и милиарных очагов некроза. В печени вначале появляется серозное воспаление, отёк, затем — гранулёмы, лимфогистиоцитарные инфильтраты, очаги некроза, жировая дистрофия гепатоцитов. Селезёнка увеличена в 3–4 раза, в ней выражена пролиферация ретикулоэндотелиальных клеток и фагоцитоз бруцелл. При повторной бактериемии возможно появление метастатических очагов в лёгких, щитовидной железе, почках, надпочечниках, суставах и др.

 Хроническая стадия. Характерны полиморфизм поражений, склероз очагов некроза и воспалительных инфильтратов, склероз стромы органов, вплоть до развития цирроза, атрофия их паренхимы. При рецидиве заболевания на этом фоне вновь возникают острые изменения в органах.

Клиническая картина. Типичная картина бывает у непривитых пациентов. Для начальной стадии острого бруцеллёза характерны волнообразная высокая температура тела в течение 1–2 мес, озноб, повышенная потливость, увеличение печени и селезёнки. Общее состояние относительно удовлетворительное. На фоне сенсибилизации возможны поражения костно-суставной системы, орхит, радикулит, неврит слухового и зрительного нервов, тяжёлый менингоэнцефалит. При хроническом бруцеллёзе могут возникать психические расстройства.

Прогноз. При современных методах лечения летальность составляет 0,1%, в основном, при тяжёлых поражениях ЦНС. Однако даже при стойком клиническом излечении в организме может сохраняться возбудитель, вызывающий рецидивы болезни. Склеротические изменения внутренних органов иногда приводят к стойкой инвалидизации людей, перенёсших бруцеллёз.

Интересные статьи:

1) Буллезные нарушения

2) Клинические проявления комы

3) Морфология прикорневого и периферического рака