

**ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СЛУЧАЯ
БАБЕЗИОЗА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**

**В.В. Козырева, Т.М. Моренец, В.Н. Городин, С.В. Зотов, В.П. Куринная,
А.В. Качанов, М.А. Шаповалова, О.М. Кливак**

***ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница»,
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. профессора Очаповского,
Кубанский государственный медицинский университет (Россия).***

Бабезиоз относится к числу редких трансмиссивных паразитарных зоонозных заболеваний. В мировой литературе описано около 100 случаев этого заболевания, большинство из которых закончилось летально.

Клиническая диагностика этого заболевания затруднительна. Длительная лихорадка в сочетании с анемией, гепатомегалией при отсутствии эффекта от лечения с применением антибактериальных средств является основанием для лабораторных исследований на бабезиоз. Особенно важен учет эпидемиологических данных (укусы клещей, пребывание в эндемичной местности) и выявление нарушений иммунного статуса у больного. Диагноз подтверждается паразитологически, обнаружением возбудителя в мазке и толстой капле крови, а также в реакции непрямой иммунофлюоресценции. Применяют также реакцию связывания комплемента. При невысокой паразитемии иногда используют биологический метод.

Больной П. 57 лет, егерь охотхозяйства, в тяжелом состоянии поступил в отделение диализа ККБ № 1 с диагнозом острая почечная недостаточность (ОПН). При поступлении больной предъявлял жалобы на общую слабость, тошноту, боли в икроножных мышцах, в эпигастрии, повышение температуры тела, отсутствие мочи.

Из анамнеза установлено, что длительно страдает деформирующим артрозом, остеохондрозом позвоночника, по поводу которых неоднократно получал лечение в условиях стационара. Более 12 лет назад перенес операцию – спленэктомию по поводу травмы. Заболел остро – появился озноб, повысилась температура до 40°С, появилась тошнота, рвота, бурая моча. Обратился за медицинской помощью и был госпитализирован в участковую больницу. При обследовании выявлено наличие свободного гемоглобина в моче, что, наряду с отсутствием мочи явилось причиной

направления в ККБ, отделение диализа. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, склеры иктеричны, температура тела 38°С, АД 110/70 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипы не прослушивались. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень у края реберной дуги.

При лабораторном обследовании выявлен высокий уровень свободного гемоглобина в крови (30 г/л), мочевины – 49 ммоль/л, лейкоцитоз, анемия. При ультразвуковом исследовании обнаружены диффузные изменения печени, поджелудочной железы, паренхимы почек и отек паренхимы почек. При микроскопическом исследовании крови обнаружены плазмодии тропической малярии. Учитывая данные осмотра больного, показатели клинических и биохимических исследований, а также эпиданамнез, выявилось нетипичное течение малярии. Для подтверждения диагноза и определения вида малярии был произведен повторный забор крови для исследования сотрудниками КДЛ ГУЗ СКИБ. При микроскопии мазков крови больного П., в эритроцитах были обнаружены бабезии и установлен диагноз бабезиоз.

Состояние больного прогрессивно ухудшалось, несмотря на проводимое специфическое лечение. Течение тяжелой формы бабезиоза осложнилось гемолизом крови, полиорганной недостаточностью (ИТШ, ОПН, СОПЛ, ДВС), реактивным панкреатитом, двусторонним эндобронхитом, пневмонией, полисерозитом.

Больной изначально был иммунокомпроментирован (спленэктомию в 1995 г.), поэтому заболевание сразу же приобрело прогрессирующий характер, быстро присоединилась вторичная микрофлора, что способствовало развитию осложнений и неблагоприятному исходу.