**ДИФТЕРІЯ ЧИ СТРЕПТОКОКОВИЙ ФАРИНГІТ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК, ЩО ВИСВІТЛЮЄ ДІАГНОСТИЧНУ ДИЛЕМУ В ПОСТВАКЦИНАЛЬНУ ЕПОХУ**

**ПАНАСКО І.І., РОМАНЕНКО І.О., ПЕНЬЯ К.**

Студенти 5 курсу ІІІ медичного факультету

**ГУЗЬ О.В.**

Асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**Актуальність.** Дифтерія-це гостре антропонозне інфекційне захворювання з повітряно-крапельним механізмом передачі збудника, що викликається - Corynebacteriumdiphtheriae. При дифтерії фарингальної зони відбувається утворення товстої псевдомембрани (дифтериту) на задній стінці глотки, утвореного скупченням бактеріальних клітин, епітеліальних клітин та інших запальних клітин. Це викликає механічну непрохідність і призводить до утруднення ковтання і, в деяких випадках, доутруднення дихання.[1,3]

Клініко-лабораторна діагностика набуває великого значення для ефективного ведення передбачуваних випадків дифтерії і мінімізації захворюваності і смертності. У хворих на дифтерію зазвичай присутній біль у горлі і лихоманка, що також є проявом у пацієнтів, які страждають на фарингіт, збудниками якого можуть бути як віруси так і бактерії. Серед них більш поширеним є Streptococcuspyogenes (бета-гемолітичні стрептококи/стрептококи групи А) та [2]. Враховуючи той факт, що відбувається вакцинація проти дифтерії протягом багатьох років, клінічні випадки дифтерії були майже незначними. Більшість педіатрів в даний час знаходяться в дилемі щодо поширеності дифтерії і, ймовірно, неправильно діагностують потенційні випадки дифтерії як стрептококовийфарингіт. Цядилема діагностики і затримка в належному веденні випадків дифтерії можуть привести до серйозних ускладнень серед інфікованих пацієнтів та навіть до летального результату.

Останнім часом з'явилися деякі повідомлення про повторну появу дифтерії, що слід розглядати як причину серйозної стурбованості [3-5]. Ми повідомляємо про свій досвід ведення клінічнопідтвердженого випадку дифтерії і підкреслюємо його значимість в епоху вакцинації.

**Клінічний випадок.** Пацієнт М.,2013 року народження був доставлений у відділення невідкладної допомоги зі скаргамина лихоманку, нездужання, блювоту і утруднення ковтання. Хлопчик був госпіталізований у відділення інтенсивної терапії для подальшого обстеження. З анамнезу відомо, що захворювання почалося гостро три дні тому з лихоманки. Епізоди лихоманки не були пов'язані з будь-яким типом шкірного висипу. Разом з лихоманкою відзначалися три-чотири епізоди блювоти в день. Блювота була з відтінком крові і стимулювалася прийомом як твердої, так і рідкої їжі. Хлопчик також скаржився на біль у горлі і утруднення ковтання. У пацієнта спостерігалася втрата апетиту і загальна слабкість.Раніше в житті подібних скарг у пацієнта, а також у його двох інших братів і сестер не було зареєстровано. Не було жодних документальних свідчень / медичних записів про те, що пацієнт був імунізований проти дифтерії, хоча батьки стверджували, що пацієнт був імунізований відповідно до календаря імунізації.

При клінічному огляді було відзначено шумне дихання, ймовірно, через інфекцію в ротоглотці, без задишки. Клінічне дослідження глотки показало тонзиліт IV ступеня з сірувато-білим плівчастим нальотом, що покриває мигдалину і поширюється до м'якого піднебіння. Задня стінка глотки гіперемована, з обох сторін збільшення мигдалини. Язичок був набряклим, гіперемованим і кровоточив при дотику.

Аналіз крові показав нейтрофільний лейкоцитоз (16\*10^9/л) – (норма - 4-9\*10^9/л) і крайню кількість тромбоцитів (1,5 л клітин/мм3). У хворої були підвищені рівень С-реактивного білка (СРБ) (24 мг / л) - (норма - до 10 мг / л )і швидкість осідання еритроцитів ШОЕ- 40 мм/ч (норма –5-11 мм/ч)

Був поставлений попередній діагноз тонзиліт IV ступеня, і мазок з горла був відправлений в лабораторію клінічної мікробіології для прямого фарбування по Граму, культури і чутливості. На прямому грам-позитивному плямі мазка з горла спостерігалося велика кількість грампозитивних бацил, а іноді і грампозитивних коків.

Культура на кров'яному агарі показала 2-3 міліметрові, дрібні, округлі, біло-кремові негемолітичні колонії поряд з 1-2 міліметровими, точковими, напівпрозорими бета-гемолітичними колоніями. Забарвлення за Грамом дрібних і точкових колоній виявило грампозитивні бацили і грампозитивні коки попарно відповідно.Бацили були каталазопозитивними, нерухомими і неферментуючими на потрійному цукровому залізному агарі (TSI).

Грампозитивні бацили були ідентифіковані як морфологічно і біохімічно нагадуючи Corynebacteriumdiphtheriae. Грампозитивні коки були каталазонегативними і були ідентифіковані як вид Streptococcus (StreptococcusSpp).

Патерн антимікробної чутливості грампозитивних бацил показав чутливість до ванкоміцину, лінезоліду, тетрацикліну та офлоксацину.

Бактерія, морфологічно нагадуючи Corynebacteriumdiphtheriae, не була підтверджена за допомогою стандартного антитоксину тестом на осадження гелю Елека через відсутність відповідної ідентифікаційної системи. Крім того, близькі домашні контакти не піддавалися ні скринінгу, ні профілактичному призначенню антибіотиків, як це рекомендовано Всесвітньою організацією охорони здоров'я, через відмову батьків пацієнта співпрацювати.

Враховуючи трансмісивність інфекції, хворого помістили в ізолятор. Лікування було розпочато з 80 000 одиниць дифтерійного антитоксину внутрішньовенно. Оскільки виділені організми були резистентні як до пеніциліну, так і до еритроміцину, препаратів вибору при підозрі на дифтерію, а також оскільки у хворого також були бета-гемолітичні стрептококи, хворому було розпочато курс піперацилін-тазобактаму і амікацину. Одужання пацієнта йшло поступово і без особливостей.

**Обговорення.** Дифтерія -це високо інфекційне та підлягаюче реєстрації бактеріальне захворювання, яке широко поширене в усьому світі. Впровадження та успіх вакцинації відіграли важливу роль у боротьбі з цим захворюванням, яке в основному зачіпає дітей у віці до 12 років, викликаючи значну захворюваність і смертність. Фарингіт, викликаний стрептококами групи А, є ще однією інфекцією верхніх дихальних шляхів, поширеною серед дітей.[4] Клінічна картина як дифтерії, так і стрептококового фарингіту представляється подібною, і постановка клінічного діагнозу стає утрудненою. Припускаючи, що випадки дифтерії майже незначні через вакцину АКДС, і маючи обмежені знання про поширеність дифтерії в поствакцинальну епоху, більшість лікарів-педіатрів можуть помилково діагностувати випадки дифтерії як стрептококові інфекції. Такі діагнози можуть призвести до поширення дифтерії серед контактуючих осіб, а також затримати початок лікування.[2,5]

Для ліквідації цієї інфекції слід належним чином розглядати окремі клінічні випадки та часті повідомлення про спалахи дифтерійних інфекцій. Зокрема урядам слід активно здійснювати епіднагляд за імунізацією, а також документувати тягар захворюваності та смертності, пов'язаних з дифтерією.

**Використана література:**

1. WolfordRW, SchaeferTJ. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Nov;2019 ]. 2019. Pharyngitis.

2. Corynebacterium diphtheriae (diphtheria) [Nov;2019]; <http://www.antimicrobe.org/b99.asp> 2017

3. Investigation of an outbreak of diphtheria in Borborooah block of Dibrugarh district, Assam. Nath B, Mahanta TG. *Indian J Community Med.*2010;35:436–438.

4. Diphtheria re-emergence: problems faced by developing countries. Dandinarasaiah M, Vikram BK, Krishnamurthy N, Chetan AC, Jain A. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.*2013;65:314–318.

5. Real-time analysis of the diphtheria outbreak in forcibly displaced Myanmar nationals in Bangladesh. Finger F, Funk S, White K, Siddiqui MR, Edmunds WJ, Kucharski AJ. *BMC Med.*2019;