

Чутливість до аміноглікозидних антибіотиків у межах $66,7 \pm 12,2\%$ — $13,0 \pm 8,8\%$, найбільшу активність проявляв нетилміцин, ніж гентаміцин та амікацин ($p < 0,05$). Крім того, частка штамів даної групи залишалась чутливою до карбапенемів: $66,7 \pm 12,2\%$ — до іміпенему, $73,3 \pm 11,4\%$ — до меропенему. У той же час чутливість у групі продуцентів МБЛ до нетилміцину була в 2 рази меншою і становила $33,3 \pm 13,6\%$ чутливих штамів, але без вірогідної різниці за даними показниками. До амікацину та гентаміцину чутливими були $16,7 \pm 10,8\%$ та $33,3 \pm 13,6\%$ штамів. До фторхінолонів, цефалоспоринів, карбапенемів усі штами даної групи були резистентними. Серед стандартних антибіотиків, що вживають для терапії даних інфекцій, на сьогодні немає препаратів, ефективних у випадку МБЛ-продукуючих штамів. Єдиними альтернативними препаратами для лікування таких інфекцій залишаються колістин та поліміксин В, раніше маловживані через високу нефротоксичність та алергенність цих препаратів. Іншим варіантом є комбінування або терапія високими дозами тих самих карбапенемів. Описані також випадки успішного лікування інфекцій, викликаних панрезистентними штамми *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, інгібітор-захищеними цефалоспоринами (цефотаксим/сульбактам). Додавання сульбактаму до цефотаксиму суттєво підвищує активність останнього щодо грамнегативних бактерій і зменшує частоту стійких штамів, а також додає принципово нову та важливу якість — активність щодо *A.baumannii*.

Висновки. Продукція штамми НФГНБ МБЛ значно підвищує рівень резистентності до антибіотиків і фактично є маркером панрезистентності для даної групи мікроорганізмів. Тому для вчасного прийняття рішення щодо вибору стратегії антибіотикотерапії на сьогодні особливо важливим залишається питання вчасного виявлення штамів-продуцентів МБЛ та регулярного моніторингу їх поширення на території України.

Воробійова Н.В., Усачова О.В.

Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Тригерні фактори тяжкого перебігу ротавірусної інфекції у дітей

Ротавірусна інфекція (РВІ) є важливою проблемою дитячої інфектології на сучасному етапі через високу поширеність серед дитячого населення та тяжкий перебіг. Вона виступає основною причиною тяжких дегідратуючих гастроентеритів у дітей віком до п'яти років та залишається причиною більш ніж 200 000 смертей у світі щороку, що підкреслює її актуальність та диктує необхідність її поглибленого вивчення.

Мета: вивчити особливості перебігу тяжкої форми РВІ у дітей раннього віку та визначити тригерні фактори її формування.

Матеріали та методи. Проведений аналіз перебігу РВІ в 57 дітей віком від 1 до 24 місяців, які перебували на стаціонарному лікуванні в КНП «Обласна інфекцій-

на клінічна лікарня» ЗОР з 01.09.2019 по 10.03.2020 р. Діагноз РВІ підтверджено виявленням антигену ротавірусу у фекаліях пацієнтів імунохроматографічним методом з використанням тест-систем СІТОТЕСТ ROTA. Наявність патогенної кишкової флори виключали за допомогою бактеріологічного дослідження фекалій. Тяжкість перебігу РВІ визначали за шкалою Везикарі та виражали в балах (від 1 до 20). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою методів непараметричної статистики, прийнятих в медицині.

Результати та обговорення. Встановлено, що переважна більшість госпіталізованих дітей (70,2 %) мала тяжкий перебіг захворювання із сумарною кількістю 15,00 [13,00; 16,00] бала, середньотяжка форма РВІ (9,00 [8,00; 10,00] бала) спостерігалася в 24,6 % дітей, легкий перебіг (5,00 [5,00; 6,00] бала) — лише у 5,26 % хворих, абсолютна більшість з яких — діти першого півріччя життя. Клінічними параметрами, що були оцінені як тяжкі за шкалою Везикарі та обумовлювали тяжкий перебіг хвороби, були тривалість діареї (≥ 6 діб у 82,14 % дітей), максимальна частота випорожнень за добу (≥ 6 разів на день у 69,6 % дітей) та гіпертермія (піретична температура тіла у 45,8 %). Тяжкий перебіг РВІ характеризувався наявністю лихоманки у 90 % хворих, переважна більшість з яких (80 %) мала гіпертермію $38,5^\circ\text{C}$ та вище, тоді як в групі дітей із нетяжким перебігом РВІ майже у половини дітей (42,1 %) температура тіла не досягала даної позначки ($p < 0,05$). Блювання спостерігалось вірогідно частіше в групі дітей з тяжким перебігом РВІ — 80 % хворих проти 23,5 % у дітей із нетяжкою формою хвороби ($p < 0,05$). Вираженість та тривалість блювання у дітей цих груп статистично не відрізнялися. Тривалість діареї у дітей з тяжким перебігом РВІ була вірогідно вищою, ніж при легкій та середній тяжкості хвороби, та становила 9,00 [7,00; 10,00] доби проти 7,00 [7,00; 9,00] доби відповідно ($p < 0,05$). Крім того, тяжкий перебіг РВІ характеризувався найбільшою вираженістю діарейного синдрому із частотою випорожнень 8,00 [6,00; 10,00] разів на добу, в 1,6 рази вірогідно перевищуючи даний показник при середньотяжкому та легкому перебігу хвороби ($p < 0,05$). 75 % дітей із тяжким перебігом хвороби мали ознаки ексикозу із втратою 1–5 % маси тіла, і 87,5 % хворих цієї групи потребували госпіталізації. Серед коморбідної патології у хворих при тяжкому перебігу хвороби вірогідно частіше, ніж у дітей із нетяжкою її формою, виявляли харчову алергію та атопічний дерматит — у 40 % проти 11,8 % дітей відповідно ($p < 0,05$). Аналіз тяжкості перебігу РВІ у різних вікових групах показав, що тяжкий її перебіг мали діти віком 1–2 роки, сумарний показник в яких за бальною шкалою становив 13,5 [12,00; 15,00], вірогідно перевищуючи показники дітей першого півріччя життя — 10,00 [8,00; 15,00] ($p = 0,04$) та другого півріччя життя — 12 [10,00; 15,00].

Висновки. РВІ у дітей раннього віку перебігає переважно в тяжкій формі. Основними клінічними симптомами, що обумовлюють тяжкість її перебігу, є тривалість та вираженість діарейного синдрому та лихоманки. Тригерними факторами тяжкого перебігу хвороби є вік дітей 12–24 місяці та наявність в анамнезі харчової алергії та атопічного дерматиту.