

© Перцева Т.О., Кіреєва Т.В., Штепа О.О.
УДК 616.24-002-66-02-032

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА НЕОБХІДНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ЕТІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ*

Перцева Т.О., Кіреєва Т.В., Штепа О.О.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпропетровськ

*По нашим данным, эффективность проведения микробиологической диагностики у лиц с инфекциями нижних дыхательных путей с последующей установкой этиологического диагноза составила 46%. При этом у больных с внебольничной пневмонией (ВП) этиологический агент был выявлен в 35% случаев, а у больных с инфекционным обострением хронического обструктивного заболевания легких (ИО ХОЗЛ) – в 58% случаев. К наиболее часто выявляемым микроорганизмам у больных с ВП и ИО ХОЗЛ относились *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *H. parainfluenzae* 83,4% и 52,3% соответственно. У лиц с ИО ХОЗЛ значительная часть приходилась на *K. pneumoniae* и *P. aeruginosa* (28,5%) и *M. catarrhalis* (14,4%). Резистентность штаммов *S. pneumoniae* к пенициллину составила 22%, *H. parainfluenzae* и *K. pneumoniae* к аминопенициллинам – 33% и 67% соответственно, *S. aureus* к аминогликозидам и фторхинолонам – 33%. Уровень мультирезистентности составил 3%. Несмотря на достаточно низкий уровень эффективности и учитывая разнообразие выявляемых возбудителей, проведение этиологической диагностики дает возможность скорректировать и улучшить эффективность эмпирической антибактериальной терапии с учетом уровня резистентности выявленного возбудителя.*

Ключевые слова: инфекционные агенты, микробиологическая диагностика, внебольничная пневмония, хронические обструктивные заболевания легких, резистентность к антибактериальным препаратам.

В лікуванні інфекцій нижніх дихальних шляхів (ІНДШ) ключова роль відводиться антибактеріальній терапії (АБТ), призначення якої в більшості випадків носить емпіричний характер, через потребу розпочати лікування в найкоротші терміни і базується на даних світових досліджень [9, 13, 16].

Необхідність проведення етіологічної діагностики обумовлюється потребою корегування АБТ у конкретного пацієнта, при відсутності відповіді на першочергово призначену емпіричну АБТ, що може бути пов'язано з нетиповим легеневим патогеном, або зі зміною профілю резистентності основних респіраторних збудників до антибактеріальних препаратів (АБП). Встановлення етіологічного діагнозу дає можливість, за потреби, переходу з АБП широкого спектру (або комбінованої терапії) на препарат вузького спектру (до монотерапії), сприяючи скороченню витрат, зменшенню ризику розвитку небажаної реакції на лікарські препарати та селекції антибактеріальної резистентності [2, 4, 9].

У пацієнтів з негоспітальною пневмонією (НП), згідно затверджених стандартів, лікування яких проводиться в амбулаторних умовах, не рекомендовано проведення микробиологічного дослідження мокротиння. Виконання даного виду дослідження проводиться за умови неефективності стартової емпіричної АБТ або за частих рецидивів респіраторних епізодів, враховуючи невеликий проміжок часу, що може свідчити про наявність патогена, життєдіяльність якого не була ефективно припинена за використання попередньо призначеної АБТ [10].

Тоді як у хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ проведення микробиологічного дослідження мокротиння є важливим, як в період загострення процесу з метою визначення етіологічного збудника, так і в стадії

ремісії з метою виявлення мікроорганізмів, носійство яких є характерним для хворого протягом хронічного перебігу захворювання [7, 11]. Через те, що проведення повної ерадикації цих мікроорганізмів з дихальних шляхів не є можливим, володіння даною інформацією дає можливість спрогнозувати, підвищення вірулентності якого збудника може відігравати етіологічну значимість у випадку загострення процесу. Також важливо зважати на можливість отримання позитивного результату пов'язаного з контамінацією патологічного матеріалу мікроорганізмами верхніх дихальних шляхів [8, 9].

В обох випадках слід враховувати величину концентрації мікроорганізмів у досліджуваному матеріалі згідно з затверджених методик, чим вона вища, тим більш імовірна етіологічна значимість ідентифікованого мікроорганізму у запальному процесі при конкретній нозології.

Проведення микробиологічної діагностики у хворих, госпіталізованих до стаціонарів, є необхідною умовою для встановлення етіологічного діагнозу і обумовлюється більш тяжким перебігом процесу в порівнянні з амбулаторними пацієнтами та наявністю епідеміологічних факторів ризику [2, 10]. Однак навіть за умов госпіталізації, враховуючи розширені можливості, щодо лабораторної діагностики, виявити етіологічно вагомого збудника у хворих на НП та інфекційне загострення ХОЗЛ, при проведенні микробиологічного дослідження, вдається лише в 30 – 50% випадків [2, 9, 10].

Отриманий негативний результат в процесі проведення дослідження може бути пов'язаний з багатьма факторами, до яких відносяться: недостатня інформованість пацієнтів, щодо правильного забору клінічного матеріалу, суттєва територіальна роз'єднаність микробиологічних лабораторій та лікувальних закладів,

* Цитування при атестації кадрів: Т.О. Перцева, Т.В. Кіреєва, О.О. Штепа. Ефективність та необхідність проведення етіологічної діагностики у хворих на інфекційні захворювання нижніх дихальних шляхів // Проблеми екології і медицини. – 2014. – Т. 18, № 1-2. – С. 17–21.

що може впливати на час та якість умов зберігання та транспортування зразків патологічного матеріалу [4].

З урахуванням вищенаведених даних, метою нашої роботи була оцінка результативності проведення мікробіологічного дослідження патологічного матеріалу отриманого від хворих на НП та інфекційне загострення ХОЗЛ, з подальшим визначенням структури етіологічно вагомих збудників та рівня їх резистентності до основних АБП, шляхом проведення досліджень на базі клінічних лікарень міста Дніпропетровська.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження включалися хворі з діагнозами НП та інфекційного загострення ХОЗЛ, які перебували на стаціонарному лікуванні лікарень міста Дніпропетровська. Діагноз пневмонії був підтверджений рентгенографічно і встановлений згідно з Наказом № 128 МОЗ України від 19.03.2007 р. Діагноз ХОЗЛ встановлювався відповідно до критеріїв GOLD (2008) та згідно з Наказом № 128 МОЗ України від 19.03.2007 р. У дослідження не включалися хворі з тривалістю антибактеріальної терапії більше 24 годин.

Усім хворим проводились загальноклінічні методи обстеження, рентгенографія органів грудної клітини у двох проєкціях та оцінювалась ФЗД за допомогою спірографа MasterLab (Viasis, Німеччина).

Мікробіологічне дослідження проводилося на базі лабораторії діагностичного центру ТОВ «Аптеки медичної академії» міста Дніпропетровська.

В якості досліджуваного матеріалу при мікробіологічній діагностиці використовувалися мокротиння. Ідентифікація мікроорганізмів проводилася звичайними культуральними методами [4]. Визначення чутливості до антибактеріальних препаратів проводилося диско-дифузійним методом та шляхом визначення мінімальної пригнічуючої концентрації (МПК) антибактеріального препарату. Тестування диска чутливості проводили відповідно до CLSI (раніше NCCLS guidelines) [18], як і всі методи визначення чутливості.

Збір матеріалу проводився згідно затверджених методик [4]. Доставка матеріалу в лабораторію здійснюва-

лася протягом 1,5-2 годин з моменту забору з дотриманням загальноприйнятих правил транспортування.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою «Microsoft Office Excel» та «Statistica 6» із використанням непараметричних методів статистики.

Результати та їх обговорення

Дослідження було розділено на два етапи. На першому етапі проводилося визначення етіологічно вагомих мікроорганізмів у хворих на НП та інфекційне загострення ХОЗЛ, на другому – аналіз резистентності виявлених збудників до АБП.

В процесі проведення дослідження було оглянуто 102 особи. Серед них 23 (22,6%) особи хворі на НП не мали продуктивного кашлю, навіть при проведенні стимулювання продукції мокротиння і не мали показань до проведення фібробронхоскопії, що дало б нам можливість отримати патологічний матеріал безпосередньо з дихальних шляхів. Цих пацієнтів було виключено з подальшого дослідження. Дані, щодо дизайну дослідження представлені на рисунку 1.

На першому етапі у дослідження було включено 79 осіб (77,4%), що мали продуктивний кашель. Їх було розділено на дві групи відповідно до встановленого діагнозу. До першої групи увійшло 48 осіб, яким було встановлено діагноз НП, середній вік яких склав 58,6 (48,0-62,0) років, серед них 27 чоловіків та 21 жінка, що у відсотковому співвідношенні склало 56% на 44% відповідно. Серед них 12 (25%) хворих надійшли до стаціонару на першу та другу добу від початку захворювання, основна частина хворих – 27 (56%) були госпіталізовані на третю та четверту добу, 9 (19%) хворих були госпіталізовані на п'яту і шосту добу і більший проміжок часу.

До другої групи увійшла 31 особа, яким було встановлено діагноз ХОЗЛ у стадії інфекційного загострення середній вік яких склав 64,7 (53,0-67,0) років, серед них 19 чоловіків та 12 жінок, що у відсотковому співвідношенні склало 61% на 39% відповідно. При цьому 16 (52%) осіб були госпіталізовані на третю - шосту добу від початку захворювання, у всіх інших випадках 15 (48%) – проміжок часу склав більше одного тижня.

I ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ: виділення патологічного матеріалу з подальшим проведенням мікробіологічної діагностики



II ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ: дослідження резистентності ідентифікованих респіраторних патогенів

36 (46%) осіб з ідентифікацією етіологічно вагомого мікроорганізма

Рис. 1 Дизайн дослідження

Серед двох груп при проведенні мікробіологічного дослідження патологічного матеріалу нижніх дихальних шляхів, а саме мокротиння, вдалося виявити інфекційних агентів лише у 46% випадків.

Поєднання двох і більше етіологічно вагомих мікроорганізмів зустрічалося у 7% випадків виявлення збудників серед двох груп. Так у хворого на НП було виявлено асоціацію *H. influenzae* та *M. catarrhalis*, а у

хворого на інфекційне загострення ХОЗЛ поєднання трьох основних респіраторних патогенів: *H. influenzae*, *S. pneumoniae* та *M. catarrhalis*. Саме асоціація декількох збудників може створювати умови для збільшення тривалості лікування та затяжного характеру протікання запального процесу легень, через особливості резистентності кожного мікроорганізму окремо.

Стосовно розподілення мікроорганізмів у кожній групі окремо, то ці дані представлені в таблиці 1.

Слід також зазначити, що у першій групі виявити етіологічно вагомого збудника вдалося в 17 (35%) випадках, при цьому об'єм ураженої легеневої тканини у цих хворих був більший ніж у випадках негативного результату дослідження, тоді як у другій етіологічний збудник був виявлений в 19 (58%) випадках.

Таблиця 1
Розподілення інфекційних агентів двох груп (абс (%))

Інфекційні агенти	Кількість виділених мікроорганізмів	
	НП	ХОЗЛ
<i>H. influenzae</i>	7 (39%)	4 (19%)
<i>S. pneumoniae</i>	4 (22,2%)	5 (23,8%)
<i>H. parainfluenzae</i>	4 (22,2%)	2 (9,5%)
<i>M. catarrhalis</i>	1 (5,5%)	3 (14,4%)
<i>S. aureus</i>	2 (11,1%)	1 (4,8%)
<i>K. pneumoniae</i>	-	4 (19%)
<i>P. aeruginosa</i>	-	2 (9,5%)

Аналізуючи отримані дані, слід зазначити, що у хворих першої групи найбільша частка ідентифікацій прихотилася на *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *H. parainfluenzae* 15 (83,4%), тоді як у осіб другої групи поряд з основними респіраторними збудниками *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *H. parainfluenzae* 11 (52,3%), визначалася значна дольова частка ідентифікацій таких грамнегативних мікроорганізмів, як *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* 6 (28,5%), що характеризуються тяжким та тривалим перебігом захворювання та складнощами у забезпеченні ефективної емпіричної АБТ. У хворих другої групи частіше зустрічалися штами *M. catarrhalis* ніж у хворих першої групи.

Штами *H. influenzae* та *S. pneumoniae* відносилися до основних респіраторних патогенів в обох групах, на рівень ідентифікації цих мікроорганізмів може впливати швидка загибель цих мікроорганізмів, через їх «примхливість», ще до початку дослідження. Так *H. influenzae* потребує наявності в поживному середовищі X (гомін) та V (коензим ферменту дегідрازی) факторів крові, поживні середовища *S. pneumoniae* повинні бути збагачені дефібринованою кров'ю тварин в 5%-й концентрації, а також вони потребують інкубації в атмосфері з підвищеним рівнем CO₂ [4, 8].

Також слід зазначити, що в 7 (64%) випадках серед 11, де у хворих на НП були ідентифіковані *H. influenzae* та *H. parainfluenzae*, в анамнезі відзначалася наявність гострого респіраторного епізоду. Інфекційні процеси, що були викликані *H. influenzae* та *H. parainfluenzae* характеризувалися більш легким перебігом захворювання, а також молодим та середнім віком хворих, тоді як штами *S. pneumoniae* ставали етіологічною причиною, як тяжкого перебігу процесу, так і середньої тяжкості та охоплювати усі вікові статуси пацієнтів.

Штами *S. aureus* були виявлені в двох випадках у хворих на НП та в одному – при інфекційному загостренні ХОЗЛ. Серед них двоє пацієнтів з першої та другої груп мали вік старше 60 років, а третій, віком 46 років, мав в анамнезі гострий респіраторний епізод. Хоча *S. aureus* не відноситься до основних етіологічно вагомих збудників при даних нозологіях, передумовою етіологічної ролі цього збудника у виникненні захворювання могли стати похилий вік хворого, вживання алкоголю, а також наявність в анамнезі гострого респіраторного епізоду. В даних випадках, слід також враховувати можливість колонізації мокротиння, що могло маскувати пневмококову чи аспіраційну пневмонію [8, 9].

Штами *P. aeruginosa* та *K. pneumoniae* були виявлені у осіб з інфекційним загостренням ХОЗЛ 2/4 (28,5%) випадків, що більш характерні для захворювань з хронічним перебігом. Серед хворих на НП цих збудників не було виявлено. Вони здатні обумовлювати більш тяжкий перебіг процесу та характеризуються значними рівнями резистентності, що в свою чергу вказує на необхідність встановлення етіологічного діагнозу при грамнегативних інфекціях [6, 7, 8].

Ще однією проблемою, що обумовлює потребу проведення мікробіологічної діагностики у хворих на ІНДШ є глобальна спрямованість зростання резистентності мікроорганізмів до АБП у світі. Визначення їх чутливості до АБП залишається важливою ланкою діагностичної програми.

Через це на другому етапі нашого дослідження було проведено аналіз резистентності виявлених мікроорганізмів до АБП. Розподілення цих етіологічно вагомих мікроорганізмів представлені на рис. 2

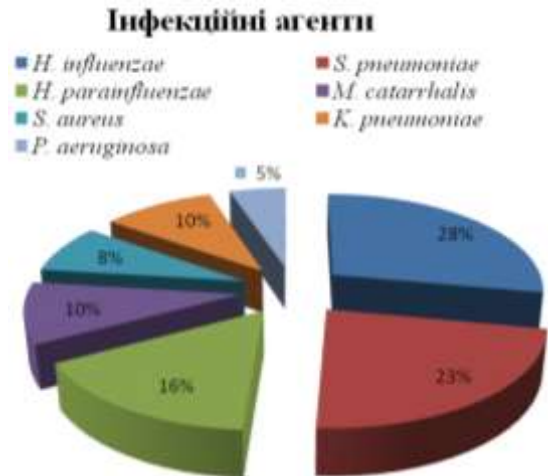


Рис. 2 Розподілення етіологічно вагомих збудників у хворих на НП та інфекційне загострення ХОЗЛ

Основні мікроорганізми та АБП до яких у них була виявлена резистентність представлені в табл. 2

За даними, отриманими в результаті дослідження, *H. influenzae* був чутливим до всіх класів АБП. Серед штамів *S. pneumoniae* резистентними до пеніцилінів виявилися 22% штамів, тоді як чутливим – 78%, помірно чутливих виявлено не було. До макролідів, лінкозамідів та фторхінолонів чутливими виявилися 100% штамів *S. pneumoniae*.

Таблиця 2
Рівень резистентності збудників ІНДШ до АБП

АБП	<i>S. pneumoniae</i>	<i>H. parainfluenzae</i>	<i>S. aureus</i>	<i>K. pneumoniae</i>
Пеніциліни	2 (22%)	-	-	-

Амінопеніциліни	-	2 (33%)	-	2 (50%)
Захищені амінопеніциліни	-	1 (17%)	-	-
Аміноглікозиди	-	-	1 (33%)	-
Фторхінолони	-	1 (17%)	-	-

Отримані дані, щодо резистентності до препаратів пеніцилінового ряду штамів *S. pneumoniae* схожі на дані отримані у країнах Європи, таких як Румунія та Болгарія, Іспанія та Литва [13]. Однак вищі ніж в інших країнах Європи, де резистентність до пеніциліну не перевищувала 10%-го бар'єру. Ці дані підтверджуються і багатоцентровими дослідженнями, проведеними у світі [12, 13, 14, 15, 16, 17].

Чутливими до всіх класів антибактеріальних препаратів виявилися штами *M. catarrhalis* та *P. aeruginosa*. За даними деяких багатоцентрових досліджень, *P. aeruginosa* характеризується досить значними рівнями резистентності до різних класів АБП, на відміну від результатів отриманих у нашому дослідженні [13, 15, 17].

Штами *H. parainfluenzae* виявилися резистентними до амінопеніцилінів в 33% випадків, до захищених амінопеніцилінів та фторхінолонів були чутливими у 83% штамів, тоді як 17% були резистентними.

Резистентними, також, виявилися штами *K. pneumoniae* у 50% випадків до амінопеніцилінів. Тоді як до захищених амінопеніцилінів, цефалоспоринів, фторхінолонів, аміноглікозидів та карбопенемів штами *K. pneumoniae* були 100% чутливими. За світовими даними рівень резистентності *K. pneumoniae* до амінопеніцилінів, також, є досить високим та зумовлює необхідність постійного моніторингу даної проблеми [13].

Стосовно штамів *S. aureus*, то за нашими даними вони були чутливими у 100% випадків до цефалоспоринів та макролідів, тоді як до фторхінолонів та аміноглікозидів відзначалася резистентність у 33% випадків. Помірно-чутливих штамів виявлено не було.

Прогресування тяжкості захворювання, виникнення ускладнень в результаті неефективності антибактеріальної терапії також щільно пов'язано із резистентністю мікроорганізмів до двох і більше антибактеріальних препаратів. За нашими даними мультирезистентність складала 3% і була достатньо низькою.

Підбиваючи підсумки, слід зауважити, що проведення мікробіологічної діагностики патологічного матеріалу хворих на ІНДШ, з урахуванням правильного виконання дослідження, дає змогу отримати відповіді на питання, що постають в процесі постановки етіологічного діагнозу і в подальшому скеровують в бік раціонального корегування, за потреби, емпірично призначеної АБТ, що підвищує ефективність позитивної відповіді на лікувальну програму.

Висновки

1. Інфекційних агентів у хворих на НП та інфекційне загострення ХОЗЛ вдалося виявити лише у 46% випадків. За нашими даними, найбільш часто зустрічалися такі мікроорганізми, як *H. influenzae* (28%), *S. pneumoniae* (23%), *H. parainfluenzae* (16%), *M. catarrhalis* (10%). Грамнегативні інфекційні агенти, так як *P. aeruginosa* та *K. pneumoniae* визначалися у хворих з хронічним перебігом процесу.

2. За отриманими даними, щодо чутливості інфекційних агентів до АБП, була зафіксована резистентність штамів *S. pneumoniae* до пеніцилінів (22%), *H. parainfluenzae* та *K. pneumoniae* до амінопеніцилінів

(33% та 50% відповідно), *S. aureus* до аміноглікозидів (33%), а також *H. parainfluenzae* до захищених амінопеніцилінів та фторхінолонів (17%). Рівень мультирезистентності склав 3%.

3. Мікробіологічна діагностика повинна залишатися невід'ємною ланкою діагностичної програми, незважаючи на достатньо низький рівень результативності та враховуючи невпинне зростання резистентності, тоді як саме дослідження потребує більшої відповідальності у процесі проведення забору та дослідження патологічного матеріалу, задля забезпечення підвищення її ефективності.

Література

- 10 ведущих причин смерти в мире. Изменения за последнее десятилетие (период с 2000 по 2011 год) / ВОЗ. – 2013. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/index.html>
- Авдеев С.Н. Антибактериальная терапия при обострении хронической обструктивной болезни легких / С.Н. Авдеев // Пульмонология. – 2010. – №2. – С. 96–104.
- Дзюблик Я.О. Клінічні аспекти антибіотикорезистентності збудників негоспітальних інфекцій дихальних шляхів / Я.О. Дзюблик // Укр. пульмонолог. журн. – 2010. – №3. – С. 53–56.
- Зубков М.Н. Сбор, транспортировка биологического материала и трактовка результатов микробиологических исследований / М.Н. Зубков // Клин. Микробиол. Антимикроб. Химиотет. – 2004. – Том 6, №2. – С.143 – 154.
- Козлов Р.С. Антибиотикорезистентность Streptococcus pneumoniae в России в 1999 – 2005гг: результаты многоцентровых проспективных исследований ПеГАС-I ПеГАС-II / Р.С. Козлов, О.В. Сивая, К.В. Шпынев [и др.] // Клин. Микробиол. Антимикроб. Химиотет. – 2006. – Том 8. – №1. – С. 33–47.
- Перцева Т.О. Анамнестичні та клініко-функціональні особливості перебігу хронічного обструктивного захворювання легень у залежності від характеру й ступеня мікробного навантаження нижніх дихальних шляхів / Т.О. Перцева, Л.І. Конопкіна // Укр. пульмонолог. журн. – 2009. – №2. – С. 26–30.
- Перцева Т.А. Клинические значимые возбудители инфекций дыхательных путей. Конспект врача-клинициста и микробиолога Часть 4. «Проблемные» грамотрицательные микроорганизмы: синегнойная палочка и ацинетобактер / Т.А. Перцева., Р.А. Бонцевич. // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2007. – №2. Режим доступа: <http://immuno.health-ua.com/article/80.html>
- Рачина С.А. Структура бактериальных возбудителей внебольничной пневмонии в многопрофильных стационарах Смоленска / С.А. Рачина, Р.С. Козлов, Е.П. Шаль [и др.] // Пульмонология. – 2011. – №1. – С. 5–18.
- Рачина С.А. Современные подходы к микробиологической диагностике привнебольничной пневмонии / С.А. Рачина, Р.С. Козлов // Пульмонология. – 2010. – №5. – С. 5–14.
- Фещенко Ю.І. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) Частина 1 / Ю.І. Фещенко, О.А. Голубовська [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2012. – №4. – С.5–17.
- Фещенко Ю.І. ХОЗЛ в Україні: проблеми і пути решения / Ю.І. Фещенко. // Здоров'я України. – 2009. – №9/1. – С. 3–4.
- Adolf W. Karchmer. Increased Antibiotic Resistance in Respiratory Tract Pathogens: PROTEKT US—An Update. / W. Adolf // Clinical Infectious Diseases. – 2004. – Vol.39. – P. 142–150.

13. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012 / European Centre for Disease Prevention and Control. – 2013. – 205 p.
14. Burcin S. A survey of antibiotic resistance in *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* in Turkey 2004–2005. / S. Burcin, T. Ferda, U. Sercan [et al]. // Journal of Antimicrobial Chemotherapy. – 2007. – Vol.60. – P. 587–593.
15. Thornsberry C., Sahn D. Survey of Susceptibilities of *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *Moraxella catarrhalis* Isolates to 26 Antimicrobial Agents: a Prospective U.S. Study. / C. Thornsberry, P. T. Ogilvie, H. P. Holley jr., D. F. // Antimicrobial Agents and Chemotherapy. – 1999. – Vol.11. – P. 2612–2623.
16. Kim S H. ANSORP Study Group. Changing trends in antimicrobial resistance and serotypes of *Streptococcus pneumoniae* isolates in Asian countries: an Asian Network for Surveillance of Resistant Pathogens (ANSORP) study. / S. H. Kim, J. H. Song, D. R. Chung [et al] // Antimicrob. Agents Chemother. – 2012. – Vol.56. – P. 1418–1426.
17. Michael R. Jacobs et al. and the Alexander Project Group. The Alexander Project 1998–2000: susceptibility of pathogens isolated from community-acquired respiratory tract infection to commonly used antimicrobial agents. / R. Michael, Jacobs [et al]. // Journal of Antimicrobial Chemotherapy. – 2003. – Vol.52. – P. 229–246.
18. NCCLS. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; ninth informational supplement // M100-S9 – 1999. – V.19. – N.1.

ENGLISH VERSION: THE EFFECTIVENESS AND NECESSITY OF CARRYING OUT ETIOLOGICAL DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS*

Pertseva T. O., Kireyeva T.V., Shtepa O.O.

State Establishment "Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine", Department of Faculty of Therapy and Endocrinology

ACCORDING to our data, the effectiveness of microbiological diagnostics in patients with lower respiratory tract infections with the subsequent establishing etiologic diagnosis was 46%. Etiologic agent was identified in 35% of cases in patients with community-acquired pneumonia (CAP) and 58% of cases in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AE COPD). H. influenzae, S. pneumoniae, H. parainfluenzae were the most common microorganisms detectable in patients with CAP and AE COPD 83,4% and 52,3% respectively. K. pneumoniae and P. aeruginosa (28,5%) accounted a considerable part of cases in patients with AE COPD. M. catarrhalis strains were determined in 14,4% of cases. S. pneumoniae strains resistance to penicillin was 22%, H. parainfluenzae and K. pneumoniae to aminopenicillins - 33% and 67%, respectively, S. aureus to aminoglycosides and fluoroquinolones - 33%. Multiple drug resistance was 3%. Etiologic diagnosis makes it possible to adjust and improve the efficiency of empirical antibiotic therapy based on the level of resistance of the pathogens despite the relatively low level of efficiency and the variety of identified pathogens.

Key words: infectious agents, microbiological diagnostics, community-acquired pneumonia, chronic obstructive pulmonary disease, antibacterial drugs resistance.

In the treatment of infections of lower respiratory tract (ILRT) a key role belongs to anti-bacterial therapy (ABT), administration of which in the majority of cases is of empiric character, caused by necessity to start treatment in the shortest terms and is based on the data of world researches [9, 13,16].

The necessity of etiologic diagnostics is due to the need of ABT correcting in a concrete patient in the absence of response to initially administered empiric ABT therapy; this may be linked with atypical pulmonary pathogen or with the change of profile of resistance of main respiratory causative agents to anti-bacterial agents (ABA). Establishing etiologic diagnosis gives possibility, if necessary, to pass from ABA of a wide spectrum (or combined therapy) to agent of a narrow spectrum (to mono-therapy), favoring reduction of expenditures, decrease of risk of development of unfavorable reactions to medicinal agents and selection of antibacterial resistance [2,4,9].

In patients with community acquired pneumonia (CAP) undergoing treatment in out-patient unit, in accordance with confirmed treatment standards it is not recommended to carry out microbiologic sputum examination. This examination is being carried out under conditions of inefficiency of started empirical ABT or due to frequent relapses of respiratory episodes, taking into ac-

count short period of time, which may testify to pathogen presence, the activity of which was not stopped while using initially administered ABT [10].

Microbiologic examination of sputum in patients with infectious exacerbation of COPD is important both in the period of exacerbation with the aim to define etiologic causative agent, and in remission stage with the aim of revealing microorganisms, carriage of latter is characteristic for a patient during chronic course of the disease [7,11]. Due to the fact that carrying out a complete eradication of these microorganisms from respiratory ways is not possible, this information gives possibility to prognosticate increase of which causative agent's virulence may have etiologic significance in case exacerbation of the process. In the same manner it is important to pay attention to possibility of achieving positive result, linked with contamination of pathologic material with microorganisms of upper respiratory ways [8, 9].

In both cases amount of microorganisms concentration in the material examined in accordance with confirmed procedures should be considered, the higher the amount the more probable is etiologic significance of identified microorganism in the inflammatory process in a concrete nosology.

Carrying out microbiologic diagnostics in patients hospitalized to in-patient units is a necessary prerequisite

* To cite this English version: T. O. Pertseva, T.V. Kireyeva, O.O. Shtepa The effectiveness and necessity of carrying out etiologic diagnostics in patients with lower respiratory tract infections - / Problemy ekologii ta medytsyny. - 2014. - Vol 18, № 1-2. - P. 21 -25.