

П. Х. Катчиева [P. Kh. Katchieva]
 М. Б. Узденов [M. B. Uzdenov]
 С. М. Котелевец [S. M. Kotelevets]

УДК 616.379–008.64–
085

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ
ПНЕВМОНИЙ В КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**THE CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND MICROBIOLOGICAL
PATTERN OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA
IN THE KARACHAY-CHERKESS REPUBLIC**

В статье рассматривается эпидемиологическая ситуация патологии органов дыхания в КЧР в динамике за пять лет, роль внебольничных пневмоний в летальности от заболеваний органов дыхания, спектр микроорганизмов наиболее характерный для внебольничной пневмонии в КЧР и факторы искажающие микробиологическую картину.

The article discusses the epidemiological situation in the pathology of Respiratory in dynamics for five years, the role of community-acquired pneumonia in mortality from respiratory disease, spectrum of microorganisms most characteristic of community-acquired pneumonia and factors distorting the microbiological picture.

Ключевые слова: Внебольничная пневмония, *Streptococcus pneumoniae*, антибиотикорезистентность.

Key words: community-acquired pneumonia, *Streptococcus pneumoniae*, antibiotic resistance.

Резистентность к противомикробным препаратам – серьезная проблема, которая препятствует дальнейшему прогрессу в борьбе с инфекционными заболеваниями, а также может привести к их быстрому распространению в будущем. Развитие устойчивости является закономерным явлением интенсивного и нерационального применения лекарственных препаратов [1]. По данным ВОЗ, пациенты с лекарственно-устойчивыми инфекциями имеют более высокие показатели заболеваемости и смертности. Кроме того, пациенты, инфицированные бактериями, устойчивыми к антибиотикам, значительно больше потребляют ресурсов здравоохранения [2]. По прогнозам, к 2050 году количество смертельных случаев вследствие заболеваний, вызванных бактериями, устойчивых к лекарственным препаратам, может увеличиться до 10 миллионов человек ежегодно [3]. Рационализация использования антибиотиков у пациентов с ОРВИ имеют общую цель-минимизация необходимости применения антибиотиков, так как «антибиотик давления» – это один из провоцирующих факторов бактериальной резистентности [4].

Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении, внебольничные пневмонии занимают лидирующее место в структуре болезней органов дыхания, и сохраняют высокую летальность среди трудоспособного населения [5]. Причины, обуславливающие при прочих равных условиях развитие тяжелого течения заболевания, окончательно не ясны. Как показывают исследования, это может быть связано как с возбудителем, так и с особенностями пациента. Со стороны микроорганизма ключевое значение имеет наличие определенных факторов вирулентности (например, продукция лейкоцидина Пантона-Валентина CA-MRSA) и механизмов защиты от действия иммунной системы (например, полисахаридная капсула *S.pneumoniae*, затрудняющая фагоцитоз), а также уровень микробной нагрузки. Со стороны макроорганизма риск внебольничной пневмонии (ВП), помимо известных факторов (сопутствующие заболевания бронхолегочной системы, злоупотребление алкоголем, дефицит питания и др.), возрастает при наличии ряда генетически обусловленных дефектов со стороны иммунной системы [6]. К числу наиболее актуальных “типичных” бактериальных возбудителей тяжелой внебольничной пневмонии ВП относятся *Streptococcus pneumoniae* (*S.pneumoniae*), энтеробактерии – *Klebsiella pneumoniae* (*K.pneumoniae*) и др., *Staphylococcus aureus* (*S.aureus*), *Haemophilus influenzae* (*H.influenzae*) [6]. По данным ряда российских авторов, наиболее частым возбудителем ВП является пневмококк – *Streptococcus pneumoniae*, частота встречаемости которого может достигать 30–60 %. По данным российской статистики заболеваемость пневмококковыми инфекциями колеблется от 5–6 до 16–20 случаев на 100 000 населения, встречаясь практически во всех социальных группах населения [7]. Согласно данным зарубежных исследований, наиболее частыми возбудителями легкой и среднетяжелой ВП являлись *Str. pneumoniae* (9–11 %), *S. pneumoniae* (5,3–10,7 %) и *H. influenzae* (2–12 %), а частота пневмонии неустановленной этиологии составляла от 41 до 55 % [9]. Соответственно, практический интерес представляет динамика развития устойчивости к антибактериальным химиопрепаратам штаммов *Streptococcus*

pneumoniae и выявляемость резистентных штаммов пневмококка [7]. Первый резистентный к пенициллинам пневмококк был выделен уже в середине 60-х гг. в США из мокроты пациента с пневмонией [8]. Далее наблюдалось возрастание чувствительности пневмококка к пенициллину до 80 %, на 2005–2006 гг. [9]. Еще около десяти лет назад, анализируя особенности формирования устойчивости к антибиотикам в популяции штаммов *S. Pneumonia*, вызывающих инвазивные формы пневмококковых инфекций регистрировался значительный удельный вес нетипируемых штаммов, также значительную часть составляли штаммы, нечувствительные к триметоприм-сульфа метоксазолу, препаратам ряда тетрациклинов и клиндамицину [10]. Также исследованиями было подтверждено развитие процессов формирования резистентности к препаратам ряда макролидов и фторхинолонов [7]. При этом, отмечались региональные особенности *S. pneumoniae* относительно резистентности к макролидам [11]. Необходимо отметить, что применение макролидов в комбинации с β -лактамами улучшает прогноз при тяжелой ВП, включая пациентов с пневмококковой бактериемией, что может быть связано с наличием у макролидов дополнительных неантимикробных эффектов (противовоспалительная, иммуномодулирующая активность). В нескольких наблюдательных исследованиях и основанном на результатах метаанализе у пациентов с ВП, находящихся в критическом состоянии, комбинация β -лактама антибиотика с макролидом обеспечивала лучший прогноз в сравнении с комбинацией β -лактама + фторхинолон [6]. Однако, Американское общество по инфекционным заболеваниям (*Infectious Diseases Society of America – IDSA*) и Американское торакальное общество (*American Thoracic Society – ATS*) дают следующие совместные рекомендации по лечению внебольничной пневмонии у взрослых. При лечении в амбулаторных условиях у исходно здоровых людей без факторов риска наличия резистентных пневмококков препаратами выбора служат макролиды (азитромицин, кларитромицин и др.). У пациентов с серьезными хроническими заболеваниями и при наличии других факторов риска, а также у больных, госпитализированных в терапевтическое отделение, применяется монотерапия респираторными фторхинолонами или сочетание β -лактама антибиотиков с макролидами. Пациентам, госпитализированным в отделение интенсивной терапии, показана комбинация β -лактама антибиотика (цефотаксим, цефтриаксон или ампициллин/сульбактам) с азитромицином или фторхинолоном [12].

Цель и задачи исследования: Оценить общую эпидемиологическую ситуацию патологии органов дыхания в динамике за пять лет, определить роль внебольничных пневмоний в летальности от заболеваний органов дыхания, по данным Карачаево-Черкесской Республиканской Клинической больницы (КЧРКБ) и Черкесской городской поликлиники. Выявить спектр микроорганизмов наиболее характерный для внебольничной пневмонии в КЧР. Проанализировать уровень чувствительности данных микроорганизмов к антибиотикам, установить группы антибиотиков, к которым развивается наибольшая резистентность. Определить причины излишнего самовольного приема антибактериальных препаратов на догоспитальном этапе, и группы антибиотиков наиболее предпочтительные пациентами при произвольном приеме. Выявить факторы, потенциально способствующие искажению истинной микробиологической картины, при определении чувствительности микроорганизма к антибиотикам путем исследования мокроты.

Материалы и методы. Путем обработки данных анамнеза больных на первичном приеме в поликлинике и в приемном отделении КЧРКБ, выявлены группы антибактериальных препаратов, которым пациенты отдают предпочтение при самовольном приеме, на догоспитальном этапе. Проведен ретроспективный статистический анализ заболеваний органов дыхания, частности гриппа, ОРВИ, и пневмонии, на базе Черкесской городской поликлиники и Карачаево-Черкесской республиканской клинической больницы (КЧРКБ), по возрастным категориям от 18 лет и старше, и в группе пациентов старше трудоспособного возраста, с акцентированием на внебольничной пневмонии, как на превалирующем факторе летальности, в динамике за 5 лет. Нами были проанализированы результаты посевов на флору мокроты, полученной от больных, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении КЧРКБ, с респираторной патологией. Мокроту от больных получали при поступлении их в стационар (первые 6 часов). Бактериологическое исследование выполнено на базе лаборатории КЧРКБ г. Черкесска. Для гомогенизации мокроты использовался трипсин. В качестве питательных сред использовали кровяной агар, шоколадный агар и среду Сабуро, с последующим выделением чистой культуры и идентификацией. Определение чувствительности к антибактериальным препаратам проводилось диско-диффузным методом. Оценка результатов была проведена по стандартам NCCLS (*National Committee for Clinical Laboratory Standards – NCCLS*).

Результаты. Нами установлено, что, основной причиной излишнего самовольного приема антибактериальных препаратов является недостаточная осведомленность населения о показаниях к применению антибиотиков, синонимичное восприятие понятий «противовирусный» и «антибактериальный». При сборе анамнеза заболевания, 39 % пациентов уже применяли антибактериальный препарат, преимущественно 3 и 4 поколения, (в частности цефалоспорины), без консультации с врачом и без соблюдения стандартов лечения (рис. 1).

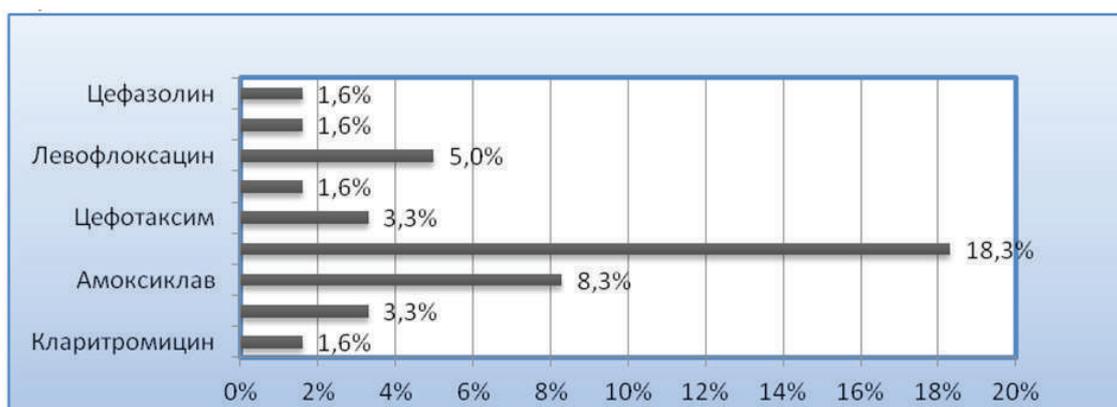


Рис. 1. Антибактериальные препараты, которым пациенты отдают предпочтение при самовольном приеме, на догоспитальном этапе

В структуре болезней органов дыхания, по данным литературы, внебольничная пневмония занимает лидирующее место [12]. Среди лиц, получивших стационарное лечение в пульмонологическом отделении, от 18 лет и старше на пневмонию приходится от 20 % до 25 % случаев ежегодно. Случаи летального исхода в данной группе пациентов от внебольничной пневмонии составили от 6 до 18 за 2011–2015 гг. (табл. 1).

Таблица 1

Количество больных с патологией органов дыхания получивших стационарное лечение в пульмонологическом отделении КЧРКБ трудоспособного (труд.) и нетрудоспособного (нетруд.) возраста

Диагноз	Год	2011		2012		2013		2014		2015	
		Труд.	Нетруд.								
Общее количество		7276	2532	7423	2645	8434	1530	7787	2320	7129	2555
Из них:											
ОРВИ (верхние дыхательные пути)		1109	128	1296	227	1245	114	1381	170	1198	200
ОРВИ (нижние дыхательные пути)		100	27	89	57	88	4	57	15	106	21
Пневмония		1782	709	1539	635	1686	357	1671	548	1789	845
Летальный исход (кол-во случаев)		26	12	11	4	40	12	30	21	27	17
Из них в результате пневмонии		13	-	6	2	6	3	18	8	9	3

Среди лиц старше трудоспособного возраста (женщины 55 лет, мужчины 60 лет) (табл. 1), наибольшее количество летальных исходов при патологии органов дыхания, в частности в результате внебольничной пневмонии наблюдается в 2014 г., в сравнении со снижением смертности среди пациентов пульмонологического отделения в 2011–2013 гг. У лиц трудоспособного возраста (18 лет и старше) на внебольничную пневмонию приходится большее количество случаев, сравнительно с пациентами старше трудоспособного возраста.

В современных условиях проблема антибиотикорезистентности, большое значение приобрела не только у госпитализированных, но и амбулаторных больных [13]. У лиц трудоспособного возраста (табл. 2) обратившихся за помощью в амбулаторное звено лечебных учреждений, наибольшее количество случаев регистрации пневмонии наблюдается в 2011г. – 1480 человек и в 2015 г. – 1428 человек. У лиц нетрудоспособного возраста (табл. 2) зарегистрированных больных ВП меньше в три раза, наибольшее количество случаев наблюдается в 2015 г.

Количество обратившихся в амбулаторно-поликлиническое учреждение по поводу заболеваний органов дыхания возрастает к 2015 году, однако количество поступивших в пульмонологическое отделение Республиканской Клинической больницы г.Черкесска снижается, что свидетельствует о выздоровлении больных на этапе амбулаторного звена (рис. 2, 3).

Таблица 2

Количество больных с патологией органов дыхания получивших амбулаторное лечение в городской поликлинике г. Черкесска трудоспособного (труд.) и нетрудоспособного (нетруд.)

Диагноз	2011		2012		2013		2014		2015	
	Труд.	Нетруд.								
Общее количество	43320	11999	49485	8192	54974	6908	49348	14063	65228	16243
Из них:										
ОРВИ (верхние дыхательные пути)	22939	5345	28338	-	30836	-	26522	7875	38336	9420
ОРВИ (нижние дыхательные пути)	-	-	-	-	-	-	3590	853	6211	1116
Пневмония	1480	361	1161	431	1188	381	1177	357	1428	515



Рис. 2. Динамика заболеваний органов дыхания отделении с 2011-2015 гг. в пульмонологическом КЧРКБ

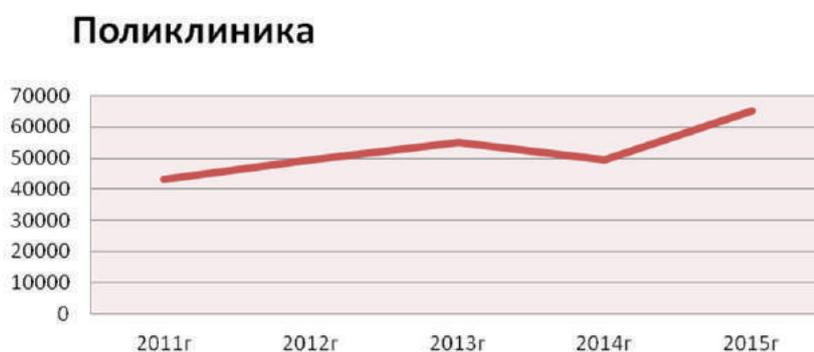


Рис. 3. Динамика заболеваний органов дыхания у пациентов Городской Поликлиники с 2011-2015 гг.

В ходе исследования установлено, что (табл. 1) в 67 % случаев основными патогенами явились *Streptococcus pneumoniae*, в 7 % *Streptococcus aureus*, в 1,6 % *Enterobacteriapneumoniae*, в 25 % случаев патогенная микрофлора не выявлена, что может быть следствием того, что отбор мокроты у больных внебольничной пневмонией, часто проводится уже на фоне приема антибиотиков (рис. 4).

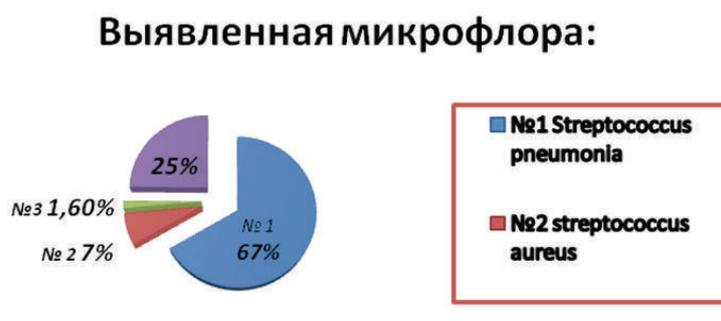


Рис. 4. Спектр микроорганизмов выделенных у больных внебольничной пневмонией

В ходе культурального исследования посева мокроты получено 63 изолята *Streptococcus pneumoniae*. При определении чувствительности к антибиотикам диско-диффузным методом (рис. 5) наибольшая резистентность наблюдается к группе тетрациклинов 5 %, далее к макролидам, в частности азитромицин 3 %, к пенициллинам не чувствительны 3 %, к цефалоспорином 3 поколения резистентны 1,6 % микроорганизмов. Данные по определению чувствительности к различным классам антибактериальных препаратов микроорганизмов, выделенных от госпитализированных больных в КЧРКБ, с респираторной патологией, приведены в рис. 5.

Выявленная резистентность по анализу мокроты

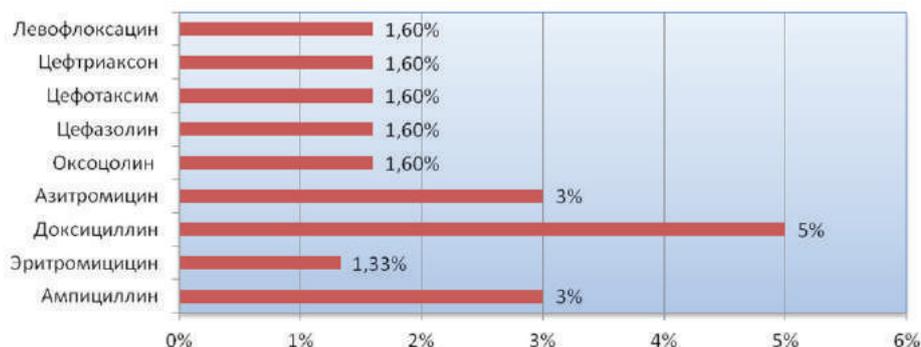


Рис. 5. Анализ уровня чувствительности микроорганизмов к антибиотикам

Выводы

1. Внебольничная пневмония удерживает весомую роль в структуре патологий органов дыхания.
2. Более половины случаев летального исхода в результате пневмонии наблюдается у лиц трудоспособного возраста в Карачаево-Черкесской республике, что существенно снижает экономический потенциал республики.
3. Количество госпитализированных больных с тяжелым течением пневмонии в пульмонологическое отделение снижается к 2015 году, что связано с дневного стационара в поликлиниках, и более эффективной работой амбулаторно-поликлинического звена.
4. В структуре микроорганизмов выделенных у больных внебольничной пневмонией ведущую роль играет грамположительная кокковая флора. Внебольничная пневмония имеет преимущественно пневмококковую этиологию, *Streptococcus pneumoniae* выявлена в 67 % случаев. Грамотрицательные острые пневмонии составили 1,6 % и вызваны в основном бактериями семейства *Enterobacteria*.
5. На фоне установленных высоких цифр самовольного приема антибактериальных препаратов на догоспитальном этапе, выявлена относительно низкая резистентность микроорганизмов к антибиотикам. Необходимо отметить ряд факторов, часто искажающих микробиологическую картину: неправильный сбор мокроты; качество питательных сред [14]; догоспитальный хаотичный прием антибактериальных препаратов; отбор проб мокроты на фоне приема антибиотиков.
6. Распространение первоначального лечения антибиотиками, без установленной активности в отношении возбудителя, приведет к увеличению эмпирического использования антибиотиков широкого спектра, для обеспечения положительного результата при лечении пневмонии [15], чего можно избежать при проведении просветительской работы среди пациентов и снижении доступности антибактериальных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулмагамбетов И. Р., Сарсенбаева С. С., Нурманбетова Ф. Н., Эффективность программ борьбы с антибиотикорезистентностью // Журнал Медицинские науки. 2014. № 10. С. 1742-1743.
2. Yayan J., Ghebremedhin B., Rasche K. No Resistance to Penicillin, Cefuroxime, Cefotaxime, or Vancomycin in Pneumococcal Pneumonia // Int. J. Med. Sci. 2015. 12(12) С. 980-986.
3. Бонцевич Р. А., Шуrowsкая К. В., Покровская Т. Г., Горяинова Л. Е. Оценка знаний студентов-стоматологов старших курсов и стоматологов-интернов в вопросах антимикробной химиотерапии // Журнал: Resears result: pharmacogy anal clinical pharmacology. 2015. Выпуск 4(6) том 1. С. 61-62.
4. J. Pediatr (Rio J). Antibiotics, bacterial resistance, otitis, sinusitis, tonsillitis, pneumonia. 2006. P. 146
5. Круглякова Л. В., Нарышкина С. В. Тяжелая Внебольничная пневмония диагностика и лечение // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. Выпуск 59. 2016. С. 98-99.
6. Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Козлов Р. С., Авдеев С. Н., Рачина С.А. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых // Газета «Новости медицины и фармации» Пульмонология. 2010. (344)

7. Мартынова А. В. Чувствительность к антибиотикам штаммов STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, возбудителей инвазивных инфекций // Тихоокеанский медицинский журнал. 2007. №5. С. 24-25
8. Austrian R. Pneumococcus: the first one hundred years // Rev Infect Dis. 1981. Mar-Apr; 3(2). P.183-9.
9. Melo-Cristino J, Santos L. et al. //Rev Port Pneumol. 2006 / Jan-Feb; 12(1). P.9-30.
10. Morrissey I, Robbins M., Viljoen L. et al. // J Antimicrob Chemother. 2005 Feb; 55 (2). P.200-8.
11. Молчанова О. В., Хамидулина А. И., Щенников Э. Л., Иванова О. А., Шмыленко В. А. Чувствительность к антибиотикам пневмококков выделенных от больных с заболеваниями легких в Хабаровском крае//Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2008. №12. С. 63-65.
12. Вознесенский Н. А. О выборе антибиотика для лечения постгриппозной бактериальной пневмонии // Газета «Новости медицины и фармации» Пульмонология. 2010. (344)
13. Пономарева А. А., Колокова С. В., Мозговая С., Жукова О. В. Рациональное использование антибиотиков при лечении внебольничной пневмонии // Журнал: Медицинский альманах. 2011. Вып. 1. С. 230-231.
14. Горбунова Н. А., Поляк М. С. Внутривлабораторный контроль качества питательных сред для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам // Журнал «Медицинский алфавит» 2015. Том 1. №4. С. 49-53.
15. Guillamet C. V., Vazquez R., Noe J, Micek S. T., Kollef M. H. A cohort study of bacteremic pneumonia: The importance of antibiotic resistance and appropriate initial therapy? // Medicine (Baltimore). 2016. № 95(35).

REFERENCES

1. Kulmagambetov I. R., Sarsenbaeva S. S., Nurmanbetova F. N. Effektivnost' programm bor'by s antibiotikorezistentnost'yu // Zhurnal Meditsinskie nauki. 2014. № 10. S. 1742-1743.
2. Yayan J, Ghebremedhin B, Rasche K. No Resistance to Penicillin, Cefuroxime, Cefotaxime, or Vancomycin in Pneumococcal Pneumonia // Int. J. Med. Sci. 2015. 12(12) S. 980-986.
3. Bontsevich R. A., Shchurovskaya K. V., Pokrovskaya T. G., Goryainova L. E. Otsenka znaniy studentov-stomatologov starshikh kursov i stomatologov-internov v voprosakh antimikrobnoy khimioterapii // Zhurnal: Resears result: pharmacogy anal clinical pharmacology. 2015. Vypusk 4(6) tom 1. S. 61-62.
4. J. Pediatr (Rio J). Antibiotics, bacterial resistance, otitis, sinusitis, tonsillitis, pneumonia. 2006. R. 146
5. Kruglyakova L. V., Naryshkina S. V. Tyazhelaya Vnebol'nichnaya pnevmoniya diagnostika i lechenie // Byulleten' fiziologii i patologii dykhaniya. Vyp. 59. 2016. S. 98-99.
6. Chuchalin A. G., Sinopal'nikov A. I., Kozlov R. S., Avdeev S. N., Rachina S.A. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike tyazhely vnebol'nichnoy pnevmonii u vzroslykh // Gazeta «Novosti meditsiny i farmatsii» Pul'monologiya. 2010. (344)
7. Martynova A. V. Chuvstvitel'nost' k antibiotikam shtammov STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, vzbuditeley invazivnykh infektsiy // Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal. 2007. №5. S. 24-25.
8. Austrian R. Pneumococcus: the first one hundred years // Rev Infect Dis. 1981. Mar-Apr; 3(2). P.183-9
9. Melo-Cristino J, Santos L. et al. //Rev Port Pneumol. 2006/ Jan-Feb; 12(1). P.9-30.
10. Morrissey I, Robbins M., Viljoen L. et al. // J Antimicrob Chemother. 2005 Feb; 55 (2). P.200-8.
11. Molchanova O. V., Khamidulina A. I., Shchennikov E. L., Ivanova O. A., Shmylenko V. A. Chuvstvitel'nost' k antibiotikam pnevmokokkov vydelennykh ot bol'nykh s zabolevaniyami legkikh v Khabarovskom krae//Dal'novostochnyy zhurnal infektsionnoy patologii. 2008. №12. S. 63-65.
12. Voznesenskiy N. A. O vybere antibiotika dlya lecheniya postgrippoznoy bakterial'noy pnevmonii //Gazeta «Novosti meditsiny i farmatsii» Pul'monologiya. 2010. (344)
13. Ponomareva A. A., Kolokova S. V., Mозgovaya S., Zhukova O. V. Ratsional'noe ispol'zovanie antibiotikov pri lechenii vnebol'nichnoy pnevmonii // Zhurnal: Meditsinskiy al'manakh. 2011. Vypusk 1. S. 230-231.
14. Gorbunova N. A., Polyak M. S. Vnutrilaboratornyy kontrol' kachestva pitatel'nykh sred dlya opredeleniya chuvstvitel'nosti mikroorganizmov k antibiotikam // Zhurnal «Meditsinskiy alfavit» 2015. Tom 1. №4. S. 49-53.
15. Guillamet C. V., Vazquez R., Noe J, Micek S. T., Kollef M. H. A cohort study of bacteremic pneumonia: The importance of antibiotic resistance and appropriate initial therapy? // Medicine (Baltimore). 2016. № 95(35).

ОБ АВТОРАХ

Катчиева Палина Халитовна, ассистент кафедры госпитальной хирургии Медицинского института СевКавГГТА, аспирант 2-го года обучения, по направлению подготовки 31.06.01. «Клиническая медицина». Карачаево - Черкесская республика, г. Черкесск, ул. Космонавтов 100. Тел. 8 (928-397-62-70), E-mail: polya.ya.91@mail.ru

Katchieva Palina Khalitovna, Assistant of the Department of Hospital Surgery SevKavGGTA Medical Institute, a graduate student of the 2nd year of study, in the direction of preparation 31/06/01. «Clinical Medicine». Karachay-Cherkess Republic, Cherkessk, ul. Cosmonavtov, 100. Tel. 8 (928-397-62-70), E-mail: polya.ya.91@mail.ru

Узденов Марат Борисович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней с курсом оперативной хирургии МИ СевКавГГТА. Карачаево-Черкесская республика, г. Черкесск, ул. Космонавтов 100. Тел. 8 (969-009-10-03), E-mail: uzdenov1@rambler.ru

Uzdenov Marat Borisovich, PhD, assistant professor of surgical diseases with a course of operative surgery MI SevKavGGTA. Karachay-Cherkess Republic, Cherkessk, ul. Cosmonavtov, 100. Tel. 8 (969-009-10-03), E-mail: uzdenov1@rambler.ru

Котелевец Сергей Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней МИ СевКавГГТА. Карачаево-Черкесская республика, г. Черкесск, ул. Космонавтов 100. Тел.8 (988-714-59-26), E-mail: smkotelevets@mail.ru

Kotelevets Sergey Mikhaylovich, MD, Professor, Head of the Department of Internal Medicine Propaedeutics MI SevKavGGTA. Karachay-Cherkess Republic, Cherkessk, ul. Cosmonavtov, 100. Tel. 8 988)7145926. E-mail:smkotelevets@mail.ru

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

П. Х. Катчиева, М. Б. Узденов, С. М. Котелевец

Внебольничная пневмония удерживает лидирующую роль в структуре патологий органов дыхания, имеет преимущественно пневмококковую этиологию. Более половины случаев летального исхода в результате пневмонии наблюдается у лиц трудоспособного возраста. Более эффективная работа амбулаторно-поликлинического звена приводит к снижению количества госпитализированных больных с тяжелым течением пневмонии. Установлена превалирующее значение *Streptococcus pneumoniae*, однако такие факторы, как неправильный сбор мокроты; качество питательных сред; догоспитальный хаотичный прием антибактериальных препаратов; отбор проб мокроты на фоне приема антибиотиков способствуют искажению микробиологической картины и точному определению чувствительности микроорганизма к антибактериальным препаратам.

THE CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND MICROBIOLOGICAL PATTERN OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE KARACHAY-CHERKESS REPUBLIC

P. Kh. Katchieva M. B. Uzdenov, S. M. Kotelevets

Community-acquired pneumonia holds a leading role in the structure of pathologies of the respiratory system, is mainly pneumococcal etiology. More than half of the cases of death due to pneumonia occur in people of working age. More effective outpatient care leads to a reduction in the number of hospitalized patients with severe pneumonia. Installed prevail *Streptococcus pneumoniae*, but factors such as improper collection of sputum; quality culture media; prehospital chaotic reception of antibacterial preparations; selection of sputum samples in patients receiving antibiotics contribute to the distortion of the microbiological pattern and precise definition of the sensitivity of microorganisms to antibiotics.