

### **РЕСПИРАТОРНАЯ МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ**

Респираторная микоплазменная инфекция - острое инфекционное заболевание, характеризующееся полиморфизмом клинических проявлений, умеренной интоксикацией и поражением органов дыхания.

**Исторические сведения.** В 1944 г. М. Итон и соавт. при изучении первичных атипичных пневмоний выделили из мокроты больных возбудителя, названного впоследствии агентом Итона. Длительное время его считали вирусом, лишь в 1963 г. он был определен как *Mycoplasma pneumoniae*.

**Этиология.** Микоплазмы относятся к роду *Mycoplasma*, семейству *Mycoplasmataceae*. Они занимают промежуточное положение между вирусам и бактериями. С вирусами их сближает способность проходить через фильтры, с бактериями - возможность культивирования на бесклеточных средах. В настоящее время известно около 40 видов микоплазм, выделенных от человека и животных. Основную роль в этиологии заболеваний органов дыхания у человека играют *M. pneumoniae* и *M. hominis*. Микоплазмы имеют размер 100-250 нм и характеризуются значительным полиморфизмом (встречаются шаровидные, кольцевидные, нитевидные). Они грамотрицательны, содержат ДНК и РНК, являются факультативными анаэробами. Растут на средах с добавлением дрожжевого экстракта, лошадиной или свиной сыворотки, хорошо развиваются и в некоторых тканевых культурах. Микоплазмы быстро погибают при нагревании, облучении ультрафиолетовыми лучами и воздействии дезинфицирующих средств.

**Эпидемиология.** Источником инфекции является больной человек или носитель микоплазм. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Восприимчивость к заболеванию наблюдается во всех возрастных группах, но чаще болеют дети школьного возраста, а также лица от 15 до 30 лет. Микоплазменная инфекция встречается спорадически и в виде небольших вспышек. Максимальный подъем заболеваемости отмечается в осенне-зимние месяцы.

**Патогенез и патологическая анатомия.** Входными воротами инфекции являются дыхательные пути. Основной патологический процесс развивается в слизистых оболочках носоглотки, гортани, трахеи, бронхах и альвеолярной ткани. Заболевание, по-видимому, носит генерализованный характер. У больных иногда наблюдается поражение печени, суставов. Микоплазма может обнаруживаться в лимфатических узлах и костном мозге.

При патологоанатомическом исследовании определяются признаки острого бронхита и бронхиолита, очаги пневмонии, участки ателектазов, эмфизема легких. Гистологически отмечается инфильтрация стенок бронхов и бронхиол макрофагами, лимфоцитами и плазматическими клетками с распространением инфильтрации на перибронхиальную ткань и стенки альвеол. Выражен некроз эпителиальных клеток; альвеолы заполнены экссудатом или отеочной жидкостью.

**Клиническая картина.** Инкубационный период продолжается от 4 до 25 дней, чаще 7-14 дней.

Различают две основные клинические формы респираторной микоплазменной инфекции:

- 1) острое респираторное заболевание, протекающее в виде фарингита, ринофарингита, ларингофарингита и бронхита;
- 2) острую пневмонию [Казанцев А. П., 1979].

*Острое респираторное заболевание.* Обычно сопровождается умеренно выраженной интоксикацией организма. Больные отмечают незначительную слабость, познабливание, иногда небольшую головную боль. Температура тела нормальная или субфебрильная. Больных беспокоят боли в горле, насморк, кашель. При осмотре обнаруживаются инъекция сосудов склер и конъюнктив, диффузная гиперемия мягкого неба, дужек, задней стенки глотки. Может быть зернистость слизистой оболочки мягкого неба и умеренное увеличение миндалин, небольшое увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов. При аускультации определяется жесткое дыхание и непостоянные сухие хрипы.

Длительность заболевания 1-2 нед.

Осложнения (отит, синусит) встречаются довольно редко и обусловлены обычно сочетанием микоплазменной и бактериальной инфекций.

*Острая микоплазменная пневмония.* Заболевание начинается остро, возникают озноб, слабость, миалгии и артралгии, головная боль. Температура повышается до 38-39 °С. Уже в первые дни болезни появляется сухой упорный, иногда приступообразный кашель. В дальнейшем он становится влажным, с небольшим выделением слизисто-гноной мокроты.

При осмотре отмечается бледность кожных покровов, иногда полиморфная экзантема с преимущественной локализацией вокруг суставов. Сосуды склер и конъюнктив инъецированы. Артериальное давление снижено, тоны сердца приглушены, на верхушке иногда выслушивается негрубый систолический шум.

Перкуторные изменения в легких очень скудные. Аускультативно определяется жесткое дыхание, рассеянные сухие и на ограниченном участке мелкопузырчатые хрипы. Пневмония чаще односторонняя и выявляется на нижних долях. На рентгенограмме выявляются интерстициальные, очаговые, субдолевые изменения. У части больных наряду с пневмонией развивается экссудативный плеврит.

Рентгенологически обнаруживается очаговая инфильтрация, усиление бронхосудистого рисунка, утолщение междолевой плевры или плевральный выпот. Чаще поражается правое легкое с вовлечением в процесс 1-10 сегментов. Рентгенологические изменения сохраняются более длительно, чем клинические симптомы заболевания.

Со стороны пищеварительной системы отмечается ухудшение аппетита, метеоризм, иногда возникают рвота, диарея. У части больных увеличивается печень, реже селезенка.

В гемограмме умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез; СОЭ увеличена.

Длительность заболевания 3-4 нед.

К осложнениям, вызываемым как самой микоплазмой, так и бактериальной инфекцией, относятся экссудативный плеврит, менингоэнцефалит, миокардит.

**Прогноз** благоприятный. При тяжелых пневмониях и при наличии осложнений прогноз серьезный.

**Диагностика.** В острый период заболевания возбудитель может быть выделен из мокроты, носовой слизи и смывов из зева.

Серологическое исследование включает РСК и РНГА.

**Лечение.** При респираторной микоплазменной инфекции наряду с патогенетической, иммунорегулирующей и симптоматической терапией используют антибиотики. Наиболее эффективны тетрациклиновые препараты, эритромицин, олеандомицин, левомицетин и аминогликозиды.

**Профилактика.** Проводят мероприятия, аналогичные тем, которые осуществляются при других острых респираторных заболеваниях.

**Источник:** Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).