

«ПРОФИЛАКТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ»

Микоплазменная пневмония (далее - МП) является одной из клинических форм микоплазменной инфекции (далее - МИ) и относится к группе атипичных пневмоний. По данным литературы на долю МП приходится 10 – 20% всех случаев пневмоний у детей. Наиболее высокая заболеваемость встречается в возрастной группе от 1 до 5 лет. Дети до 6 месяцев практически не болеют, т.к. материнские антитела обеспечивают ребенку защиту от 4 до 6 месяцев, при условии, что мать была носительницей возбудителя.

Этиология и эпидемиология. Возбудителем МИ является *Mycoplasma pneumoniae*, которая относится к атипичным возбудителям. Атипичными они названы в связи с тем, что по своим биологическим характеристикам занимают промежуточное положение между бактериями и вирусами. Микоплазмы малоустойчивы во внешних условиях. Заболевание регистрируется в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек.

Широко распространено носительство МИ. Источником заражения являются больные и бессимптомные носители инфекции. Путь передачи: воздушно-капельный. При МИ развивается воспаление верхних и нижних дыхательных путей, что клинически проявляется фарингитом, бронхитом, бронхиолитом, пневмонией. Основным фактором, способствующим развитию заболевания, является переохлаждение.

Клиническая картина. Инкубационный период составляет от 7 до 25 дней. Заболевание чаще всего начинается остро, с лихорадки 38-40⁰С, симптомов интоксикации. При поражении верхних дыхательных путей выражены явления назофарингита: сухой навязчивый кашель, першение и боль в горле. Все эти симптомы напоминают клинику ОРВИ и гриппа, однако при назначении противовирусных препаратов – клинического эффекта не отмечается. При вовлечении в воспалительный процесс бронхов, выслушиваются сухие хрипы, беспокоит частый, навязчивый кашель. При рентгенологическом исследовании, определяется интерстициальный характер легочных изменений с усилением сосудистого и бронхиального рисунка. Бронхит имеет тенденцию к затяжному течению.

Для микоплазменной пневмонии характерен более длительный инкубационный период (15-40 дней), выраженность симптомов интоксикации: анорексия, повторная рвота, головная боль, гипертермия. В отличие от взрослых, у которых нередко наблюдаются «немые пневмонии», у детей перкуторно и аускультативно выявляются характерные для пневмонии укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания в локусе поражения легочной ткани. Выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Кашель сухой, упорный, носит коклюшеподобный характер. Физикальные изменения носят затяжной и, по интенсивности, волнообразный характер на фоне сохраняющегося субфебрилитета. Явления кислородной недостаточности при этой пневмонии выражены слабо.

Рентгенологическая картина по распространенности очагов поражения разнообразна. Чаще на фоне изменений в прикорневых зонах отмечается понижение прозрачности, «смазанность» структуры с усилением сосудистого компонента легочного рисунка. При этом на всем протяжении легочных полей определяются немногочисленные очаговые тени. Реже наблюдаются массивные сегментарные и полисегментарные пневмонии, сопровождающиеся значительными проявлениями токсикоза и болями в боку. Интерстициальная пневмония при микоплазмозе встречается чаще у детей старшего возраста.

На фоне поражения органов дыхания при МИ имеют место внереспираторные симптомы, проявляющиеся артралгиями в области крупных суставов, мелкопятнистой сыпью, полиморфной эритемой, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией. В показателях периферической крови характерными являются умеренно выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, которые могут сохраняться до 3-4 недель болезни.

Основной особенностью клинических симптомов МП является затяжное, длительное течение заболевания: субфебрилитет 2-3 недели, затяжной кашель 3-4 недели, отсутствие клинического эффекта от проводимой противовирусной терапии.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с ОРВИ, хламидийной инфекцией, коклюшем, так как начальные симптомы напоминают клинику МИ.

Лабораторная диагностика. Диагноз МИ подтверждается выделением возбудителя из мокроты, смывов из носоглотки; серологическими методами: РСК, реакцией нейтрализации и ИФА (обнаружение JgG и M); методом ПЦР – определение возбудителя в мазках из задней стенки глотки.

Осложнения. Кардиальные: миокардит или перикардит. Диспепсические: рвота, диарея, тошнота. Дети подвержены этим проявлениям в 25% случаев микоплазменного воспаления легких. Артриты, которые могут проявляться, как ревматические атаки и ассоциированы с повышенным титром антител. Геморрагическое поражение слизистой и кожных покровов, в виде сыпей и воспаления конъюнктивы. ДВС-синдром, почечная недостаточности и тромбоцитопения.

Лечение. Для МП характерно длительное затяжное течение, что требует обязательной госпитализации в стационар и длительного лечения. Учитывая особенности спектра антимикробного действия и особенности фармакокинетики, препаратами первого ряда являются макролиды. Среди макролидов препаратом выбора является азитромицин, который проникает внутрь клетки и создает высокие внутриклеточные концентрации. Азитромицин обладает антимикробным, противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Назначается азитромицин из расчета 10 мг/кг 1 раз в день. Короткий курс (3 дня) обеспечивает 10-дневное лечение, т.к. в очаге сохраняются высокие терапевтические концентрации препарата. Детям показан постельный режим, обильное питье и симптоматическая терапия. При правильной, своевременной терапии выздоровление отмечается через 2 – 3 недели.

Профилактика. Необходимо выделить следующие меры предосторожности, позволяющие предотвратить развитие пневмонии у ребенка:

- ограничение контакта с возможными носителями заболевания и тем более с уже заболевшими людьми ОРВИ. Во время массовых заражений лучше не отправлять ребенка в детский сад и не появляться с ним в местах массового скопления людей;

- соблюдение правил личной гигиены: необходимо научить малыша правильно следить за гигиеной своих рук. Так, мыть их с мылом нужно не менее 20-ти секунд;

- одним из факторов риска является проживание в загрязненных помещениях (часто загрязнение воздуха возникает при использовании биологического топлива для приготовления пищи или отопления). По возможности маленького ребенка необходимо оградить от данного фактора, найдя альтернативу используемым методам отопления помещения; если ситуация такова, что ребенок постоянно находится в перенаселенном жилище, то очень важно, чтобы все жильцы соблюдали общие правила гигиены;

- мероприятия, направленные на повышение иммунитета: полноценное питание; закаливание (водные и воздушные процедуры); регулярные прогулки на воздухе и проветривание помещения;

- огромный вред детскому организму наносит курение родителей. Не смотря на то, что сам ребенок не курит, сигаретный дым все равно попадает в легкие, нанося вред малышу как пассивному курильщику. Чтоб, снизить риск появления воспаления легких, родителям стоит воздержаться от этой вредной привычки.

Учитывая значимость *mycoplasma pneumoniae* в этиологии респираторных инфекций, а также необходимость специфического лечения при МИ, рекомендуется при длительном и осложненном течении ОРВИ обязательно обращаться за медицинской помощью.

Составитель:

Заведующая кафедрой инфекционных болезней у детей
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный
медицинский университет» МЗ РФ,
главный внештатный специалист
по инфекционным болезням у детей
Департамента Смоленской области по здравоохранению

А.И. Грекова