

ФМБА РОССИИ

Федеральное государственное  
бюджетное учреждение  
«Детский научно-клинический  
центр инфекционных болезней  
Федерального  
медико-биологического агентства»  
(ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России)

адрес: 197022, Санкт-Петербург  
ул. Профессора Попова, д.9лит А  
тел. (812) 234-60-04 факс (812) 234-9691  
e-mail: [nidi@nidi.ru](mailto:nidi@nidi.ru); [mi\\_detinf@fmbamail.ru](mailto:mi_detinf@fmbamail.ru)  
ОКПО 01966495, ОГРН 1037828009548  
ИНН/КПП 7813045265 / 781301001

В территориальные органы  
Управления здравоохранением  
(по списку)

Главным внештатным специалистам  
по инфекционным болезням у детей  
(по списку)

*22.11.2024 № 01-21/1792*

## ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

### О необходимости улучшения выявления и лечения респираторного микоплазмоза

По данным Роспотребнадзора с 2023 года на территории Российской Федерации отмечается рост заболеваемости внебольничной пневмонией (ВП) на 22% по сравнению 2022 г, при этом заболеваемость детского населения была превышена на 81%. В 2024 году сохраняется рост числа заболевших респираторным микоплазмозом, в том числе внебольничной пневмонией, а также количества очагов групповой заболеваемости, числа заболевших, большинство из которых дети школьного возраста и подростки. В структуре внебольничных пневмоний микоплазменные составляют до 50%, особенно у лиц из организованных коллективов, в том числе школьников и учащихся других образовательных учреждений. У иммунокомпетентных лиц преобладают легкие и среднетяжелые формы заболеваний с поражением как верхних, так и нижних дыхательных путей. Описаны единичные случаи летальных исходов от тяжелых и осложненных микоплазменных пневмоний.

*Mycoplasma pneumoniae* являются патогенными антропонозными бактериями, лишенными клеточной стенки, вследствие чего они не чувствительны к действию бета-лактамов антибактериальных препаратов (пенициллинов, цефалоспоринов, карбапенемов). Микоплазмы окружены трехслойной мембраной, могут существовать как вне, так и внутри клеток, что позволяет им ускользать от механизмов иммунной защиты организма. Они неустойчивы во внешней среде, разрушаются под действием высокой температуры, замораживания, ультрафиолета, ультразвука, а также современных моющих и дезинфицирующих средств.

Респираторный микоплазмоз, вызываемый *M. pneumoniae* и передающийся преимущественно воздушно-капельным путем, чаще регистрируют в период сезонного подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ). Для передачи возбудителя требуется тесный и длительный контакт, поэтому респираторный микоплазмоз особенно распространен в закрытых коллективах. Микоплазма обнаруживается в носоглоточной слизи в течение 8 недель и более от начала заболевания даже при наличии специфических антител в сыворотке крови и клинически эффективной

антибиотикотерапии. В закрытых учреждениях эпидемический процесс может затягиваться от 8-9 недель до 5-6 месяцев и более.

Микоплазмоз верхних дыхательных путей характеризуется легкой степенью тяжести, преимущественно гладким течением; проявляется кратковременными субфебрильными подъемами температуры тела, незначительными симптомами интоксикации, клиникой назофарингита, реже – конъюнктивита, возможен коклюшеподобный кашель и умеренно выраженная лимфаденопатия.

Среднетяжелая степень тяжести проявляется бронхообструктивным синдромом или нетяжелой формой пневмонии (интерстициальной, очаговой), часто сочетается с поражением верхних дыхательных путей, характеризуется фебрильной лихорадкой с последующим субфебрилитетом на фоне умеренной интоксикации.

Тяжелая степень тяжести характеризуется выраженной и длительной лихорадкой, часто в отсутствие токсикоза, очаговосливным или полисегментарным характером поражения легких. Возможно острое начало или постепенное ухудшение состояния с последовательным вовлечением всех отделов дыхательной системы, развитием осложнений. Течение микоплазменной пневмонии преимущественно затяжное, выздоровление наступает к 22-30 суткам заболевания при остром развитии пневмонии и к 40-45 суткам при позднем развитии пневмонии (с 7-10 дня заболевания). Рентгенологическое разрешение пневмонии, как правило, наступает через 3-4 недели.

Осложнения: пневмосклероз, бронхоэктатическая болезнь, плеврит, пневмоторакс, острый респираторный дистресс-синдром взрослого типа (ОРДСв), серозный менингит, менингоэнцефалит, полирадикулоневрит (синдром Гийена-Барре), моноартрит (преимущественно крупных суставов), синдром Стивена-Джонсона, синдром Рейтера (поражение сосудистой оболочки глаз, суставов и мочеполовой системы), гемолитическая анемия, тромбоцитопения, миокардит.

В клиническом анализе крови выявляют незначительно или умеренно выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. Возможно повышение содержания С-реактивного белка. Выраженность изменений зависит от тяжести микоплазменной инфекции.

Лабораторная диагностика основана на прямых методах выявления ДНК или антигенов микоплазм (преимущественно ПЦР, возможно иммунофлюоресцентного или иммуногистохимического методов) в объединенных мазках со слизистой оболочки носоглотки и задней стенки глотки или иммуноферментного анализа крови (ИФА) для определения специфических иммуноглобулинов класса М и G при поздних сроках госпитализации (IgM к 8 дню выявляют у 35%, к 12-14 – у 60%). Отрицательный результат не исключает течение микоплазмоза и требует повторного определения иммуноглобулинов через 10-14 дней (одновременное определение IgM в парных сыворотках или диагностический 4-кратный рост титра IgG).

*В соответствии с клиническими рекомендациями «Пневмония (внебольничная) возрастная категория дети» проведение исследований на атипичные инфекции не обязательно при соответствующей эпидобстановке, при нетяжелом течении пневмонии, в т.ч., при принятии решения об эмпирической смене антибиотика (например, препарата группы «бета-лактамы антибактериальные препараты – пенициллины» на макролиды). Антибактериальную терапию следует начинать, не дожидаясь результатов обследования.*

Этиотропная терапия включает применение антибактериальных препаратов – макролидов и азалидов, проникающих внутриклеточно, т.к. микоплазмы лишены клеточной стенки и являются резистентными к пенициллинам и цефалоспорином. У детей старшего возраста возможно применение препаратов группы тетрациклинов. Длительность лечения зависит от тяжести и клинического варианта заболевания: при назофарингите, обструктивном бронхите – 5-7 дней, при пневмонии – 10-14 дней.

Диспансерное наблюдение и реабилитация. Диспансерному наблюдению подлежат реконвалесценты тяжелой и осложненной микоплазменной пневмонии в течение 1-2 мес. Реабилитационные мероприятия включают лечебную физкультуру, массаж грудной клетки, ингаляционную и физиотерапию. В зависимости от тяжести заболевания реабилитационный период составляет от 1 до 3 мес.

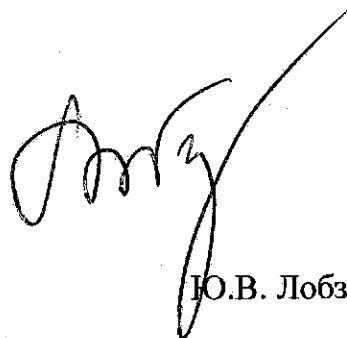
Профилактика. Специфическая профилактика микоплазменной инфекции не разработана.

Неспецифическая профилактика сходна с профилактикой других острых респираторных инфекций. Актуальны мероприятия, направленные на уменьшение вероятности заражения (разобшение, влажная уборка помещений, проветривание). В педиатрической практике значимость приобретают меры, направленные на повышение резистентности организма.

Противоэпидемические мероприятия проводятся в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 (ред. от 25.05.2022) "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"

*Приложение: 1 л Алгоритм ведения пациента с подозрением на пневмонию*

Главный внештатный специалист  
по инфекционным болезням детей  
МЗ РФ и ФМБА России,  
Президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России,  
академик РАН



Ю.В. Лобзин

