

## Информационное письмо

### В связи с эпид. ситуацией по респираторному микоплазмозу

обратить внимание участковых педиатров на следующие симптомы, характерные для респираторного микоплазмоза: сухой конъюнктивит, сухой ринит; кашель приступообразный, коклюшеподобный, длится более 2 недель, может быть скудная мокрота.

Начало заболевания - как ОРВИ, бронхит, или внебольничная пневмония:

- Внебольничная пневмония (ВПн) – о. инфекционное заболевание с кашлем и лихорадкой; одышкой; болью в гр. клетке, связанной с дыханием. Т.к. ВПн (до 50% и более) «немая» - без классических физикальных симптомов – за основу диагностики следует принимать симптомы общей интоксикации (немотивированная слабость, утомляемость, головная боль, анорексия, тошнота, рвота, сильное потоотделение по ночам) физикальная симптоматика может на 8-24 часа опережать R-логические признаки инфильтрации.
- Отсутствие одышки не исключает ВПн
- Бронхообструкция (БОС) чаще наблюдается при атипичных ВПн (наличие БОС с высокой вероятностью исключает типичную ВПн)
- **Микоплазма – главный возбудитель атипичной ВПн.**
- **M. pneumoniae - высоковирулентный возбудитель:**
  - Микоплазмоз более распространен во вновь сформированных коллективах, где за первые 2-3 месяца инфицируется каждый второй
  - Эпидемии респираторного микоплазмоза могут развиваться медленно с постепенным вовлечением в эпидемический процесс отдельных членов коллектива в течение 9, 18 и более месяцев (регистрируется в течении всего года)
  - Значительное число бессимптомных форм и носительства
  - Источник инфекции - больные и лица с бессимптомными формами микоплазмоза
  - Чаще заболевают лица молодого возраста (7-20 лет)
  - Инкубационный период 8 -35 дней (в среднем 12-14 дней).
  - Путь передачи – воздушно-капельный
  - Сезонность – конец лета, осень, возможно круглогодичное заражение
  - Эпидемии среди плотно проживающих популяций (сады и школы, военнослужащие) с цикличностью 3-7 лет
  - Диагностика: ИФА на респираторный микоплазмоз
  - 
  - **Первой линией терапии являются : макролиды курсом не менее 10-14 дней**
- **Тактические ошибки**
- Поздняя диагностика (нет настороженности)
- Нерациональный выбор антибиотика
- Короткий курс терапии макролидами (5-7 дней).

Главный внештатный детский пульмонолог МЗ УР  
профессор М.К. Ермакова