

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-439-7>

## FEATURES OF THE TREATMENT AND CLINICAL COURSE OF MYCOPLASMA INFECTION

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ МІКОПЛАЗМОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

**Koliada N. A.**

*Candidate of Medical Sciences,  
Associate Professor,  
Associate Professor at the Department  
of Physical Therapy  
and Occupation Therapy  
Municipal Institution of Higher  
Education «Khortytisia National  
Educational and Rehabilitational  
Academy» of Zaporizhzhia  
Regional Council  
Zaporizhzhia, Ukraine*

**Коляда Н. А.**

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри фізичної терапії  
та ерготерапії  
Комунальний заклад вищої освіти  
«Хортицька національна  
навчально-реабілітаційна академія»  
Запорізької обласної ради  
м. Запоріжжя, Україна*

**Ostapenko A. O.**

*Candidate of Pharmaceutical Sciences,  
Associate Professor,  
Associate Professor at the Department  
of Laboratory Medicine  
Zaporizhzhia State Medical and  
Pharmaceutical University  
Zaporizhzhia, Ukraine*

**Остапенко А. О.**

*кандидат фармацевтичних наук,  
доцент,  
доцент кафедри лабораторної  
медицини  
Запорізький державний медико-  
фармацевтичний університет  
м. Запоріжжя, Україна*

**Skorobogatyi V. V.**

*Candidate of Medical Sciences,  
Associate Professor at the Department  
of Surgery 2  
Zaporizhzhia State Medical and  
Pharmaceutical University  
Zaporizhzhia, Ukraine*

**Скоробогатий В. В.**

*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри хірургії 2  
Запорізький державний медико-  
фармацевтичний університет  
м. Запоріжжя, Україна*

Метою нашого дослідження є вивчити особливості лікування та клінічного перебігу мікоплазмозу лор органів.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в світі щороку реєструється близько 1,0 млрд випадків гострих респіраторних інфекцій. В структурі загальної захворюваності дітей у віці від 0 до 17 років в Україні левову частку займають захворювання органів дихання – 58%, а в структурі первинної захворюваності дитячого населення їх

відсоток сягає до 63,8%. Сьогодні серед причин респіраторних захворювань називають *Chlamydomphila pneumoniae* і *Mycoplasma pneumoniae*, що виявляються близько у 20–25 % випадків [1, с. 35].

Мікоплазми – це унікальна група мікроорганізмів (виділена в окремий клас Mollicutes), найменших за розмірами серед вільно існуючих прокаріотів. Вони мають багато спільного з бактеріями, проте відрізняються від них відсутністю клітинної стінки, що зумовлює їхні особливості: виразний плейоморфізм, резистентність до β-лактамних антибіотиків, що пригнічують синтез бактеріальної стінки, повільний ріст на бактеріальних середовищах [2, с. 74–92].

Сприйнятливість людей до *M. pneumoniae* досить різна. Дорослі з нормальною імунною системою мають резистентність до збудника, а особи з первинними та вторинними імунодефіцитними станами можуть достатньо легко інфікуватися. До групи ризику входять діти, підлітки, адже їх сприйнятливість до *M. pneumoniae* достатньо висока. Респіраторний мікоплазмоз реєструється повсюдно (частіше в країнах з помірним кліматом). При цьому кожні 4–8 років відзначається епідемічний підйом захворюваності. Інкубаційний період протікає від кількох днів до 1 міс. Особливістю є осінньо-зимовою сезонність, проте зустрічаються одиничні випадки захворювання протягом року [3, с. 952].

Нині відомо близько 120 видів мікоплазм, що належать до класу Mollicutes, однак тільки 13 видів мікоплазм, 2 види ахлеплазм і 1 вид уреаплазм були виділені від людини. У розвитку патології людини беруть участь 3 види – *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis* та *Ureaplasma urealyticum*.

Виразність клінічних проявів *M. pneumoniae*-інфекції достатньо різноманітна і характеризується як субклінічною, так і маніфестною течією. Клінічні прояви *M. pneumoniae*-фарингіта та інших мікоплазмових поразок ВДП має мало специфічних рис і практично не відрізняється від аналогічних захворювань іншої етіології. Інфекція починається гостро, з підйому температури тіла до фібрильного рівня і нездужання, в ряді випадків відзначаються головний біль та інші симптоми інтоксикації. Виникають першіння і болі в горлі, відчуття «закладеності носа». Рідше відзначаються нежить, болі у вухах і прояви кон'юнктивіту (частіше – «сухого»). Лихоманка, як правило, купірується протягом 3–5 днів, але субфебрилітет може зберігатися ще протягом одного або двох тижнів. Катаральні симптоми захворювання в більшості випадків регресують протягом 7–10 днів, однак виділення з носоглотковим секретом може відзначатися до декількох тижнів [4, с. 364].

До нашої клініки звернулися 60 хворих різних вікових груп зі скаргами на першіння і болі в горлі, відчуття «закладеності носа». У 15 хворих були болі у вухах і у 20 прояви кон'юнктивіту (частіше – «сухого»). Субфебрилітет зберігався протягом одного або двох тижнів. Катаральні симптоми захворювання в більшості випадків регресувалися протягом 7–10 днів.

При призначенні терапії хворим з мікоплазмозом враховують нозоформи, тяжкість і період захворювання, преморбідний стан пацієнта. В амбулаторних умовах зазвичай проводять лікування хворих з легкими формами респіраторного мікоплазмозу. У стаціонар направляються, як правило, хворі на пневмонію, бронхіт, стенозуючий ларинготрахеїт, пацієнти з обтяженим преморбідним станом і ускладненим перебігом захворювання, а також у разі відсутності терапевтичного ефекту від лікування на дому або за епідемічними показаннями (при наявності вогнища захворювання у сім'ї або спалаху в колективі). Лікування складається зі специфічної (антибактеріальні засоби) і симптоматичної (часте харчування, жарознижуючі, антигістамінні, бронхолітичні, імунобіологічні, відхаркувальні препарати, комплекс вітамінів, фізіолікування) терапії [5, с. 392].

Є думка, що при *M. pneumoniae*-інфекції ВДП у «початково здорових» призначення антибіотиків не потрібне. Особливо слід підкреслити, що *M. pneumoniae* стійка до природних і напівсинтетичним пеніцилінів, цефалоспоринів, карбонемів, котримоксазолу. Тому неприпустимо їх призначення при *M. pneumoniae*-інфекції. *M. pneumoniae*-інфекції найбільш часто проводять макролідними антибіотиками. Тому наші пацієнти отримували макроліди протягом 10 днів.

Тривалість етіотропної терапії при респіраторному мікоплазмозі, незалежно від використовуваних антибіотиків, не повинна орієнтуватися на виділення збудника з організму та рівні специфічних антитіл. Слід пам'ятати, що *M. pneumoniae* навіть після проведеного лікування може зберігатися в організмі ще протягом декількох тижнів. Специфічні до *M. pneumoniae* антитела класу IgM можуть виявлятися протягом декількох місяців, а антитела класу IgG – навіть через кілька років після перенесеної інфекції. Тому тривалість лікування антибіотиками має визначатися клінічними, а не лабораторними критеріями. Тривалість лікування залежить від тяжкості та клінічного варіанту захворювання: при обструктивному бронхіті – 5–7 днів, при пневмонії – 10–14 днів. При адекватно підбраною етіотропної терапії курс застосування антибіотиків в переважній більшості випадків не перевищує 10–14 днів. За свідченнями, в залежності від клінічної виразності, проводиться симптоматичне лікування (жарознижуючі,

засоби від кашлю, нежиті та ін.). При цьому тактика вибору препаратів та їх режим дозування ґрунтуються на загальноновизнаних правилах [6, с. 141].

**Висновки:**

1. Рання діагностика мікоплазмових пневмоній є одним із найважливіших факторів в боротьбі з *Mycoplasma pneumoniae*, так як своєчасне призначення етіотропної терапії має вирішальний вплив на перебіг захворювання, тому вивчення особливостей клінічного перебігу мікоплазмових пневмоній у дітей, своєчасність діагностики та лікування стали за останній час надзвичайно актуальними.

2. Не зважаючи на недостатньо вивчену роль *M. pneumoniae* в патології органів дихання, зібралось багато даних, щоб стверджувати, що «атиповий» збудник є важливим етіопатогенетичним фактором розвитку і прогресування найбільш поширених захворювань органів дихання. Про це необхідно пам'ятати лікарю-практику, коли вирішується питання про вибір антибіотика в разі неефективного традиційного лікування.

**Література:**

1. Онофрійчук О. С., Гончарук А. М., Фік Л. О. Respiratornyi Mikoplazmoz v Praktytsi Likaria-Pediatra. *World Science*. 2018. № 7. P. 35.
2. Denny F. W., Clyde W. A. Jr., Glezen, W. P. *Mycoplasma pneumoniae* disease: clinical spectrum, pathophysiology, epidemiology, and control. *J. Infect. Dis.* 1971. 123. P. 74 – 92. doi:10.1093/infdis/123.1.74.16.
3. Медична мікробіологія, вірусологія та імунологія : підручник для студ. вищ. мед. навч. закл. / за ред. В. П. Широбокова. 2-ге вид. Вінниця : Нова книга, 2011. 952 с.
4. Інфекційні хвороби : підручник / Нікітін Є. В., Андрейчин М. А., Сервецький К. Л., Качор В. О., Головченко А. М., Усиченко Є.М. ; за ред.: Є. В. Нікітіна, М. А. Андрейчина. Тернопіль : Укрмедкнига, 2014. 364 с.
5. Інфекційні хвороби в дітей : підручник / С. О. Крамарьов, О. Б. Надрага, Л. В. Пипа та ін. ; за ред. С. О. Крамарьова, О. Б. Надраги. 2-ге вид., випр. К. : ВСВ «Медицина». 2016. 392 с. + 14 с. кольор. вкл.
6. Клінічна настанова, заснована на доказах «Грип та гострі респіраторні інфекції». Київ. Національна академія медичних наук України. 2018. 141 с.