**Микоплазмоз**

Микоплазма и вызываемое ею заболевание - микоплазмоз.

Микоплазмоз - острое инфекционное заболевание, обусловленное микроорганизмами микоплазмами. Протекает преимущественно в виде острого респираторного заболевания и пневмонии, реже поражаются другие органы. Поражение органов дыхания обусловлено микоплазменной пневмонией. В настоящее время известно свыше 40 видов микоплазм, выделенных из различных источников (от коз, овец, крупного рогатого скота, свиней, грызунов, птиц, а также от здоровых и больных людей).

От человека выделено 9 видов микоплазм, но в патологии имеет значение только три вида: Mycoplasma pneumoniae, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum (T-Mycoplasma). Общими свойствами микоплазм являются: небольшие размеры (150—225 нм); способность размножаться на бесклеточной среде (в отличие от вирусов и хламидий); выраженный полиморфизм (из-за отсутствия ригидной оболочки); гибель под действием дистиллированной воды; устойчивость к действию сульфаниламидов, пенициллину, стрептомицину и чувствительность к антибиотикам тетрациклиновой группы (Т-микоплазмы, кроме того, чувствительны к эритромицину). Очень мелкие колонии (всего 15—20 мкм в диаметре) образуют Т-микоплазмы, откуда и произошло их название (от англ, tiny — очень маленький, крошечный).

Микоплазмы занимают промежуточное положение между вирусами, бактериями и простейшими. M.hominis и Т-микоплазмы паразитируют в мочеполовых органах. Микоплазмы устойчивы к сульфаниламидным препаратам, пенициллину, стрептомицину, чувствительны к антибиотикам тетрациклиновой группы.

Ворота инфекции — слизистые оболочки респираторного или мочеполового тракта (в зависимости от вида микоплазм), где возникает воспалительный процесс. Источником инфекции является только человек, больной микоплазмозом или здоровый носитель микоплазм. Передача инфекции может осуществляться воздушно-капельным путем и половым путями; от матери плоду (внутриутробно или во время родов). Микоплазмоз более распространен во вновь сформированных коллективах, где за первые 2—3 мес инфицируются, судя по нарастанию титра антител до 50% лиц, входящих в коллектив.

Удельный вес микоплазмозов среди острых респираторных заболеваний, протекающих с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, равен 5—6% к общему числу больных, а при острых пневмониях — от 6 до 22% всех больных пневмониями. Во время эпидемических вспышек удельный вес микоплазмозов может повышаться до 50% и более. Повышение заболеваемости микоплазмозом часто сочетается с повышением заболеваемости острыми респираторными заболеваниями другой этиологии. Микоплазмозы чаще встречаются в холодное время года.

**Последствия микоплазмоза**

 Мочеполовой микоплазмоз в виде негонококкового уретрита у мужчин и воспалительных заболеваний тазовых органов у женщин наблюдается значительно реже по сравнению с хламидиозом и гонореей. Нередко наблюдаются сочетанные заболевания, а также здоровое носительство микоплазм (у 30—40% женщин), что создает угрозу передачи инфекции плоду. Внутриутробное инфицирование может возникнуть в результате восходящей инфекции (реже гематогенно), высока опасность инфицирования плода во время родов. При инфицировании в ранние сроки беременности может наступать самопроизвольный аборт. Инфицирование микоплазма ми не всегда ведет к заболеванию, о чем свидетельствуют выделение микоплазм от здоровых людей, а также появление противомикоплазменных антител у большого числа новобранцев без перенесения ими заболевания.

**Иммунитет при микоплазмозе**

Иммунитет при микоплазмозе напряженный, что делает перспективной работу по созданию вакцин. В патогенезе микоплазмоза большое значение имеет наслоение других инфекционных агентов, преимущественно бактериальных. Это имеет значение как при заболеваниях органов дыхания, так и при болезнях мочеполовых органов. Этот факт имеет большое значение для диагностики и лечения микоплазмозов. Инкубационный период продолжается от 4 до 25 дней (чаще 9—12 сут). Описаны следующие клинические формы болезни: острые респираторные заболевания (фарингиты, ринофарингиты, ларинго-фарингиты, бронхиты); острые пневмонии; абактериальный уретрит; менингеальные формы; малоизученные заболевания (воспалительные заболевания органов малого таза у женщин, внутриутробное поражение плода).

Кроме того, микоплазменная инфекция может протекать в бессимптомной форме (инаппарантной при респираторном микоплазмозе и латентной — при мочеполовом микоплазмозе, последний характеризуется длительным персистированием возбудителя в организме). Инфекция протекает в виде острого респираторного заболевания, острой пневмонии, абактериального (негонококкового) уретрита, гинекологических воспалительных заболеваний. Для микоплазмозных острых респираторных заболеваний характерны экссудативный фарингит и ринофарингиты. Общее самочувствие удовлетворительное, температура субфебрильная. Острые пневмонии начинаются с озноба, повышения температуры тела, симптомов общей интоксикации. При физикальном и рентгенологическом исследовании пневмонии, вызванные микоплазмой, мало отличаются от острых бактериальных пневмоний.

Для лабораторного подтверждения диагноза используют серологические реакции (связывания комплемента — РСК и непрямой гемагглютинации — РИГА). Диагноз подтверждается нарастанием титра антител в 4 раза и более. Для подтверждения мочеполового микоплазмоза используют выделение микоплазм. В лечение заболеваний, вызываемых микоплазмами, используют антибиотики тетрациклинового ряда (например тетрациклин по 0,3 г 4 раза в сутки) до 6—8 дней. При мочеполовом микоплазмозе используют местное лечение тетрациклином. При пневмониях проводят весь комплекс патогенетической терапии (оксигенотерапия, бронходилататоры, ЛФК и др.). Прогноз благоприятный. В профилактике инфекционных вспышек, больных микоплазмозными пневмониями изолируют на 2—3 нед, больных ОРЗ — на 5—7 дней. В целом проводятся профилактические мероприятия такие же, как и при других острых респираторных заболеваниях.