

4. Островская, О. В. Прогностическое значение маркеров герпетической инфекции у женщин с осложненным течением беременности / О. В. Островская [и др.] // Акушерство и гинекология. 2000. № 2. С. 52–54.

5. Радзинский, В. Е. TORCH-комплекс и его роль в перинатологии / В. Е. Радзинский, М. Б. Чистякова // Акушерство и гинекология. 1992. № 8–12. С. 4–7.

6. Серов, В. Н. Цитомегаловирусная инфекция в патологии беременности и плода / В. Н. Серов, И. Б. Манухин, В. Н. Кузьмин // Акушерство и гинекология. 1997. № 6. С. 16–19.

Л. И. Бахарева, А. В. Поспелова, Е. Н. Кандалова, Е. М. Назарова

РОЛЬ MYCOPLASMA PNEUMONIAE В ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИЙ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Исследован материал от больных детей и взрослых с выраженным респираторным синдромом с целью подтверждения этиологической значимости М. пневмониае. В 2213 пробах возбудитель был обнаружен в 5,2 % при использовании РНИФ. Из 597 образцов сыворотки верифицировать острый процесс удалось в 22,5 %. Серологическое подтверждение у детей получено чаще, чем у взрослых.

Респираторный микоплазмоз вызывается самыми мелкими свободноживущими микроорганизмами, относящимися к семейству Mycoplasmataseae — Mycoplasma pneumoniae. Mycoplasma pneumoniae, известный в литературе как агент Итона, был определен в качестве этиологического фактора пневмоний в 1962 г.

Микроорганизм тропен к базальной мембране эпителия, выстилающего респираторный тракт и некоторые участки головного мозга, что определяет основную клиническую картину и осложнения со стороны центральной нервной системы.

Отличительной особенностью микоплазм является их резистентность к природным и синтетическим пенициллинам. При этом неадекватная терапия может приводить к длительной персистенции возбудителя в организме человека и формированию штаммов со множественной резистентностью к антибиотикам.

Сходство клинических проявлений микоплазменной пневмонии с другими полиэтиологическими заболеваниями диктует необходимость применения методов лабораторной диагностики.

Нами проанализированы результаты использования метода иммунофлюоресценции для обнаружения Mycoplasma pneumoniae в соскобах с носовых ходов, задней стенки глотки и бронхов (табл. 1).

Таблица 1

Результаты обнаружения М. пневмониае методом РНИФ

Период	Количество исследуемых проб	Количество «положительных» результатов	Обнаружения, %
2003	346	10	2,8
2004	205	14	6,8
2005	156	9	5,7
2006	750	121	16,1
2007 (8 мес.)	756	117	15,4
Всего	2213	271	5,2

Таким образом, при исследовании 2213 проб микроорганизм был обнаружен в 5,2 % случаев. Учитывая зависимость эффективности данного метода от срока и качества взятия материала, мы использовали метод ИФА для обнаружения специфических антител к *M. pneumoniae*. При этом определялся титр Ig M и Ig G.

Из 597 образцов сыворотки, направленных в лабораторию, 195 проб были взяты от детей (34,6 %), 402 — от взрослых (65,4 %). Все результаты были объединены в 5 групп (табл. 2).

Таблица 2

Формирование групп в соответствии с результатами иммуноконверсии

Группа	Результаты иммуноконверсии		Предположительная оценка
	Регистрация специфических Jg M	Регистрация специфических Jg G	
1	«+», обнаружены	«+ / —», обнаружение в зависимости от дня болезни	Острая инфекция
2	«—», не обнаружены	«+» 1/400 — 1/2000 и выше	Поздняя стадия инфекционного процесса
3	«—», не обнаружены	«+» 1/200 — 1/400	При отсутствии данных о клинических проявлениях и дне болезни оценка невозможна
4	«—», не обнаружены	«+» 1/100 — 1/200	Отсутствие инфекционного процесса
5	«—», не обнаружены	«—», не обнаружены	Отсутствие инфекционного процесса

В соответствии с анализом полученных данных серологически верифицировать острый процесс было возможно в 22,5 % случаев, в том числе у детей в 35,2 %, у взрослых — в 15 % случаев. Предположительно, поздняя стадия инфекционного процесса выявлена в 17 % (8 % — у детей, 21,9 % — у взрослых). В 9 % случаев результаты было невозможно интерпретировать из-за отсутствия сведений о клинических проявлениях и давности заболевания.

Отсутствие инфекционного процесса (4-я и 5-я группа по результатам специфической иммуноконверсии) отмечено в 52 % у детей и в 51 % у взрослых).

Выводы:

1. Нами впервые подтверждена роль *M. pneumoniae* в развитии респираторного синдрома в нашем регионе.
2. Серологическое подтверждение острого микоплазмоза было получено у детей значительно чаще, чем у взрослых.

Список литературы

1. Медицинская микробиология / под ред. В. И. Покровского, О. К. Поздеева. М., 1998. 700 с.
2. Митрохин, С. Д. Микробиологическая диагностика инфекций нижних дыхательных путей нетуберкулезной этиологии на современном этапе развития клинической микробиологии / С. Д. Митрохин // В помощь клинич. микробиологу. 2001. Т. 3, № 5.
3. Приказ Министерства здравоохранения СССР «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений» № 535 от 22 апреля 1985 г.