

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ



<https://elibrary.ru/cipxck>

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025

Леонтьева Н.И.¹, Соловьева А.И.¹, Лиханская Е.И.¹, Антипят Н.А.², Абрамова Е.Н.²

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОГО МИКОПЛАЗМОЗА, ВЫЗВАННОГО *MICOPLASMA PNEUMONIAE* У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

¹Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского Роспотребнадзора, 125212, Москва, Россия;

²Инфекционная клиническая больница №1 Департамента здравоохранения Москвы, 125310, Москва, Россия

Цель исследования. Выявление возрастных различий в клиническом течении, лабораторных показателях и исходах респираторного микоплазмоза у взрослых и детей после COVID-19.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование 160 пациентов (84 взрослых и 76 детей), госпитализированных с микоплазменной пневмонией в 2024 году. В работе применены комплексные клиничко-лабораторные исследования: анализ клинических симптомов, лабораторных данных (гематологические, биохимические, коагулологические показатели), оценены сроки госпитализации и длительности лечения.

Полученные результаты. Было установлено, что женщины болели чаще (58,3 % взрослых, 52,6 % детей). Пик заболеваемости у взрослых приходился на возраст от 18-40 лет (63,1 %), у детей отмечалось равномерное распределение по возрасту, кроме младенцев до 1 года (9,2 %). В клинической картине преобладали среднетяжелые формы (90,5 % взрослых, 98,7 % детей). Тяжелые случаи течения заболевания чаще встречались у взрослых (9,5 % и 1,3 % соответственно). В клинической картине у детей более часто отмечены жалобы на насморк (59,2 %), рвоту (19,7 %), кожные высыпания (18,4 %), а у взрослых пациентов жалобы на одышку (39,3 %), головокружение (8,3 %), дискомфорт в груди (17,9 %). Лабораторные исследования выявили в обеих группах увеличение маркеров воспаления: СРБ был повышен у 92,4 % взрослых и 70,8 % детей, тогда как D-димер был выше нормы у 80,9 % взрослых. У детей в 56 % случаев было отмечено снижение креатинина, чего не было у взрослых. Сроки пребывания в стационаре в наблюдаемых группах отличались. Дети выздоравливали быстрее (до 5 дня – 67,1 %, взрослые – до 15 дня в 54,8 % случаев).

Выводы.

1. Респираторный микоплазмоз у взрослых в постковидном периоде ассоциирован с риском развития тромбозов, что требует проведение мониторинга факторов свертывания крови в ходе течения заболевания;

2. Течение респираторного микоплазмоза у детей в постковидном периоде чаще сопровождалось внегочными проявлениями (кожные, гастроинтестинальные), что необходимо учитывать при лечении детей;

3. Полученные результаты подчеркивают необходимость учитывать особенности диагностики, течения и лечения заболевания у взрослых и детей.

Практическая значимость. Для взрослых с учетом риска развития тромбозов необходим мониторинг коагуляции и раннее назначение антикоагулянтов. Для детей необходим в процессе заболевания следить за развитием кожных проявлений и симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: *Mycoplasma pneumoniae*; респираторный микоплазмоз; постковидный период; возрастные различия; D-димер; гиперкоагуляция; внегочные проявления; коагулопатия; СРБ; педиатрия

Для цитирования: Леонтьева Н.И., Соловьева А.И., Лиханская Е.И., Антипят Н.А., Абрамова Е.Н. Клинико-эпидемиологические особенности респираторного микоплазмоза, вызванного *Mycoplasma pneumoniae* у взрослых и детей в постковидном периоде. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2025; 30; 3: 138-143.

DOI: <https://doi.org/10.51620/3034-1981-2025-30-3-138-143>

EDN: CIPXCK

Для корреспонденции: Леонтьева Нина Ивановна, доктор медицинских наук, руководитель клинического отдела ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора, г. Москва, ул. Адмирала Макарова, д.10, телефон: 8 (495)459-18-16, 8(926) 502-12-31, e-mail: leonteva-nina@yandex.ru

Финансирование. Финансирование данной работы не проводилось.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Поступила 25.07.2025

Принята к печати 07.08.2025

Leonteva N.I.¹, Soloveva A.I.¹, Lihanskaya E.I.¹, Antipyat N.A.², Abramova E.N.²

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF RESPIRATORY MYCOPLASMOSIS CAUSED BY *MICOPLASMA PNEUMONIAE* IN ADULTS AND CHILDREN IN THE POST-COVID PERIOD

¹ Moscow Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after G.N. Gabrichevsky of Rospotrebnadzor, 125212, Moscow, Russia;

² Infectious Clinical Hospital No. 1 of the Moscow Department of Health, 125310, Moscow, Russia

Purpose of the study. To identify age-related differences in the clinical course, laboratory parameters, and outcomes of respiratory mycoplasmosis in adults and children after COVID-19.

Materials and methods. A retrospective cohort study was conducted on 160 patients (84 adults and 76 children) hospitalized with mycoplasmosis pneumonia in 2024. The work used complex clinical and laboratory studies: analysis of clinical symptoms, laboratory data (hematological, biochemical, coagulological indicators), and the timing of hospitalization and duration of treatment.

The results obtained. It was found that women were more likely to be ill (58.3 % of adults, 52.6 % of children). The peak of adult morbidity occurred between the ages of 18 and 40 (63.1 %), while children had a uniform distribution by age, except for infants under 1 year old (9.2 %). The clinical picture was dominated by moderate-to-severe forms (90.5 % of adults, 98.7 % of children). Severe cases of the disease were more common in adults (9.5 % and 1.3 %, respectively). In the clinical picture, children more often complained of a runny nose (59.2 %), vomiting (19.7 %), skin rashes (18.4 %), and adult patients complained of shortness of breath (39.3 %), dizziness (8.3 %), chest discomfort (17.9 %). Laboratory tests revealed an increase in inflammatory markers in both groups: CRP was elevated in 92.4 % of adults and 70.8 % of children, while D-dimer was above normal in 80.9 % of adults. In children, a decrease in creatinine was observed in 56 % of cases, which was not observed in adults. The length of hospital stay differed between the observed groups. Children recovered faster (up to 5 days - 67.1 %, adults - up to 15 days in 54.8 % of cases).

Conclusions.

1. Respiratory mycoplasmosis in adults in the post-COVID period is associated with the risk of developing thrombosis, which requires monitoring of blood clotting factors during the course of the disease

2. The course of respiratory mycoplasmosis in children in the post-COVID period was more often accompanied by extrapulmonary manifestations (skin, gastrointestinal), which should be taken into account when treating children.

3. The results obtained emphasize the need to take into account the specific features of the diagnosis, course, and treatment of the disease in adults and children.

Practical significance. For adults at risk of developing thrombosis, coagulation monitoring and early administration of anticoagulants are necessary. For children, it is necessary to monitor the development of skin manifestations and gastrointestinal symptoms during the course of the disease.

Key words: *Mycoplasma pneumoniae*; respiratory mycoplasmosis; post-COVID period; age differences; D-dimer; hypercoagulation; extrapulmonary manifestations; coagulopathy; CRP; pediatrics

For citation: Leonteva N.I., Soloveva A.I., Lihanskaya E.I., Antipyat N.A., Abramova E.N. Clinical and epidemiological features of respiratory mycoplasmosis caused by *Mycoplasma pneumoniae* in adults and children in the post-COVID period. *Epidemiologiya i Infektsionnye bolezni (Epidemiology and infectious diseases)*. 2025; 30; 3: 138-143.

DOI: <https://doi.org/10.51620/3034-1981-2025-30-3-138-143>

EDN: CIPXCK

For correspondence: Leonteva Nina Ivanovna, Doctor of Medical Sciences, Head of the Clinical Department of the Moscow Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after G.N. Gabrichevsky" Rospotrebnadzor, 125212, Moscow, st. Admiral Makarov, 10, phone: 8 (495) 459-18-16, 8 (926) 502-12-31; e-mail: leonteva-nina@yandex.ru

Funding. No funding support has been provided for this work.

Conflict of interest. The authors declare the absence of conflict of interest.

Information about authors:

Leonteva N.I., <https://orcid.org/0000-0001-7475-919X>;

Soloveva A.I., <https://orcid.org/0009-0006-5320-0956>;

Antipyat N.A., <https://orcid.org/0000-0001-8578-2838>.

Received 25.07.2025

Accepted 07.08.2025

Известно, что респираторный микоплазмоз, вызываемый *Mycoplasma pneumoniae*, является одной из частых причин внебольничных пневмоний (до 30 % случаев у детей и 10-20 % у взрослых) [1]. Заболевание имеет сезонный характер с пиком в осенне-зимний период и волнообразными эпидемическими подъемами каждые 3-7 лет [2]. Чаще подвержены заболеванию дети в возрасте от 5 до 15 лет, что, по-видимому, связано с высокой контагиозностью *M. pneumoniae* в организованных коллективах (школы, детские сады) [1, 3]. При этом взрослые заражаются реже, однако при этом заболевание может протекать тяжелее, особенно у лиц с хроническими патологиями легких или иммунодефицитами. Заболевание легочным микоплазмозом у детей имеет свои особенности, что часто проявляется постепенным началом развития заболевания с катаральных явлений в виде ринита и фарингита [1]. Кашель сухой, приступообразный, длительный, иногда с переходом во влажный. У 25-40 % детей может развиваться бронхообструктивный синдром, что требует дифференциального

диагноза с астмой. Другой особенностью респираторного микоплазмоза у детей часто являются внелегочные проявления инфекции в виде кожных высыпаний, артралгий и гемолитической анемии [4]. Рентгенологические изменения в виде интерстициальных изменений, что значительно реже – очаговые инфильтраты.

У взрослых пациентов респираторный микоплазмоз, вызываемый *Mycoplasma pneumoniae* характеризуется более выраженной интоксикацией в виде лихорадки, головной и мышечной боли. Течение пневмонии чаще атипичное с длительным кашлем и скудными аускультивными данными. Реже отмечаются явления бронхообструкции, но значительно чаще имеет место риск осложнений в виде плеврита, абсцесса. Значительно чаще у взрослых, в отличие от детей, встречаются системные проявления (миокардит, менингоэнцефалит, синдром Стивенса-Джонсона).

Цель исследований: выявить клинико-эпидемиологические особенности клиники микоплазмоза пневмония у взрослых и детей в постковидном периоде.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в период с 01.01. по 08.04.2024 г на базе ГУЗ «ИКБ №1» г. Москвы находились 160 пациентов с респираторным

микоплазмозом. Распределение их по полу и тяжести течения в зависимости от возраста представлено в таблице 1.

Таблица 1

Общая характеристика пациентов по полу и тяжести течения

Характеристика	Пол				Тяжесть			
	м		ж		Тяжелая		Среднетяжелая	
	абс	% ± m%	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс	% ± m
Взрослые 84 (52,5 %)	35	41,7 ± 5,38	49	58,3 ± 5,38	8	9,5 ± 3,20	76	90,3 ± 3,20
Дети 76 (47,5 %)	36	47,4 ± 5,73	40	52,6 ± 5,73	1	1,3 ± 1,30	75	98,7 ± 1,3

В обеих группах несколько больше было пациентов женского пола (58,3 % у взрослых и 52,6 % – у детей). И у взрослых, и у детей преобладали заболевания средней тяжести: 90,5 % и 98,7 % соответственно. Возрастная характеристика больных представлена в таблице 2.

Группу от 18 до 40 лет составили 63,1 %, от 41 до 60 – 20,2 % и 61 и более – 16,7 %.

У детей меньше всего пациентов было до 1 года (9,2 %) и от 4 до 6 лет (14,5 %) (табл. 3). Остальные группы были сопоставимы.

В таблице 4 показано, сколько дней проходило

от появления первых признаков заболевания до госпитализации. 58,3 % взрослых и 78,9 % детей были госпитализированы в первые 10 дней от начала заболевания. Остальные – позже.

Количество койко-дней, проведенных в стационаре отражено в таблице 5.

Большинство взрослых (54,8 %) провели в медицинском учреждении до 15 дней. Большинство детей (67,1 %) – до 5 дней.

Основные клинические симптомы у наблюдавшихся пациентов представлены в таблице 6.

Таблица 2

Характеристика взрослых пациентов по возрасту

Кол-во пациентов	Возраст					
	18-40 лет		41-60 лет		61 и > лет	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Взрослые (84 ч.)	53	63,1 ± 5,26	17	20,2 ± 4,38	14	16,7 ± 4,07

Таблица 3

Возрастная характеристика детей с микоплазмозом

Кол-во пациентов	Возраст									
	0-1		1 г. 1 мес. - 3		4-6		7-12		13-17	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Дети (76 ч.)	7	9,2 ± 3,32	20	26,3 ± 5,05	14	16,7 ± 4,07	18	23,7 ± 4,88	20	26,7 ± 5,05

Таблица 4

Сроки (дни) поступления в стационар.

Количество дней от начала заболевания до поступления в стационар

Дни	Взрослые (84 чел.)		Дети (76 чел.)	
	абс.	%±m	абс.	%±m
10	49	58,3±5,38	60	78,3±4,68
20	25	29,8±4,99	14	18,4±4,44
21 и >	10	11,9±3,53	2	2,6±1,83

Таблица 5

Количество дней проведенных в стационаре

Дни	Взрослые (84 чел.)		Дети (76 чел.)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m
5	36	42,9 ± 5,40	51	67,1 ± 3,39
15	46	54,8 ± 5,43	25	32,9 ± 5,39
25	2	2,4 ± 1,67	-	-

Как видно из таблицы, повышение температуры тела, слабость, кашель, насморк, одышка с большой частотой встречались и у взрослых и у детей, тогда как тошнота, головокружение и ряд других симптомов отмечались только у взрослых.

С целью более детального изучения особенностей

микоплазмоза нами были проанализированы данные лабораторных исследований пациентов.

Наиболее существенные показатели клинического анализа крови представлены в таблице 7.

Лейкоциты были в норме у 59,5 % взрослых и 76,3 % детей. Лимфоциты у 50,0 % и 65,8 %, нейтро-

филю у 54,8 и 56,6 % соответственно.

Количество моноцитов и тромбоцитов (табл. 8) у взрослых и детей было сопоставимо.

Основные показатели клинического анализа мочи у взрослых были в норме от 60,0 до 87,5 %, у детей – от 51,5 до 95,5 % (табл. 9).

Таблица 6

Основные клинические симптомы у госпитализированных пациентов

Симптомы	Взрослые (84 чел.)		Дети (76 чел.)	
	абс. число	% ± m	абс. число	% ± m
Повышение температуры тела	78	92,9 ± 2,80	67	88,2 ± 3,70
Слабость	57	67,9 ± 5,09	46	60,5 ± 5,61
Кашель	63	75,0 ± 4,72	67	88,2 ± 3,70
Насморк	20	23,8 ± 4,65	45	59,2 ± 5,64
Осиплость голоса	7	8,3 ± 3,01	3	3,9 ± 2,22
Одышка	33	39,3 ± 5,33	13	17,1 ± 4,32
Ломота в теле	8	9,5 ± 3,20	2	2,6 ± 1,83
Головная боль	10	11,9 ± 3,53	7	9,2 ± 3,32
Головокружение	7	8,3 ± 3,01	–	–
Обморок	6	7,1 ± 2,80	1	1,3 ± 1,30
Диарея	3	3,6 ± 2,03	7	9,2 ± 3,32
Рвота	4	4,8 ± 2,33	15	19,7 ± 4,56
Снижение аппетита	8	9,5 ± 3,20	9	11,8 ± 3,70
Тошнота	4	4,8 ± 2,33	–	–
Дискомфорт в грудной клетке	15	17,9 ± 4,18	1	1,3 ± 1,30
Высыпания на теле	3	6,3 ± 6,27	14	18,4 ± 4,44
Проблемы с глазами	3	3,6 ± 2,03	3	3,9 ± 2,22
Дискомфорт при мочеиспускании	2	2,4 ± 1,67	3	3,9 ± 2,22
Боль в ушах	5	6,0 ± 2,59	3	3,9 ± 2,22
Боль в горле	22	26,2 ± 4,80	12	15,8 ± 4,18
Озноб	14	16,7 ± 4,07	2	2,6 ± 1,83
Увеличение лимфатических узлов	1	1,2 ± 1,19	1	1,3 ± 1,30
Потливость	3	3,6 ± 2,03	–	–
Боль в шее, в области лба и затылка	5	6,0 ± 2,59	–	–

Таблица 7

Показатели лейкоцитов, лимфоцитов и нейтрофилов у наблюдавшихся пациентов с листериозом

Возраст	Лейкоциты						Лимфоциты						Нейтрофилы					
	N		> N		< N		N		> N		< N		N		> N		< N	
Взрослые 84 чел.	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
	50	59,5 ± 5,36	28	33,3 ± 5,14	6	7,1 ± 2,80	42	50,0 ± 5,46	8	9,5 ± 3,20	34	40,5 ± 5,36	46	54,8 ± 5,43	46	54,8 ± 5,43	46	54,8 ± 5,43
Дети 76 чел.	58	76,3 ± 4,88	11	14,5 ± 4,04	7	9,2 ± 3,32	50	65,8 ± 5,44	8	10,5 ± 3,52	18	23,7 ± 4,88	43	56,6 ± 5,69	13	17,1 ± 4,32	20	26,3 ± 5,05

Примечания: Обозначения, здесь и далее: N – норма, > N – больше нормы, < N – меньше нормы

Таблица 8

Показатели моноцитов и тромбоцитов у наблюдавшихся пациентов

Возраст	Моноциты						Тромбоциты					
	N		> N		< N		N		> N		< N	
Взрослые 84 чел.	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
	65	77,4 ± 4,56	18	21,4 ± 4,47	1	1,2 ± 1,19	61	72,6 ± 4,87	10	11,9 ± 3,53	13	15,5 ± 3,95
Дети 76 чел.	64	84,2 ± 4,18	10	13,2 ± 3,88	2	2,6 ± 1,83	59	77,6 ± 4,78	15	19,7 ± 4,56	2	2,6 ± 1,83

У взрослых пациентов в остром периоде Д-димер превышал норму в 80,9 % случаев (табл. 10), прокальцитонин у 76,5 % был в норме.

Тромбиновое время было в норме у 87,5 % взрослых, АЧТВ – у 85,5 %. У детей количество анализов было очень мало, чтоб делать какие-либо выводы.

Концентрация фибриногена и СРБ (табл. 12.) превышали норму у взрослых в 56,5 % и 92,4 % соответственно.

Креатинин и мочевины (табл. 13) были в норме у взрослых у 79,8 % и 83,3 %. У детей мочевины была в норме в 85,3 % случаев, а креатинин в 56,0 % – ниже нормы.

Такие показатели, как общий белок, АЛТ и АсАТ представлены в таблице 14.

Общий белок у 82,8 % взрослых был в норме, тогда как у детей в 86,2 % превышал норму. АЛТ и АсАт были в норме у 69,0 и 65,5 % взрослых соответственно.

У детей – в 94,5 и 83,6 % случаев.

Из изложенного видно, что микоплазмоз характери-

зуется множеством параметров, поэтому требует дальнейше-
 го изучения.

Таблица 9

Основные клинические показатели клинического анализа мочи у наблюдавшихся пациентов с микоплазмозом

Возраст	Лейкоциты		Эритроциты		Кетоновые тела		pH	
	N	>N	N	>N	N	>N	N	>N
	абс., % ± m	абс., % ± m	абс., % ± m	абс., % ± m	абс., % ± m	абс., % ± m	абс., % ± m	абс., % ± m
Взрослые 80 чел.	70 87,5 ± 3,70	10 12,5 ± 3,70	50 62,5 ± 5,41	30 37,5 ± 5,41	48 60,0 ± 5,48	32 40,0 ± 5,48	69 86,3 ± 3,84	11 13,7 ± 3,84
Дети 66 чел.	63 95,5 ± 2,55	3 4,5 ± 2,55	57 86,4 ± 4,22	9 13,6 ± 4,22	34 51,5 ± 6,15	32 48,5 ± 6,15	61 92,4 ± 3,26	5 7,6 ± 3,26

Таблица 10

Показатели значений D-димера и прокальцитонина у наблюдавшихся больных

Возраст	D-димер					Прокальцитонин				
	Кол-во	N		>N		Кол-во	N		>N	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m		абс.	% ± m	абс.	% ± m
Взрослые	47	9	19,1 ± 5,73	38	80,9 ± 5,73	17	13	76,5 ± 10,60	4	23,5 ± 10,60
Дети	3	2	66,7 ± 33,32	1	33,3 ± 33,32	4	3	75,0 ± 25,00	1	25,0 ± 25,00

Таблица 11

Коагулограмма у взрослых и детей

Возраст	Тромбиновое время					АЧТВ						
	Кол-во анализов	N		>N		Кол-во анализов	N		>N		<N	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Взрослые	32	28	87,5 ± 5,85	4	12,5 ± 5,85	40	34	85,0 ± 5,65	4	10,0 ± 4,74	4	10,0 ± 4,74
Дети	1	1	100,0	-	-	2	2	100,0	-	-	-	-

Таблица 12

Показатели фибриногена и СРБ у взрослых и детей

Возраст	Концентрация фибриногена							Кол-во анализов СРБ						
	Кол-во анализов	N		>N		<N		Кол-во анализов	N		>N		<N	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Взрослые	46	18	39,1 ± 7,19	26	56,5 ± 7,31	2	4,3 ± 2,99	79	4	5,1 ± 2,48	73	92,4 ± 2,98	2	4,3 ± 2,99
Дети	3	2	4,3 ± 2,99	1	33,3 ± 33,32	-	-	72	21	29,2 ± 5,36	51	70,8 ± 5,36	-	-

Таблица 13

Данные лабораторных анализов: креатинин и мочевина

Возраст	Креатинин						Мочевина					
	N		>N		<N		N		>N		<N	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Взрослые 84 чел.	67	79,8 ± 4,38	16	19,0 ± 4,28	1	1,2 ± 1,19	70	83,3 ± 4,07	4	4,8 ± 2,33	10	11,9 ± 3,53
Дети 75 чел.	33	44,0 ± 5,73	-	-	42	56,0 ± 5,73	64	85,3 ± 4,09	8	10,7 ± 3,57	3	4,0 ± 2,26

Таблица 14

Показатели общего белка, АлАТ и АсАТ у взрослых и детей

Возраст	Общий белок					АлАТ			АсАТ		
	Кол-во анал.	N		>N		Кол-во анал.	N		Кол-во анал.	N	
		абс., % ± m	абс., % ± m	абс., % ± m	абс., % ± m		абс., % ± m	абс., % ± m		абс., % ± m	абс., % ± m
Взрослые	29	24 82,8 ± 7,13	2 6,9 ± 4,79	3 10,3 ± 5,74	84	58 69,0 ± 5,05	26 31,0 ± 5,05	84	55 65,5 ± 5,19	29 34,5 ± 5,19	
Дети	29	4 13,8 ± 6,52	25 86,2 ± 6,52	-	73	69 64,5 ± 2,67	4 5,5 ± 2,67	73	61 83,6 ± 4,33	12 16,4 ± 4,33	

Обсуждение полученных результатов. Проведенные нами исследования у пациентов с респираторным микоплазмозом, вызванным *Mycoplasma pneumoniae* у взрослых и детей, имели ряд эпидемиологических

и клинических особенностей. Так распределение по возрасту 160 наблюдавшихся пациентов указывало на преобладание женщин (58,3 % взрослых, 52,6 % детей), что может быть связано с более высокой обра-

щаемостью за медицинской помощью [1]. При этом, у взрослых наибольшая заболеваемость зарегистрирована в группе 18-40 лет (63,1 %), у детей – равномерное распределение, кроме младенцев до 1 года (9,2 %). Заболевание в обеих возрастных группах протекало преимущественно в среднетяжелой форме (90,5 % взрослых и 98,7 % детей), что подтверждает типичное течение микоплазменной инфекции [3]. При этом тяжелые формы чаще встречались у взрослых (9,5 % и 1,3 % у детей), вероятно, из-за сопутствующих патологий [2, 4].

Нами было установлено, что сроки госпитализации в стационар у 58,3 % взрослых и 78,9 % детей приходили в первые 10 дней болезни, что указывает на более раннюю диагностику у детей. Взрослые чаще госпитализировались позже (29,8 % после 10 дней), что может объясняться атипичным началом и самолечением.

Длительность стационарного лечения у детей была несколько меньше, чем у взрослых (дети до 5 дней (67,1 %), взрослые – до 15 дней (54,8 %)), что отражает, по-видимому, более быстрое выздоровление у детей.

Клиническая симптоматика в обоих случаях проявлялась общими симптомами в виде повышения температуры, кашлем, слабостью и встречались у обеих групп. Однако у детей чаще отмечался насморк (59,2 % и 23,8 %), рвота (19,7 % и 4,8 %), кожные высыпания (18,4 % и 6,3 %). Тогда как у взрослых – чаще одышка (39,3 % и 17,1 %), головокружение (8,3 % и 0 %), дискомфорт в груди (17,9 % и 1,3 %). Лабораторные показатели указывали на более редкий лейкоцитоз у детей (14,5 % и 33,3 % у взрослых), что, видимо, соответствует вирусоподобному течению микоплазмоза, тогда как у детей чаще встречался лимфоцитоз (65,8 % и 50 %), что может отражать активный иммунный ответ. В биохимических исследованиях крови: СРБ повышен у 92,4 % взрослых и 70,8 % детей, что подтверждало системное воспаление, а D-димер превышал норму у 80,9 % взрослых, что требует внимания к риску тромбозов. У детей чаще снижался креатинин (56 % vs 1,2 % у взрослых), что, возможно, было связано с особенностями метаболизма ребенка.

Заключение. Полученные результаты сравнительного анализа особенностей течения у взрослых и детей в наблюдаемом периоде выявили возрастные различия в лабораторных маркерах (например, D-димер у взрослых, креатинин у детей). Нами была подтверж-

дена связь микоплазмоза с риском гиперкоагуляции у взрослых (высокий фибриноген, D-димер) [5]. Выявленные изменения в течении заболевания имеют большое практическое значение:

– для взрослых: необходимость контроля коагуляции и раннего назначения антикоагулянтов при риске тромбозов, а для детей: акцент на мониторинг кожных и гастроинтестинальных симптомов. Сравнительный анализ полученных в нашем исследовании данных согласуются с исследованиями, описывающими преобладание среднетяжелых форм и редкие тяжелые случаи у детей. Высокий уровень СРБ и D-димера у взрослых соответствует данным о системном воспалении при микоплазменной пневмонии.

ЛИТЕРАТУРА (п. п. 1 - 5 см. REFERENCES)

- Акиншина Ю.А., Марданлы С.Г., Ротанов С.В., Помазанов В.В., Киселева В.А. О количественном определении содержания D-димера в крови иммунохроматографическим методом. Клиническая лабораторная диагностика. 2022; 67 (2): 91-96. DOI: <https://dx.doi.org/10.51620/0869-2084-2022-67-2-91-96>

REFERENCES

- Waites, K. B. Mycoplasma pneumoniae and its role as a human pathogen. K.B. Waites, D.F. Talkington. *Clinical Microbiology Reviews*. - 2004. - Vol.17, №4. - P. 697-728. <https://doi.org/10.1128/CMR.17.4.697-728.2004>
- Atkinson, T. P. Epidemiology, clinical manifestations, pathogenesis and laboratory detection of Mycoplasma pneumoniae infections. T.P. Atkinson, M.F. Balish, K.B.Waites. *FEMS Microbiology Reviews*.- 2008.- Vol. 32(6). - P. 956-973. <https://doi.org/10.1111/j.1574-6976.2008.00129.x>
- Kutty, P.K.Mycoplasma pneumoniae among children hospitalized with community-acquired pneumonia. P.K. Kutty, J. Seema, T.Y.Taylor [et al.]. *Clinical Infectious Diseases*.- 2019.- Vol. 68 (1).- P. 5-12. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy419>
- Narita, M. Pathogenesis of extrapulmonary manifestations of Mycoplasma pneumoniae infection with special reference to pneumonia. M. Narita. *Journal of Infection and Chemotherapy*.- Vol. 16(3).-P.162-169. <https://doi.org/10.1007/s10156-010-0044-x>
- Wang, Y. Elevated D-dimer levels in patients with Mycoplasma pneumoniae pneumonia: A retrospective study. Wang, Y., A.Lu, X.Zhang [et al.]. *BMC Infectious Diseases*.- 2020.- Vol. 20(1). - P. 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05098-0>
- Akinshina Yu. A., Mardanly S. G., Rotanov S. V., Pomazanov V. V., Kiseleva V. A. About quantitative determination of the D-dimer in the blood by immunochromatographic method. *Klinicheskaya Laboratornaya Diagnostika (Russian Clinical Laboratory Diagnostics)*. 2022; 67 (2): 91-96 (in Russ.). DOI: <https://dx.doi.org/10.51620/0869-2084-2022-67-2-91-96>