

активности процессов воспаления в начале заболевания для определения прогноза и подбора тактики терапии на основании изучения цитокинового профиля и маркеров системного воспаления трудоемка и дорогостояща. Необходим поиск доступных и качественных предикторов развития тяжелой внебольничной пневмонии у детей.

**Цель.** Сравнить гематологические индексы системного воспаления в начале заболевания у детей, развивших тяжелые и нетяжелые внебольничные пневмонии (ВП).

**Материалы и методы.** Для 110 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет 11 месяцев с подтвержденной ВП (57 с тяжелой ВП и 53 с нетяжелой ВП) рассчитаны индексы системного воспаления при поступлении – Systemic Inflammation Index индекс системного воспаления – SII, C-reactive protein/lymphocyte ratio отношение СРБ к лимфоцитам – CLR, Multisystem Inflammation Index мультивоспалительный индекс – MII. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы StatTech 4.3.2 ООО «Статтех», Россия, 2024.

**Результаты.** Уровень SII, CLR и MII при поступлении был выше у пациентов, развивших тяжелую ВП (SII - Me 1171,73 IQR 435,67–2474,96 & Me 561,49 IQR 279,39–850,86,  $p < 0,05$ ; CLR - Me 18,41 IQR 2,39–70,93 & Me 5,99 IQR 1,33–30,29,  $p > 0,05$ ; MII Me 63,24 IQR 12,46–440,67 & Me 42,09 IQR 4,88–168,25,  $p > 0,05$ ).

У пациентов, развивших экссудативный плеврит зарегистрированы более высокие значения CLR и MII, чем у пациентов без выпота – (CLR - Me 79,59 IQR 44,28–309,74 & Me 6,40 IQR 1,41–

30,77,  $p < 0,05$ ; MII Me 498,31 IQR 206,33–1552,83 & Me 42,09 IQR 6,27–196,34,  $p < 0,05$ ).

У пациентов, развивших двустороннее поражение легких MII при поступлении выше, чем при одностороннем – Me 92,22 IQR 26,39–383,87 & Me 29,14 IQR 4,33–170,36,  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Высокие значения SII, CLR, MII в детей с ВП при поступлении являются предиктором развития тяжелого заболевания. Повышение SII и CLR – предиктор формирования экссудативного плеврита, а MII – двустороннего поражения легких.

#### APJ0167.

### КРУПНОВЕСНОСТЬ ПРИ РОЖДЕНИИ И МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ В ДИНАМИКЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И РАННЕГО ДЕТСТВА

Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>

1. УО «Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Крупный для гестационного возраста (КГВ) диагностируют у 5,9–18,9% новорожденных, если масса тела (МТ) выше 90 перцентиля. У женщин с сахарным диабетом (СД) и ожирением (Ож) макросомы рождаются чаще.

**Цель** – оценить ассоциации крупновесности и маркеров метаболического статуса, клинико-инструментальных показателей детей в динамике первых лет жизни.

**Материалы.** Проспективное исследование выполнено в РНПЦ «Мать и дитя», обследовано 350 доношенных

новорожденных. КГВ разделены на 3 группы: группа 1 (Гр1) – 66 от матерей без нарушений углеводно-липидного обмена, Гр2 – 58 от матерей с СД 1 типа, Гр3 – 66 от матерей с избыточной МТ и Ож. Группа сравнения (Гр4) – 159 нормовесных детей от женщин без нарушений обмена. Содержание адипокинов, инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1), общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеинов высокой, низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП) исследовали в диадах мать-дитя, неонатальном периоде. Вычисляли индексы суррогатной оценки инсулинорезистентности (ТГ-глюкоза (TyG), ТГ/ЛПВП). При оценке антропометрии в динамике от рождения до 30 месяцев у 200 детей применяли ВОЗ Anthro. Определяли z-score, перцентили МТ, ИМТ. АД измеряли с 2-летнего возраста. Статобработку проводили в программе Statistica.

**Результаты.** У матерей Гр1, Гр2, Гр3 выявлены гиперлипидемия и адипокиновый дисбаланс. Индекс ТГ/ЛПВП был значимо выше в Гр3 ( $p < 0,001$ ), TyG – в Гр2 и Гр3. У детей групп наблюдения в сыворотке пуповинной крови установлены различия уровней глюкозы ( $p = 0,017$ ), альбумина ( $p = 0,005$ ), ОХ ( $p = 0,004$ ), ЛПНП ( $p = 0,006$ ), TyG ( $p = 0,025$ ), лептина ( $p < 0,001$ ), адипонектина ( $p = 0,006$ ), ИФР-1 ( $p = 0,024$ ). В динамике неонатального периода выявлено снижение лептинемии ( $p < 0,001$ ) и повышение ОХ ( $p = 0,003$ ). КГВ дети имели значимо более высокие значения артериального давления (АД), чем нормовесные (Ме систолического АД: 89,9 против 89,3 мм рт. ст.; Ме диастолического АД: 54,0 против 53,4). Каждый второй КГВ младенец имел постнатальное

замедление траекторий антропометрии. У крупновесных при рождении младенцев с избыточной МТ и Ож в возрасте 24 месяцев выявлены значимо более высокие значения z-score МТ с 3 месяцев в Гр3 ( $p = 0,012$ ), с 6 месяцев в Гр1 ( $p = 0,025$ ).

Установленные особенности и ассоциации обосновывают важность этапной персонализированной профилактики избыточной МТ и Ож, что может быть эффективной мерой снижения сердечно-сосудистых и метаболических рисков у КГВ детей.

APJ0168.

### ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Пронина И.Ю.<sup>1</sup>, Мурашкин Н.Н.<sup>1</sup>, Макарова С.Г.<sup>1</sup>, Фисенко А.П.<sup>1</sup>

1. ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей», Москва, Российская Федерация

**Обоснование:** Дистрофическая форма является тяжелой разновидностью врожденного буллезного (дВБЭ), сочетающей в себе системное поражение кожи с нарушением целостности слизистых оболочек, в том числе желудочно-кишечного тракта. Существующие при этом хроническое воспаление, синдром мальабсорбции, препятствующие усвоению важных макро- и микронутриентов, приводят к недостаточности питания и развитию в долгосрочной перспективе остеопении,