

Л.М. Булат, О.В. Лисунець

## Можливості оцінки сімейним лікарем преморбідного фону в завчасно народжених дітей

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

**Мета** — розробити модель оцінки преморбідного фону завчасно народжених дітей, для оптимізації медичного супроводу недоношених дітей на етапі їхнього виходжування в умовах розгорнутої первинної медико-санітарної допомоги.

**Пацієнти та методи.** Під спостереженням на етапах виходжування у міській лікарні «Центр матері і дитини» м. Вінниця знаходилися діти з малою масою тіла при народженні 1500–2500 г і терміном гестації 32–36 тиж. Основний клінічний масив дослідження становили 58 недоношених дітей, критеріями залучення до якого були, гестаційний вік  $\geq 32$  тиж., мінімальна маса тіла при народженні (1600 г), відсутність значних вад розвитку, пологових травм, спадкових захворювань. Фактори перинатального ризику визначено відповідно до шкали А. Coorland. Отримані дані оброблено на персональному комп'ютері за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel. Для обробки отриманих результатів використано методи описової і порівняльної статистики.

**Результати.** Створено алгоритм оцінки преморбідного фону завчасно народжених дітей, оскільки такі діти потребують індивідуальних заходів диспансерного спостереження, спрямованих на активацію та стимуляцію неспецифічних факторів захисту.

**Висновки.** Таблиця визначення суми діагностичних коефіцієнтів значущих ознак дає змогу формувати контингенти спостереження та складати плани ефективних заходів диспансеризації на етапі первинної медико-санітарної допомоги, виходячи із індивідуальних анатомо-фізіологічних особливостей, обтяженого преморбідного фону і потреби у виходжуванні та оздоровленні завчасно народжених дітей.

**Ключові слова:** преморбідний фон, недоношені новонароджені, сімейний лікар.

### Вступ

Загальнодержавна програма «Здоров'я — 2020: Український вимір» спрямована на досягнення індивідуального і суспільного добробуту та перспективи стійкого медико-соціального розвитку й розбудови медичної галузі зокрема. Цією програмою визначено цільові показники виконання конкретних завдань і передбачено комплексний міжсекторальний підхід щодо їх реалізації. Водночас, досягнення вказаних пріоритетів можливе передусім у контексті «Політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ», а саме: у забезпеченні здорового початку життя, тобто доступної та ефективної акушерсько-педіатричної допомоги населенню. Таким чином, лікарі загальної практики / сімейні лікарі мають долучитися до етапів виходжування та диспансеризації наймолодшого дитячого контингенту [3, 6, 7].

На сьогодні залишається актуальною для вивчення когорти дітей, що народилися завчасно, оскільки сучасні перинатальні технології націлені на пологорозрішення, стабілізацію вітальних функцій новонароджених дітей та більшою мірою на перший етап виходжування немовлят [5]. Залишається відкритим питання щодо уніфікованого стандарту медичного спостереження за такими дітьми на етапі амбулаторного спостереження [1]. Доведено, що недоношені немовлята, особливо з малою та дуже малою масою тіла, потребують не лише спеціальних умов виходжування і вигодовування для гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку, але й мають істотно вищий ризик розвитку ендокринної та серцево-судинної патології (метаболічний синдром, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія) у дорослому віці [2, 8]. Таким чином, пошук ефективних моделей оцінки загального стану завчасно народжених немовлят і визначення лікарської тактики на етапі первинної медико-соціальної допомоги (-ПМСД) у кожному індивідуальному випадку є актуальним і нагальним завданням педіатричної служби в цілому.

**Мета** роботи — розробити модель оцінки преморбідного фону завчасно народжених дітей, для оптимізації медичного супроводу недоношених дітей на етапі їхнього виходжування в умовах розгорнутої ПМСД.

### Матеріали та методи дослідження

Створення моделі оцінки та моніторингу преморбідного фону завчасно народжених дітей досягалось за допо-

могою процедури послідовного розпізнання Вальда, що дає змогу на підставі аналізу частоти, з якою зустрічаються клініко-анамнестичні симптоми та лабораторно-інструментальні патерни на етапах виходжування недоношених дітей, визначити значення діагностичних коефіцієнтів (ДК) та інформативну міру (j) найбільш поширених клініко-параклінічних феноменів, властивих саме таким дітям. Інформативна міра  $j \geq 6,0$  свідчить про дуже високу інформативність виявленої клінічної ознаки,  $6,0 > j \geq 1,0$  — про високу,  $1,0 > j \geq 0,5$  — про помірну,  $0,5 > j \geq 0,25$  — про низьку,  $0,25 > j \geq 0,1$  — про дуже низьку [4].

Клініко-анамнестична характеристика недоношених дітей включала визначення та аналіз даних антропометрії при народженні, оцінки за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилині життя, загального стану після народження та обсягу застосованих реанімаційних заходів у пологовій залі, а також обсягу власне інтенсивної терапії, проведеної на етапі стабілізації вітальних функцій. Також важливим чинником вивчення особливостей акушерського анамнезу було фіксування та облік факторів перинатального ризику відповідно до шкали А. Coorland. Аналіз даних клінічного стану завчасно народжених немовлят, серед іншого, ґрунтувався на вивченні таких ознак: початок грудного вигодовування до 5-ї доби життя, рівень загального білірубіну у крові, визначений за методом Єндрашика, 171–200 мкмоль/л, тривалістю понад 21-шу добу, відновлення маси тіла при народженні до 14-ї доби життя, величина температурного градієнта між центральною і периферичною температурою тіла понад 2,5°C, загоєння пупкової ранки протягом більше ніж 7 діб після видалення катетера із пупкової вени, оскільки саме ці клінічні ознаки мали достатнє поширення та володіли високою інформативною мірою відповідно до процедури Вальда.

Термометрія проводилася електронним шкірним термометром Omron (межі вимірювання — 32,0–42,0°C, абсолютна похибка — 0,1°C). Центральна температура вимірювалася в пахвинних ямках, а периферична — між дистальними фалангами II і III пальців на обох кистях рук. Після цього визначався градієнт перепаду центральної та периферичної температури ( $\Delta t$ °C).

Лабораторно-інструментальна складова клінічної характеристики недоношених дітей передбачала аналіз і оцінку результатів загальноклінічного та імунологічного

дослідження крові, а саме: вивчення особливостей лімфоцитарного і гранулоцитарного ростків крові, а також фагоцитарної активності та фагоцитарного числа нейтрофілів, що відображає стан неспецифічного захисту.

Фагоцитарна активність нейтрофілів визначалася за допомогою суспензії пекарських дріжджів НВЛ «Гранум» (м. Харків). Попередньо гепаринізована венозна кров обсягом 2 мл центрифугувалася 10 хв. при 1000 обертів за 1 хв. У пробірку з 200 мкл 0,5% суспензії пекарських дріжджів додавалося 400 мкл суспензії відмитих лейкоцитів і залишали в термостаті на 1 год. при 37°C. Після цього в пробірку додався 5 мл підігрійтий до 37°C фізіологічний розчин і центрифугувався 10 хв. при 1500 обертів за 1 хв. Далі готувалися мазки з лейкоцитарної суспензії та фарбувалися за Романовським—Гімзою. Підрахунок фагоцитарного числа (середньої кількості дріжджових часточок, поглинутих одним активним нейтрофілом) і фагоцитарної активності (відсотка фагоцитів у загальній кількості підрахованих нейтрофілів) здійснювався під мікроскопом в імерсійній системі. Інструментальна складова моделі оцінки преморбідного стану завчасно народжених дітей була представлена даними електрокардіографічного дослідження в стандартних і грудних відведеннях, виконаного на багатоканальному електрокардіографі.

Під спостереженням на етапах виходжування в міській лікарні «Центр матері і дитини» м. Вінниці знаходилися діти з малою масою тіла при народженні 1500–2500 г і терміном гестації 32–36 тиж. Основний клінічний масив дослідження становили 58 недоношених дітей, критеріями залучення до якого були гестаційний вік  $\geq 32$  тиж., мінімальна маса тіла при народженні (1600 г), відсутність значних вад розвитку, пологових травм і спадкових захворювань. Групу порівняння склали з 26 умовно здорових недоношених новонароджених. Спостереження за дітьми тривало до скоригованого віку (СКВ) 42 тиж. У 14 дітей з основного клінічного масиву діагностувалася непряма гіпербілірубінемія понад 171 мкмоль/л, асоційована з гемолітичною хворобою новонародженого (ГХН) за системою АВ0 та Rh-фактором і кон'югаційною жовтяницею, у 15 дітей спостерігалися неонатальні пневмонії і у 29 — гіпоксично-ішемічне ураженням центральної нервової системи (ЦНС). Верифікація усіх діагнозів проводилася за даними клініко-анамнестичного і лабораторно-інструментального обстеження на підставі чинних протоколів діагностики і лікування патології періоду новонародженості МОЗ України (від 08.06.2007 р. № 312, від 21.08.2008 р. № 484, від 27.04.2006 р. № 255, від 29.08.2006 р. № 584, від 13.01.2005 р. № 18).

Отримані дані оброблялися на персональному комп'ютері за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel. Для обробки отриманих результатів використовувалися методи описової та порівняльної статистики.

### Результати дослідження та їх обговорення

Діти з першої групи (з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС) мали термін гестації  $33,0 \pm 0,2$  тиж., масу тіла при народженні  $1913,3 \pm 188,4$  г, довжину тіла  $43,2 \pm 1,1$  см, окружність голови  $30,9 \pm 1,5$  см. Немовлята з другої групи (з неонатальними пневмоніями) мали термін гестації  $33,0 \pm 0,6$  тиж., масу тіла при народженні  $1906,4 \pm 155,8$  г, довжину тіла  $43,0 \pm 1,3$  см, окружність голови  $30,5 \pm 1,6$  см. Діти з третьої групи (з жовтяницями) мали термін гестації  $33,1 \pm 0,5$  тиж., масу тіла при народженні  $1924,0 \pm 162,8$  г, довжину тіла  $43,3 \pm 1,1$  см, окружність голови  $31,4 \pm 1,2$  см. Немовлята із групи порівняння мали термін гестації  $33 \pm 0,4$  тиж., масу тіла при народженні  $1982,1 \pm 209,3$  г, довжину тіла  $44,5 \pm 1,1$  см, окружність голови  $30,3 \pm 1,3$  см.

Гестаційний вік новонароджених визначали, порівнюючи акушерські дані з результатами оцінювання новонароджених за шкалою Ballard. Достовірних відмінностей за антропометричними показниками і гестаційним віком між сформованими групами дослідження не було.

Оцінку за шкалою Апгар на 5-й хвилині життя 7 балів мали 24 (82,8%) дитини з першої групи, 9 (60,0%) — з другої, 12 (85,7%) — з третьої, 11 (42,3%) — з групи порівняння ( $p > 0,05$ ). У 5 (17,2%) дітей із першої групи, 6 (40,0%) — із другої, 2 (14,3%) — із третьої, 15 (57,7%) — із групи порівняння була оцінка понад 7 балів ( $p < 0,05$ ). Таким чином, достовірно більше дітей у групі порівняння мали вищі оцінки за шкалою Апгар. Лише в матерів дітей із першої групи перебіг вагітності ускладнювався відшаруванням плаценти (17,2% [ДІ: 5,9–32,7%];  $p < 0,05$  щодо всіх інших груп) і були стрімкими пологи (17,2% [ДІ: 5,9–32,7%];  $p < 0,05$  щодо всіх інших груп). Ці матері також частіше курили (відповідно 27,5% [ДІ: 13,1–44,5%] проти 33,3% [ДІ: 11,8–56,8%] у другій, 28,6% [ДІ: 8,7–54,4%] у третій, 0% у групі порівняння;  $p < 0,05$ ) і зловживали спиртними напоями (17,2% [ДІ: 5,9–32,8%];  $p < 0,05$  щодо всіх інших груп, де цього чинника ризику не було). Обвиття пуповиною навколо шиї відмічалось тільки в анамнезі новонароджених із гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС (13,8% [ДІ: 3,9–28,4%];  $p < 0,05$  щодо всіх інших груп). Ці немовлята також вірогідно частіше народжувались у неправильному передлежанні (відповідно 13,8% [ДІ: 3,9–28,4%] проти 6,6% [ДІ: 0,01–23,9%] у другій; 7,1% [ДІ: 0,01–25,8%] у третій і 7,7% [ДІ: 0,79–20,7%] у групі порівняння;  $p > 0,05$ ). Вік менше 17 або більше 35 років мали 20,3% [ДІ: 8,0–36,6%] матерів дітей із першої групи і 26,6% [ДІ: 8,2–50,8%] — із другої групи ( $p > 0,05$ ). Однак жінок такого віку не було в третій групі та групі порівняння ( $p < 0,05$  порівняно з першою і другою групами). Частота інфекційних захворювань у другій половині вагітності була найвищою в матерів немовлят із другої групи (40% [ДІ: 17,6–64,8%] проти 6,9% [ДІ: 0,71–18,7%] у першій; 0% у третій групі ( $p < 0,05$ ) і 7,7% [ДІ: 0,79–20,7%] у групі порівняння;  $p > 0,05$ ).

Аналіз особливостей перебігу раннього неонатального періоду в дітей з основного клінічного масиву засвідчив, що реанімаційні заходи в пологовій залі включали тепловий захист, забезпечення прохідності дихальних шляхів, штучну вентиляцію легень (ШВЛ), яку проводили 14 (24,1%) дітям, й оксигенотерапію вільним потоком 44 (75,9%) дітям. За частотою потреби у ШВЛ достовірної різниці між групами не виявлено, оскільки такого втручання потребували 7 (24,1%) дітей із першої, 4 (26,7%) немовляти з другої, 3 (21,4%) дитини з третьої групи ( $p > 0,05$ ). У подальшому в 17 (58,6%) немовлят із першої, 6 (40,0%) — із другої, 8 (57,1%) — із третьої групи виявлено легкі дихальні розлади (ДР). Помірні ДР діагностувалися у 12 (41,4%) дітей із ураженням ЦНС, у 5 (33,3%) немовлят із другої, 6 (42,9%) — із третьої групи, а важкі — лише в 4 (26,7%) новонароджених із другої групи ( $p < 0,05$ ).

Водночас, незалежно від наявності перинатальної патології характерним було поступове зменшення загальної кількості лейкоцитів і частки лімфоцитів протягом неонатального періоду до СКВ 42 тиж. У немовлят з основного клінічного масиву загальна кількість лейкоцитів зменшувалася від  $(10,2 \pm 1,4) \times 10^9$ /мл до  $(5,3 \pm 1,0) \times 10^9$ /мл ( $p \geq 0,05$ ), а частка лімфоцитів — від  $57 \pm 3,5\%$  до  $47,8 \pm 2,1\%$  ( $p \geq 0,05$ ). У групі порівняння загальна кількість лейкоцитів теж зменшувалася від  $(12,2 \pm 1,4) \times 10^9$ /мл до  $(6,0 \pm 1,7) \times 10^9$ /мл ( $p \geq 0,05$ ), а частка лімфоцитів — від  $60,2 \pm 2,6\%$  до  $49,2 \pm 1,4\%$  ( $p \geq 0,05$ ).

Дослідження фагоцитарної активності та фагоцитарного числа в цей період також засвідчили наявність якіс-

Таблиця

**Діагностична значущість окремих клініко-анамнестичних ознак та лабораторно-інструментальних патернів у моделі оцінки преморбідного фону недоношених дітей**

Клініко-анамнестичні ознаки	Градація ознаки	ДК	j	
Початок грудного вигодовування до 5-ї доби життя	Є	+14,5	11,8	
	Немає	-13,5		
Тривалість жовтяниці більше 21-ї добу	Є	-7,8	5,11	
	Немає	+7,0		
Відновлення маси тіла при народженні до 14-ї доби життя	Є	+9,0	5,03	
	Немає	-6,0		
Величина температурного градієнта понад 2,5°C	Є	-6,0	1,5	
	Немає	+2,3		
Загоєння пупкової ранки більше 7 діб (після видалення катетера із пупкової вени)	Є	-11	1,33	
	Немає	+1,1		
Лабораторно-інструментальні патерни		Градація	ДК	j
Фагоцитарне число	2,5±0,5	-2,7	6,5	
	5,0±1,4	+5,4		
Фагоцитарна активність	44,8±4,2%	-3,4	6,0	
	75,0±6,3%	+6,8		
Кількість лейкоцитів	(5,3±1,0)×10 <sup>9</sup> /мл	-6,0	1,5	
	(6,0±1,7)×10 <sup>9</sup> /мл	+6,0		
Частка лімфоцитів	47,8±2,1%	-6,0	3,6	
	49,2±1,4%	+7,0		
Синусова тахіаритмія	Є	-7,5	1,7	
	Немає	+9,0		
Синусова брадіаритмія	Є	-10	2,0	
	Немає	+6,0		
Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса	Є	-3,3	0,5	
	Немає	+2,5		
Подовження інтервалу QT	Є	-10	2,1	
	Немає	+6,0		
Суправентрикулярні екстрасистоли	Є	-4,5	1,1	
	Немає	+5,5		
Шлуночкові екстрасистоли	Є	-6,0	1,3	
	Немає	+4,5		
Депресія сегменту ST	Є	-7,5	2,3	
	Немає	+6,0		

ної неповноцінності гранулоцитів у немовлят з основного клінічного масиву порівняно з умовно здоровими недоношеними дітьми. У немовлят з основного клінічного масиву показники фагоцитарної активності та фагоцитарного числа були достовірно нижчими, ніж у недоношених дітей із групи порівняння (відповідно 44,8±4,2% проти 75,0±6,3%;  $p \geq 0,05$ , 2,5±0,5 проти 5,0±1,4;  $p \geq 0,05$ ).

Таким чином, для недоношених дітей характерною є фагоцитарно-лімфоцитарна неповносправність, що визначає формування механізмів імунної відповіді в подальшому.

За даними електрокардіографії, для дітей основного клінічного масиву характерними були порушення ритму, провідності, процесів реполяризації міокарда.

Систематизувавши отримані дані клініко-анамнестичного та лабораторно-інструментального дослідження завчасно народжених дітей із малою масою тіла та терміном гестації понад 32 тиж. впродовж госпітальних етапів виходування, розроблено таблицю оцінки та моніторингу преморбідного фону таких дітей, що дає змогу на підставі виявлення зазначених ознак формувати групи диспансерного спостереження та розробляти плани заходів диспансеризації лікарям первинної ланки.

Правила роботи з таблицею такі: слід провести алгебраїчне додавання діагностичних коефіцієнтів виявлених клініко-лабораторних феноменів, починаючи з найбільш інформативних. Сума діагностичних коефіцієнтів  $\leq -25,5$  вказує на обтяжливий преморбідний фон у завчасно народжених дітей.

### Висновки

Значущими для оцінки преморбідного фону в завчасно народжених немовлят є такі клініко-анамнестичні чинники: дані акушерського анамнезу про завчасне відшарування плаценти, стрімкі пологи, неправильне передлежання плода, обвиття пуповини навколо шії, а також перенесені інфекційні захворювання у II половині вагітності та паління і зловживання спиртними напоями майбутніми матерями під час вагітності. У період новонародженості високою інформативністю щодо оцінки загального стану недоношених немовлят та їхнього преморбідного фону володіють такі клінічні ознаки: ранній початок грудного вигодовування до 5-ї доби життя, тривалість неонатальної жовтяниці, своєчасне відновлення маси тіла при народженні, коливання величини температурного градієнта між центральною і периферичною температурою тіла в межах не більше 2,5°C, своєчасне

загоєння пупкової ранки після видалення катетера із пупкової вени.

Встановлені особливості лімфоцитарно-гранулоцитарного росту крові засвідчують неповносправність повноцінної імунної відповіді за рахунок зменшеної фагоцитарної активності та фагоцитарного числа нейтрофілів, що обмежує імунну презентацію антигенів у періоді новонародженості та ранньому віці. Таким чином, недоношені діти потребують індивідуальних заходів диспансерного спостереження, скерованих на активацію та стимуляцію неспецифічних факторів захисту.

Виявлені ЕКГ-феномени в періоді новонародженості у недоношених немовлят вказують на системні поліорганні зміни, ініційовані різними чинниками в перинатально-

му періоді, та є маркерами преморбідного фону таких малюків. Оскільки, завдяки особливостям внутрішньорганного органогенезу, функціонування серцево-судинної системи акумулює в собі і стан міокарда, і компенсаторні можливості організму в цілому.

Використовуючи запропоновану таблицю визначення суми діагностичних коефіцієнтів значущих ознак, є можливість формувати контингенти спостереження та складати плани ефективних заходів диспансеризації на етапі ПМСД, виходячи з індивідуальних анатомо-фізіологічних особливостей, обтяженого преморбідного фону і потреби у виходженні та оздоровленні завчасно народжених дітей.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы выхаживания и вскармливания недоношенных детей на современном этапе // Новости медицины и фармации в Украине. — 2013. — № 4 (445). — С. 14—15.
2. Взаимосвязь низкой массы тела при рождении с маркерами метаболического синдрома у подростков с ожирением / Н.Н. Миняйлова, Е.Л. Сундукова, Ю.И. Ровда [и др.] // Педиатрия. — 2010. — Т. 89, № 5. — С. 24—32.
3. Гойда Н.Г. Нормативно-правове забезпечення державної політики України щодо охорони материнства і дитинства / Н.Г. Гойда, Р.О. Моїсеєнко // Педиатрія: національний підручник; за ред. В.В. Бережного. — К., 2013. — С. 21—39.
4. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер. — Ленинград: Медицина, 1978. — С. 294.
5. Нові підходи до первинної реанімації новонароджених та післяреанімаційної допомоги // Новости медицины и фармации в Украине. — 2013. — № 8 (458). — С. 22.
6. Толстанов О.К. Пріоритетні завдання педіатричної освіти та науки в контексті реформування галузі охорони здоров'я / О.К. Толстанов // Новости медицины и фармации в Украине. — 2013. — № 16 (467). — С. 20—22.
7. Черешнюк Г.С. Місце шкільно-дошкільної служби в реформуванні системи охорони здоров'я в пілотному регіоні / Г.С. Черешнюк // Новости медицины и фармации в Украине. — 2013. — № 8 (456). — С. 23.
8. Яблонь О.С. Новонародженні з малою масою тіла: стан проблеми у Вінницькому регіоні / О.С. Яблонь // Вісник Вінницького нац. мед. університету ім. М.І. Пирогова. — 2003. — № 2 (2). — С. 761—763.

### Пути повышения эффективности реабилитации детей с хронической ревматической болезнью сердца

**О.Р. Боярчук**

ДВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина  
**Цель** — провести анализ литературных источников и личных данных по усовершенствованию вторичной профилактики острой ревматической лихорадки и реабилитации детей с хронической ревматической болезнью сердца.

**Пациенты и методы.** Анализ проведен на основании обследования 71 детей в возрасте 4–17 лет: 23 детей с острой ревматической лихорадкой и 48 пациентов с хронической ревматической болезнью сердца. Острая ревматическая лихорадка диагностирована по критериям Киселя—Джонса (в модификации Ассоциации ревматологов Украины, 2004), а хроническая ревматическая болезнь сердца — при наличии порока сердца или поствоспалительного краевого фиброза створок клапанов сердца после перенесенной острой ревматической лихорадки. Использованы общепринятые в медицине методы статистики с применением пакета программ Statistica 6.0. Для выявления статистически значимых отклонений использован непараметрический  $\chi^2$ -критерий для сравнения частотных величин. За достоверность результатов приняли отклонение при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Доказана необходимость учитывать фармакокинетику дюранных форм пенициллина для определения кратности его введения. Для увеличения приверженности пациента к длительной антибактериальной терапии нужно проводить разъяснительную работу среди детей и их родителей о необходимости и преимуществах терапии.

**Выводы.** Учитывая современные взгляды на патогенез заболевания, комплексная профилактика и реабилитация хронической ревматической болезни сердца должна включать средства патогенетической терапии.

**Ключевые слова:** острая ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца, вторичная профилактика, дети.

### The family physician assessing possibility of the premorbid condition among premature infants

**L.M. Bulat, O.V. Lysunets**

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsya, Ukraine

**Purpose** — developing the value model of premorbid fond for premature infants to optimize their medical support during nursing in terms of primary health care.

**Patients and methods:** At nursing phases under the supervision there were children with a low birth weight 1500–2500 g and gestation term 32–36 weeks in Vinnitsa City Hospital «Mother and Child Centre». The main clinical researches participated 58 premature infants on gestational term  $\geq 32$  weeks with min. birth weight (1600 g), with no major malformations, birth injuries, hereditary diseases. The perinatal risk factors determine according to A. Coopland scale. The results were processed by Microsoft Excel software with descriptive and comparative statistics.

**Results:** the value model of premorbid fond for premature infants was created, as they need an individual clinical supervision on activation and stimulation of non-specific protective factors.

**Conclusion:** The estimation algorithm allows an opportunity for monitoring forming and making the clinical examination plans on primary health care terms according to an individual anatomical and physiological features, necessity for premature infants recovering.

**Key words:** premorbid fond, preterm infants, family doctor

### Сведения об авторах:

**Буллат Леонид Михайлович** — д.мед.н., проф., зав. каф. пропедевтики педиатрии и уходу за больными детьми Винницкого НМУ им. Пирогова.

Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел. 0677472454

**Лисуец Оксана Васильевна** — к.мед.н., ассистент каф. пропедевтики педиатрии и уходу за больными детьми Винницкого НМУ им. Пирогова.

Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел. 0984552938

Статья поступила в редакцию 28.04.2014 г.