

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



therapy in children should be considered at its phenotype, characterized by different mechanisms of the disease, but, is almost identical clinical symptoms. The aim of the research was to establish the diagnostic value of indicators atopic reactivity in the verification severe asthma phenotype to improve treatment outcomes in school-age children. 60 school-age children with asthma were examined in pulmonology department of Chernivtsi Regional Clinical Hospital. Over the course of the disease patients were divided into two clinical groups. The first clinical group consisted of 30 patients who had been registered severe asthma. The second clinical group formed 30 students who have asthma defined moderate. For the main clinical signs were matched comparison group. All children performed immunological blood test II - III levels. Contents of serum total immunoglobulin E (IgE), IL-4 and IL-5 were determined by enzyme immunoassay (EIA). Identification of immediate type skin sensitivity to standard nonbacterial allergens was performed by intradermal tests. Atopy household, epidermal, pollen and food allergens were used for research.

The concentration of IL-4 in serum children first clinical group was $10,6 \pm 2,1$ pg/ml, and in those of the second group - $7,2 \pm 2,5$ pg/ml ($P > 0,05$). The average content of interleukin-5 in the clinical group was $35,8 \pm 15,7$ pg/ml and $8,6 \pm 4,3$ pg/ml ($P > 0,05$), respectively. Almost every third patient first clinical group (36,4%) recorded significantly increased content of IL-4 (more than 10,0 pg/ml), whereas in the second group surveyed - only 15,5% of cases ($P < 0,05$).

Concentration of IgE, which exceeded 545,3 IU/ml, recorded in 56,6% of children first clinical group and only 43,4% of cases in the second ($P > 0,05$) the comparison group.

In patients with severe asthma cases occurred significantly more frequently increased sensitivity of the skin to household allergens relative to the second group. Thus, the amount of hyperemia more than 15,0 mm was recorded in 81,5% of the first group and only 51,9% of persons ($P < 0,05$) second.

Due to the low sensitivity of the content of IL-4 and -5 in serum them impractical for use on their own verification phenotype of severe asthma. The concentration of immunoglobulin E in excess of 545,3 IU/ml, in 2 times increased the chances of the presence of severe asthma in children. Increased sensitivity to domestic allergens (hyperemia over 15,0 mm) allows to verify the specificity of 81,5% severe asthma and personalize treatment policy in these patients.

Мельничук Л.В.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЗНИЖЕННЯ ДИТЯЧОЇ ІНВАЛІДНОСТІ

Кафедра сімейної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Серед причин інвалідності дітей перше місце займають вроджені вади розвитку (ВВР), набагато випереджаючи інші захворювання. Рівень дитячої інвалідності виріс з 20,53% в 2011 році до 21,74% у 2014 році. Етіологічні чинники ВВР – інфекції під час вагітності жінки, радіоактивне та рентгенівське випромінювання, вплив токсичних речовин, захворювання вагітної, хромосомні хвороби плода, вікові зміни в організмі жінки. Генетична природа частини вад відбивається у відомих хромосомних аномаліях. В інших – основну роль відіграють екзогенні чинники, що призводять до затримки або зупинки розвитку морфологічних структур серця і судин, головного мозку в будь-якій фазі органогенезу.

Динаміка рівня смертності дітей першого року життя свідчить про стабільне його зниження в останні роки. В той же час, спостерігається негативна тенденція зростання втрат від вроджених аномалій з 11,8% в 2013 році до 25% в 2014 році. В структурі дитячої інвалідності перше місце зайняли вроджені аномалії розвитку, друге місце – хвороби нервової системи, третє – хвороби ендокринної системи.

Аналіз структури доводить, що переважають вроджені вади серця, вади кістково-м'язової системи, статевої системи, які відповідно займають перше, друге, третє місця в структурі вроджених вад розвитку. Значний відсоток складають множинні вроджені вади.

Щороку зростає кількість новонароджених з уродженими вадами розвитку, які переводяться у відділення дитячої хірургії, зростає оперативна активність у новонароджених. У 2011 році переведено для оперативного втручання 23 дитини, а у 2014 році – 46 новонароджених.

Оперативна активність серед новонароджених склала 82,6%, післяопераційна летальність – 10,9%. В структурі втрат новонароджених домінують множинні вроджені вади розвитку (70%), які представлені комбінаціями вад шлунково-кишкового тракту (атрезія стравоходу з трахеостравохідною норницею, атрезія ануса, дванадцятипалої кишки), вад серця (дефекти міжшлуночкової та міжпередсердної перетинки, артеріовенозна комунікація), діафрагмальна кіла.

Резерви зниження частоти первинної тяжкої інвалідності у дітей полягають у ранньому застосуванні сучасних пренатальних діагностичних технологій (МРТ), удосконаленні на їх підставі тактики ведення вагітності та пологів, а також надання новонародженим із перших днів життя адекватної медичної допомоги і проведення активного динамічного спостереження дітей групи ризику.



Міхєєва Т.М.

ОСОБЛИВОСТІ КРОВОНАПОВНЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Серед захворювань органів травлення значне місце посідає патологія шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), яка складає 70-75% від загальної кількості цих захворювань у дітей. За даними центру медичної статистики МОЗ України щороку в країні реєструється майже 50 тисяч нових випадків хронічних гастродуоденітів (ХГД).

Етіопатогенез більшості уражень гастродуоденальної зони є складним багатофакторним процесом, у якому беруть участь як агресивні фактори зовнішнього середовища, так і різноманітні порушення внутрішньої регуляції функцій травного тракту, що забезпечують гастропротекцію. Однією з ланок останньої є адекватна мікроциркуляція (МЦ) у слизовій оболонці (СО) гастродуоденальної ділянки, що має складний рівень регуляції. При ерозивних гастритах чи гастродуоденітах порушення локальної та загальної мікроциркуляції відзначаються частіше, ніж у хворих на хронічний гастрит без ерозій та призводять до тривалих розладів кровозабезпечення, кровонаповнення та формування хронічної гіпоксії слизової оболонки.

Мета дослідження - вивчити стан кровонаповнення слизової оболонки шлунку та ДПК у дітей шкільного віку з хронічною гастродуоденальною патологією.

Обстежено 90 дітей шкільного віку, які проживають у м. Чернівці та в сільській місцевості Чернівецької області; всі діти знаходились на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці з діагнозом хронічної неускладненої гастродуоденальної патології. За локалізацією характером ураження ми виділили три групи: хронічні гастрити, хронічні поверхневі ГД, хронічні гіперпластичні та хронічні ерозивні ГД. Всім дітям проведено езофагогастродуоденофіброскопію (ЕГДФС) з оцінкою стану слизової оболонки шлунку та ДПК та її кровонаповнення. Оцінювали: колір та набряклість слизових оболонок шлунка та ДПК, наявність вільної рідини, слизу, жовчі, крові, геморагій та стазу, вид ураження.

У дітей з хронічним гастритом зміни в слизовій оболонці були менш виражені, ніж у дітей з ХГД: помірно гіперемована СО та помірний набряк шлунка спостерігали у 84,6% дітей, яскраво гіперемована СО і виражений набряк – у 15,4% дітей. У 23 % дітей геморагій в СО шлунку не виявлено, у 23% дітей були поодинокі геморагії, у 30,7% - множинні. У 7,7% дітей виявлено помірний стаз в шлунку.

У дітей з хронічним поверхневим ГД помірно гіперемований колір СО шлунка виявлено у 92,4%, дітей, помірно гіперемований колір СО ДПК – у 90,4% дітей, яскраво гіперемована СО шлунка і ДПК – у 3,8%. Помірний набряк слизової оболонки шлунка та ДПК був у 90,4% дітей, виражений набряк - у 7,6%. У 9,6% дітей спостерігались поодинокі геморагії, у 5,7% - множинні, у 2% дітей - інтенсивні. У 44,2% дітей виявлено помірний стаз в шлунку і ДПК, у 2% – інтенсивний стаз.

У дітей з хронічним гіперпластичним ГД помірно гіперемований колір СО шлунка та ДПК виявлено у 57,2% дітей, яскраво гіперемована слизова оболонка шлунка і ДПК - у 42,8%. Помірний набряк СО шлунка та ДПК був у 57,2% дітей, виражений набряк - у 42,8%. У 85,7% дітей виявлено поодинокі геморагії в шлунку і ДПК, у 14,3% – множинні. У 85,7% дітей - помірний стаз в шлунку і ДПК, у 14,3% дітей – інтенсивний.

У дітей з хронічним ерозивним ГД помірно гіперемований колір СО шлунка та ДПК - у 55,5% дітей, яскраво гіперемована слизова оболонка шлунка і ДПК - у 44,5% дітей. Помірний набряк слизової оболонки шлунка та ДПК – у 88,8% дітей, виражений набряк - у 11,2%. У 66,6% дітей виявлено поодинокі геморагії в шлунку і ДПК, у 16,7% дітей – множинні, у 5,5% - інтенсивні. У 55,5% дітей виявлено помірний стаз в шлунку і ДПК, у 44,5% дітей – інтенсивний.

У дітей з ерозивним та гіперпластичним ураженням СО шлунка і ДПК частіше спостерігали порушення кровонаповнення, які проявлялися зміною кольору і набряком СО, стазом та наявністю геморагій, ніж у дітей з хронічними поверхневими гастритами та гастродуоденітами, що можна пояснити більше вираженими розладами кровонаповнення при даній патології.

Міхєєва Т.М.

ОЦІНКА СТАНУ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ УРАЖЕННЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Серед гастродуоденальної патології важливе місце посідає патологія шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), яка становить 50-65 % від загальної кількості захворювань органів травлення у дітей. Відзначається тривожна тенденція до прогресування тяжких форм гастродуоденітів у дитячому віці з розвитком ерозій гастродуоденальної зони та трансформацією у виразкову хворобу.

Порушення кровопостачання слизової оболонки шлунка і ДПК призводить до ушкодження її структури, цілісності й функції. Як відомо, мікроциркуляція (МЦ) відіграє важливу роль у надходженні кисню до тканин, а також забезпеченні відновлення сполучної тканини й мікросудин при пошкодженнях слизової оболонки шлунка і ДПК. Доведено, що зміни мікроциркуляції визначаються варіантом гастродуоденітів та є



досить раннім маркером ступеня ураження органів-мішеней. Стан мікроциркуляторного русла шлунково-кишкового тракту має високий корелятивний зв'язок із станом мікроциркуляції слизових оболонок бульбарної кон'юнктиви та нігтьового ложа. При оцінці МЦ у цих ділянках спостерігаються патологічні зміни в капілярах, ідентичні змінам у слизових оболонках шлунка та ДПК.

Мета дослідження - вивчити стан мікроциркуляції у дітей шкільного віку з хронічною гастродуоденальною патологією.

Обстежено 60 дітей шкільного віку. Умовно всіх школярів розділили на 2 групи: 1-шу групу склали діти з наявною хронічною гастродуоденальною патологією, які лікувались у гастроентерологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці (30 дітей); 2-гу групу – здорові діти (30 дітей). Всім дітям проведено біомікроскопію капілярів нігтьового ложа за допомогою цифрового USB мікроскопу із максимальним збільшенням $\times 400$. Оцінено: периваскулярні зміни, судинні та внутрішньосудинні зміни (звивистість, спазмованість, зміна калібру, сладжування) у венах, артеріолах і капілярах, кількість функціонуючих капілярів в полі зору, кількість анастомозів, наявність аномальних капілярів.

При обстеженні 1-ї групи дітей у більшості дітей капіляри нігтьового ложа мала стандартну U-подібну форму з паралельним розташуванням капілярів. В семи дітей спостерігали зміну форми капілярів (роздвоєні, гігантські, мікропетлі, клубочки); у дванадцяти дітей - патологічну звивистість капілярів; спазмованість капілярів – у дев'яти дітей, уповільнення кровотоку – у шести дітей, феномен «сладжування» - у восьми дітей. У більшості дітей із другої групи капіляри нігтьового ложа також мали стандартну U-подібну форму з паралельним розташуванням капілярів; патологічна звивистість капілярів спостерігалась у шести дітей, спазмованість капілярів – у чотирьох дітей, уповільнення кровотоку - в одній дитині, феномен «сладжування» - у одній дитині. Різницю між дітьми з першої та другої груп спостерігали за наступними показниками: це патологічна звивистість капілярів, уповільнення кровотоку (що пояснюється наявністю локальної спазмованості у дітей, хворих на хронічні гастродуоденіти у зв'язку з погіршеною оксигенацією тканин та розладами мікроциркуляції слизової оболонки шлунка і ДПК), зміну форми капілярів та наявність феномену «сладжування».

У дітей із хронічною гастродуоденальною патологією частіше виявляються розлади мікроциркуляції, ніж у здорових дітей, що можна пояснити наслідком вегетативної дизрегуляції, яка у свою чергу, супроводжується розладом мікроциркуляції на всіх рівнях, у тому числі і на капілярному.

Нечитайло Д.Ю.

ДОБОВИЙ МОНІТОРИНГ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, ЯК ДРУГИЙ ЕТАП СКРИНІНГУ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Гіпертонічна хвороба у дітей – це клініко-патогенетична форма первинної артеріальної гіпертензії, що характеризується періодичним або стійким підвищенням артеріального тиску, виникає на тлі надмірної активності симпатoadреналової і/або ренін-ангіотензин-альдостеронової систем, ендотеліальної дисфункції та призводить до гіпертензивного ураження органів мішеней (серця, нирок, судин головного мозку та сітківки).

Дуже важливим є вчасне діагностування артеріальної гіпертензії у дітей, та у школярів зокрема, бо саме діти шкільного віку складають найбільшу групу ризику по розвитку цього захворювання.

Єдиним методом ранньої діагностики підвищеного артеріального тиску у дитячій популяції є проведення наскрізного скринінгового дослідження основних показників серцево-судинної системи. Проведення будь-якого скринінгу передбачає двох-етапне обстеження. На першому етапі відбувається ідентифікація дітей з підвищеними показниками артеріального тиску та іншими змінами в діяльності серцево-судинної системи. На другому етапі проводиться прицільне дообстеження виявлених порушень, з метою конкретизації наявної проблеми, постановки клінічного діагнозу та розробки методів лікування чи профілактики.

Мета дослідження - добовий моніторинг артеріального тиску серед школярів, як другий етап скринінгового дослідження, для уточнення діагнозу артеріальної гіпертензії та формування групи ризику по розвитку цієї патології.

Обстежено 25 дітей шкільного віку, у яких на першому етапі скринінгового обстеження були виявлені підвищені показники артеріального тиску. Всім дітям було проведено клінічне обстеження, вимір основних антропометричних показників та добовий моніторинг артеріального тиску. Добове моніторування артеріального тиску проведено в умовах стаціонару за допомогою приладу Ambulatory Blood Pressure Monitor Holter ABPM50 ABPM Monitor з використанням манжети, розмір якої підбирався залежно від віку й окружності плеча дитини.

У обстежених школярів середньоденний рівень систолічного артеріального тиску (САТ) становив $115,5 \pm 3,7$ мм рт. ст., середньонічний рівень САТ – $105,9 \pm 4,3$ мм рт. ст. Середньоденний рівень диастолічного артеріального тиску (ДАТ) становив $63,4 \pm 2,7$ мм рт. ст., середньонічний рівень ДАТ – $54,8 \pm 2,7$ мм рт. ст. У підлітків, які мали індекс маси тіла (ІМТ) $> 24,9$ кг/м² показники ДАТ перевищували відповідні показники у підлітків, які мали ІМТ $< 24,9$ кг/м². Кореляційним аналізом встановлені зв'язки між ІМТ та рівнями показників САТ (САТ середньодобовий – $r=0,77$; $p=0,006$, САТ середньоденний – $r=0,77$; $p=0,006$, САТ середньонічний –

$r=0,73$; $p=0,01$), ДАТ середньонічний ($r=0,75$; $p=0,008$), АТ середньодобовий ($r=0,64$; $p=0,04$), АТ середньонічний ($r=0,76$; $p=0,006$).

Таким чином, застосування добового моніторингу на другому етапі скринінгового обстеження школярів дає можливість не тільки прицільно оцінити рівень артеріального тиску, але і з'ясувати його добові коливання та фактори ризику його підвищення.

Ортеменка Є.П.

ПРЕДИКТОРИ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЩО НАРОДИЛИСЯ З НИЗЬКОЮ ДО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ МАСОЮ ТІЛА

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

В структурі дитячої інвалідності перинатальні ураження нервової системи становлять 35-40%, з яких провідне місце (47%) посідає гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГІЕ) новонароджених.

Метою роботи було вивчення ролі несприятливих внутрішньоутробних та позаутробних факторів у розвитку гіпоксично-ішемічної енцефалопатії в доношених новонароджених з малою до гестаційного віку масою тіла.

На базі відділення патології новонароджених ОДКЛ м. Чернівці обстежено 41 доношеного новонародженого, хворого на ГІЕ. До першої (I) групи увійшло 28 пацієнтів із ГІЕ та відповідною до терміну гестації масою тіла, а другу (II) групу склали 13 новонароджених із низькою до гестаційного віку масою тіла.

За основними клінічними характеристиками групи порівняння не відрізнялися. Усі діти поступили в гострому періоді ГІЕ, а провідним неврологічним синдромом захворювання виявився синдром пригнічення ЦНС (92,9% пацієнтів I клінічної групи та 92,3% новонароджених II групи порівняння).

Отримані дані аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології з використанням параметричних (за критерієм Ст'юдента, P) і непараметричних (за критерієм кутового перетворення Фішера, P_F) методів обчислення з урахуванням співвідношення шансів (СШ) реалізації події та визначенням довірчих інтервалів (95% ДІ).

Встановлено, що у більшості випадків матері обстежених дітей народжували вперше (53,6% випадків у I групі та 61,5% спостережень – у II групі), а кожна десята породілля відносилася до незрілих (вік до 20 років): 10,7% випадків у I групі та 15,4% спостережень у II групі (P_F>0,05). Водночас майже у половини (46,2%) дітей із малою до терміну гестації масою тіла матері мешкали у міських поселеннях, проте у I групі порівняння міськими мешканками були лише 17,9% матерів (P_F<0,05).

Зареєстровано, що в групі новонароджених з малою до гестаційного віку масою тіла вагітність у матерів частіше перебігала на фоні анемії (38,5% випадків), патології щитоподібної залози (46,2% спостережень) та прееклампсії вагітних (7,7%) відносно I групи порівняння: 28,6% (P_F>0,05), 21,4% (P_F>0,05) та 3,6% (P_F>0,05) відповідно. Водночас, загроза викидня у третьому триместрі вагітності частіше реєструвалася серед маловагових при народженні дітей (15,4% випадків) відносно I групи (3,6% спостережень; P_F>0,05).

Незважаючи на те, що представники обох груп спостереження відносилися до доношених новонароджених, хворі II групи вирізнялися вірогідно меншими термінами гестації. Так, термін гестації дітей I клінічної групи становив у середньому $39,5 \pm 0,3$ тижня, а II групи спостереження $38,5 \pm 0,4$ (P<0,05) тижня. При цьому, діти II групи народжувалися в терміні 37-39 тижнів удвічі частіше (84,6% випадків) відносно I групи (42,9% пацієнтів; P<0,03).

Слід відзначити, що у маловагових дітей на першій хвилині життя вдвічі частіше траплялися респіраторні порушення, що потребували проведення штучної вентиляції легень (у 61,5% дітей II-ї групи проти 35,7% новонароджених I-ї клінічної групи; P_F<0,05). Попри те, що до 5-ї хвилини життя у новонароджених обох клінічних груп відбулася стабілізація дихальної функції, акроціаноз ще визначався у половини (50%) маловагових новонароджених, проте лише у третини (37,5%) дітей I клінічної групи (P_F>0,05).

Слід зазначити, що у маловагових до терміну гестації дітей значно частіше (61,5%) реєструвалися супутні патологічні стани та проблеми вигодовування новонароджених (в'яле смоктання, знижена толерантність до їжі, зригування) відносно новонароджених I групи порівняння: 7,2% хворих (P<0,01) та 32,1% пацієнтів (P_F<0,05) відповідно.

Показано, що до основних предикторів розвитку гіпоксично-ішемічної енцефалопатії у маловагових до терміну гестації новонароджених відносяться: проживання матерів у міських поселеннях (СШ=3,9; 95%ДІ 0,9-16,9); наявність захворювань щитоподібної залози у матерів (СШ=3,1; 95%ДІ 0,7-13,0); загроза викидня в 3-му триместрі вагітності (СШ=6,0; 95%ДІ 0,5-74,3) та прееклампсія вагітних (СШ=2,3; 95%ДІ 0,5-74,3); народження в менші терміни гестації (в 37-39 тижнів) (СШ=7,3; 95%ДІ 1,4-39,4), що асоціює із юним (до 20 років) віком матерів (СШ=1,5; 95%ДІ 0,2-10,4); а також супутні патологічні стани новонароджених (СШ=20,8; 95%ДІ 3,4-128,5); розвиток респіраторних порушень при народженні, які потребують проведення штучної вентиляції легень (СШ=2,9; 95%ДІ 0,7-11,2); проблеми вигодовування новонароджених (СШ=3,4; 95%ДІ 0,9-13,3).