

УДК 618.2-079.7:618.219:612.664+618.73

Л.Є. Туманова, О.В. Коломієць, Н.П. Бадзюк, Н.К. Деменіна, Т.І. Гридіна Стан молочних залоз під час вагітності та лактаційна функція у жінок з великим інтергенетичним інтервалом

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2018.2(74):26-30; doi 10.15574/PP.2018.74.26

Мета — вивчити стан молочних залоз під час вагітності та лактаційну функцію в жінок із великим інтергенетичним інтервалом.**Пацієнти та методи.** Дослідження проведено в трьох групах. До I (основної) групи увійшли 50 жінок, які народжували повторно через 10 і більше років (великий інтергенетичний інтервал); до II групи — 20 першороділь у віці від 30 років (вікові першороділлі); до III (контрольної) групи — 20 вагітних, які народжували повторно через 3–5 років (оптимальний інтергенетичний інтервал). Усім жінкам під час вагітності проведено пальпаторне та ультразвукове обстеження молочних залоз. Для оцінки лактаційної функції використано метод інтерв'ю.**Результати.** При ультразвуковому обстеженні та пальпації молочних залоз у 20 (40%) вагітних I групи виявлено патологію молочних залоз, із них у 10 (20%) пацієнок — фіброзно-кістозну мастопатію з перевагою фіброзного компонента, у 4 (8%) — фіброаденому молочної залози, у 6 (12%) — ознаки фіброзно-кістозної мастопатії з перевагою кістозного компонента. У II групі у 18 (90%) жінок не відмічено патології молочних залоз, у 2 (10%) вагітних визначено ознаки фіброзно-кістозної мастопатії з перевагою кістозного компонента. У всіх вагітних III групи не виявлено патології молочних залоз при візуальному, пальпаторному та ультразвуковому обстеженні. У I групі годували власних малюків груддю більше 1 року тільки 8 (16,0%) жінок, у III групі (з оптимальним інтергенетичним інтервалом) — 10 (50%) матерів, а у II групі — 6 (30,0%) пацієнок.**Висновки.** У 40% жінок із великим інтергенетичним інтервалом виявлено різноманітні форми мастопатій. Серед вагітних, в яких інтервал між пологами становив 3–5 років, не відмічено патології молочних залоз. У 10% вікових першороділь визначено тільки фіброзно-кістозну мастопатію. Більш низькі показники лактаційної функції встановлено в жінок із великим інтергенетичним інтервалом та у вікових першороділь. Оцінка стану молочних залоз жінок із великим інтергенетичним інтервалом і в першороділь є невід'ємною складовою наглядом на етапі виношування вагітності для своєчасного застосування заходів щодо поліпшення лактаційної функції в післяпологовому періоді.**Ключові слова:** великий та оптимальний інтергенетичний інтервал, першороділлі, молочні залози, лактація.

Condition of mammary glands during pregnancy and lactation function in women with a large intergenetic interval

L.E. Tumanova, O.V. Kolomiets, N.P. Bazyuk, N.K. Demenina, T.I. Gridina

SI «Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose — to study the condition of the mammary glands during pregnancy and lactation in women with a high intergenetic interval.**Patients and methods.** The study was conducted in three groups: I group — the main (50 women), who gave birth repeatedly after 10 years or more (a large intergenetic interval); 20 pregnant women who were born for the first time at the age of more than 30 years (age-old first-born) — II group; 20 pregnant women who gave birth repeatedly in 3–5 years (optimal intergenetic interval) were III groups. All women during pregnancy conducted a palpation and ultrasound examination of the mammary glands. An interview method was used to evaluate the lactation function.**Results.** In the ultrasound examination and palpation of the mammary glands, 20 (40%) pregnant women in Group I found a pathology of the mammary glands, of which in 10 pregnant women (20%) found fibro-cystic mastopathy with the advantage of the fibrous component, in 4 (8%) patients, fibroadenoma was detected mammary gland, and in 6 (12%) signs of fibro-cystic mastopathy with an advantage of the cystic component. In the 2nd group, 18 (90%) women did not have breast pathology, 2 (10%) identified signs of fibrous-cystic mastopathy with an advantage of the cystic component. In all pregnancies of the III group, mammary gland pathology was not detected by visual, palpation and ultrasound examination. In the I group, only 8 (16.0%) women fed their children for more than a year, while in the group with the optimal intergenetic interval breastfeeding more than a year had 10 (50%) mothers. Among women who gave birth for the first time at the age of 30 years, this figure was 6 (30.0%) and was almost 2 times higher than the same indicator in the main group.**Conclusions.** In 40% of women with a large intergenetic interval, various forms of mastopathy were detected. In pregnant women, in which the interval between births was 3–5 years, the pathology of the mammary glands was not detected. In the 10% of primary age, only fibro-cystic mastopathy was observed. Lactational function was also lower in women with a high intergenetic interval and in age-old primiparas. The assessment of the mammary glands in women with a high intergenetic interval and primary infant is an integral part of supervision at the stage of pregnancy delivery for the timely application of measures to improve lactation function in the postpartum period.**Key words:** large and optimal intergenetic interval, first-year-olds, mammary glands, lactation.

Состояние молочных желез во время беременности и лактационная функция у женщин с большим интергенетическим интервалом

Л.Е. Туманова, А.В. Коломиец, Н.П. Бадзюк, Н.К. Деменина, Т.И. Гридина

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.Н. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

Цель — изучить состояние молочных желез во время беременности и лактационную функцию у женщин с большим интергенетическим интервалом.**Пацієнти та методи.** Исследование проведено в трех группах. В I (основную) группу вошло 50 женщин, рожавших повторно через 10 и более лет (большой интергенетический интервал); во II группу — 20 беременных, рожавших впервые в возрасте более 30 лет (возрастные первородящие); в III группу — 20 беременных, рожавших повторно через 3–5 лет (оптимальный интергенетический интервал). Всем женщинам во время беременности проведено пальпаторное и ультразвуковое обследование молочных желез. Для оценки лактационной функции использован метод интервью.**Результаты.** При ультразвуковом обследовании и пальпации молочных желез у 20 (40%) беременных I группы обнаружена патология молочных желез, из них у (20%) 10 беременных — фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента, в 4 (8%) пациенток — фиброаденома молочной железы, у 6 (12%) — признаки фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента. Во II группе у 18 (90%) женщин не выявлена патология молочных желез, у 2 (10%) пациенток определены признаки фиброзно-кистозной мастопатии

с преобладанием кистозного компонента. У всех беременных III группы не обнаружена патология молочных желез при визуальном, пальпаторном и ультразвуковом обследовании. В I группе больше 1 года кормили своих малышек грудью только 8 (16,0%) женщин, тогда как в III группе (с оптимальным интергенетическим интервалом) — 10 (50%) матерей, во II группе — 6 (30,0%) пациенток.

Выводы. У 40% женщин с большим интергенетическим интервалом обнаружены различные формы мастопатий. У беременных, у которых интервал между родами составил 3–5 лет, не выявлена патология молочных желез. В 10% возрастных первородящих определена только фиброзно-кистозная мастопатия. Более низкие показатели лактационной функции были у женщин с большим интергенетическим интервалом и у возрастных первородящих. Оценка состояния молочных желез у женщин с большим интергенетическим интервалом и возрастных первородящих является неотъемлемой составляющей надзора на этапе вынашивания беременности для своевременного принятия мер по улучшению лактационной функции в послеродовом периоде.

Ключевые слова: большой и оптимальный интергенетический интервал, возрастные первородящие, молочные железы, лактация.

В умовах соціально-економічної нестабільності в суспільстві, погіршення репродуктивного здоров'я нації, підвищення частки вагітних і немовлят із високим перинатальним ризиком і перинатальною патологією особливої актуальності набуває як збереження життя кожної дитини (внутрішньоутробного плода), так і забезпечення фізіологічного росту і розвитку дитини, тобто забезпечення якості життя [2, 4].

Грудне вигодовування дитини є «золотим стандартом» фізіологічного росту і психоемоційного розвитку немовлят, формування психоемоційної єдності з матір'ю, фізіологічного продовження пренатального харчування і постнатального розвитку дитини [3, 13].

У конвенції про права дитини зазначено, що кожна дитина має право на забезпечення її раціональним харчуванням, яке сприятиме фізіологічного розвитку і формуванню здоров'я [17].

За даними спеціальних досліджень, грудне вигодовування сприятливо впливає на організм матері [10, 14]. Смоктання груді дитиною в перші години після пологів прискорює інволюцію матки, захищає породілля від маткових кровотеч, попереджає можливі інфекційні ускладнення [19, 22]. Навіть три місяці годування груддю значно знижують ризик розвитку мастопатії, раку яєчників і молочної залози [5, 20]. Захворювання на остеопороз у старечому віці зустрічаються набагато рідше саме в середовищі жінок, які активно годували груддю [6, 7]. Усе частіше психологи діагностують післяпологову депресію в жінок, але серед жінок, які годують груддю, такі явища рідкі: дія гормонів-ендорфінів, які активно виробляються в результаті вироблення молока, приводить маму в стан емоційної врівноваженості і задоволеності [11, 12]. Важливими перевагами грудного вигодовування є психологічні аспекти взаємин із дитиною [16, 18, 21].

На характер лактації впливає ряд факторів: спадковість, вік жінки, релігія, кількість пологів в анамнезі, вид трудової діяльності, наяв-

ність соматичної і гінекологічної патології, неврівноважений тип нервової системи [1, 6, 7].

Збільшення частоти порушень лактації спостерігається при ускладненнях перебігу вагітності (гестоз, анемія, загроза переривання, пізні перші пологи) та оперативне розродження [16, 26]. Саме ці ускладнення частіше зустрічаються у вікових першороділь та в жінок із великим інтергенетичним інтервалом [17].

Епідеміологія захворювань молочних залоз свідчить про те, що на тлі погіршення репродуктивного здоров'я, яке характеризується зменшенням кількості пологів, пізнім народженням першої дитини, великою кількістю абортів, скороченням періоду грудного вигодовування, обумовлює зростання рівня захворюваності на різні форми мастопатії [1, 17].

Мета дослідження — вивчити стан молочних залоз під час вагітності та лактаційну функцію в жінок із великим інтергенетичним інтервалом.

Матеріали та методи дослідження

Стан молочних залоз під час вагітності є найменш вивченим у жінок із великим інтергенетичним інтервалом та у вікових першороділь.

Дослідження проведено в трьох групах. До I групи (основної) увійшло 50 жінок, які народжували повторно через 10 і більше років (великий інтергенетичний інтервал); до II групи — 20 першороділь у віці від 30 років (вікові першороділлі); до III (контрольної) групи — 20 вагітних, які народжували повторно через 3–5 років (оптимальний інтергенетичний інтервал). Багато хто з цих жінок мав первинну або вторинну неплідність в анамнезі.

Нами старанно вивчено лактаційну функцію в цих самих групах через 6–12 місяців після пологів.

Усім жінкам під час вагітності проведено пальпаторне та ультразвукове обстеження молочних залоз.

Для оцінки стану молочної залози під час вагітності використано найбільш поширену

класифікацію Н.І. Рожкової [1, 26], відповідно до якої існують такі форми мастопатій:

- 1) дифузна кістозно-фіброзна мастопатія з перевагою залозистого компонента (аденоз);
- 2) дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою фіброзного компонента;
- 3) дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою кістозного компонента;
- 4) змішана форма дифузної фіброзно-кістозної мастопатії;
- 5) вузлова фіброзно-кістозна мастопатія.

Нами використано, поряд із визнаним пріоритетним методом традиційної маммографії в діагностиці новоутворень молочних залоз, метод ультразвукової маммографії. Застосовано високочутливі датчики з частотою сканування 7,5–15 МГц, а також кольорове доплерівське картування. Точність діагностики цього методу при пухлинних утвореннях молочних залоз навіть перевищує таку при традиційній маммографії. Ультразвукове обстеження є високоінформативною і необтяжливою діагностикою для хворого, дає змогу уникнути променевого навантаження. Комплексна ультразвукова маммографія дозволяє визначити наявність або відсутність об'ємного утворення, провести диференційну діагностику, оцінити взаєморозташування пухлини з оточуючими структурами та судинами і виробити оптимальну тактику лікування [6, 8, 20]. Цей метод є провідним при обстеженні лімфатичних вузлів і дифузних змін у молочних залозах [7, 9].

Ехографічними проявами дисплазії (мастопатії) молочних залоз є кісти і (або) розширені протоки (у невагітних і нелактуючих жінок), гіперплазія залозистої тканини, що можна розцінювати як кістозний, фіброзний, залозистий або змішаний вид дисплазії молочних залоз [5].

Ультразвукове обстеження молочних залоз здійснено за допомогою ультразвукового апарату G40 «Siemens – 30314» (Японія).

Ультразвукове обстеження молочних залоз проведено в положенні пацієнтки на спині у В-режимі електронним датчиком із частотою сканування 7,5–15 МГц у масштабі реального часу. Під час оцінювання акустичної структури інтактних молочних залоз нами використано методичні рекомендації з ультразвукового зображення нормальних молочних залоз.

Під час огляду та пальпаторного обстеження оцінено такі параметри: розташування та форму молочних залоз; колір та стан шкіри; форму соска та характер виділень (стан лімфатичних вузлів, наявність пухлино подібних утворень).

Під час ультразвукового обстеження оцінено стан преамарної жирової клітковини, паренхіми залози, молочних протоків, лімфовузлів.

Для стандартизації методики та оцінки локалізації патологічного процесу використано розподіл молочних залоз на чотири квадранти: верхньозовнішній, нижньозовнішній, нижньовнутрішній та верхньовнутрішній. Обов'язково обстежено такі зони, як пахвинна, підключична, надключична, передньогрудна [24, 25].

Для оцінки лактаційної функції використано метод інтерв'ю. Протягом року після пологів проведено активне спостереження за трьома групами жінок, шляхом опитування визначено тривалість і ефективність грудного вигодовування.

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано поінформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час ультразвукового обстеження та пальпації молочних залоз у 20 (40%) вагітних із великим інтергенетичним інтервалом виявлено патологію молочних залоз, з них у 10 (20%) вагітних основної групи встановлено фіброзно-кістозну мастопатію з перевагою фіброзного компонента, у 4 (8%) пацієнток – фіброаденому молочної залози, у 6 (12%) – ознаки фіброзно-кістозної мастопатії з перевагою кістозного компонента (табл. 1).

Слід зазначити, що у вагітних із кістозною мастопатією анехогенні округлі утворення визначено в обох молочних залозах, тоді як у жінок фіброзні утворення з чіткими текстурами зниженої ехогенності виявлено лише в одній із молочних залоз.

У II групі у 18 (90%) жінок не виявлено патології молочних залоз, у 2 (10%) визначено ознаки фіброзно-кістозної мастопатії з перевагою кістозного компонента.

Таблиця 1

Дані ультразвукового дослідження молочних залоз у вагітних по групах, абс. (%)

Форма мастопатії	Розподіл жінок по групах		
	1 (n=50)	2 (n=20)	3 (n=20)
Фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою фіброзного компонента	10 (20,0%)*	0	0
Фіброаденома	4 (8,0%)*	0	0
Фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою кістозного компонента	6 (12,0%)*	2 (10,0)	0

Примітка: * – достовірна різниця відносно III групи.

У вагітних з оптимальним інтергенетичним інтервалом не відмічено патології молочних залоз при візуальному, пальпаторному та ультразвуковому обстеженні. У всіх жінок молочні залози розташовані між III і VII ребрами та між *linea parasternalis* і *linea axillaris anterior*. Молочні залози мали форму півкулі. Шкіра молочних залоз звичайного кольору, чиста. Соски випуклої форми, чисті. При надавлюванні із сосків виділялося молоко в мізерній кількості. Лімфатичні вузли (парамамарні, аксиллярні, підлопаткові, підключичні, надключичні, парастернальні) не пальпувалися. Пухлиноподібні утворення пальпаторно не визначалися. Під час ультразвукового обстеження в цих жінок структура молочних залоз представлена залозистою тканиною, з незміненою ехогенністю. Молочні протоки не розширені, товщина залозистого слою справа і зліва однакова. Вузлової патології на момент огляду не виявлено.

Нами проведено моніторинг характеру лактаційної функції й тривалості грудного вигодування в усіх трьох групах. Визначено такі терміни грудного вигодування: до 6 місяців, від 6 місяців до 1 року, а також більше 1 року.

В основній групі жінок із великим інтергенетичним інтервалом більше 1 року годували власних малюків тільки 8 (16,0%) жінок, тоді як у групі з оптимальним інтергенетичним інтервалом — 10 (50%) матерів. Серед жінок, які народжували вперше у віці від 30 років, цей показник становив 6 (30,0%) і був майже удвічі вищим за аналогічний показник в основній групі (табл. 2).

Суттєвої різниці у II та III групах між кількістю жінок, які вигодували малюків груддю від 6 до 12 місяців, не виявлено.

В основній групі задовільну лактацію від 6 місяців до 1 року мали 15 (30,0%) жінок, у групі вікових першороділь — 8 (40,0%), у групі з оптимальним інтервалом між пологами — 9 (45%). Слід зазначити, що в обох групах контролю кількість жінок, що вигодували дітей грудним молоком від 6 до 12 місяців, була дещо більшою.

Більшість жінок — 27 (54,1%) — основної групи годували власних дітей груддю до 6 місяців. Можливо, цей показник пов'язаний з нашими попередніми даними про те, що в основній групі прояви різних форм мастопатій мали 40% обстежених вагітних напередодні пологів.

У групі з оптимальним інтергенетичним інтервалом годувала груддю до 6 місяців лише 1 (5%) жінка, що суттєво менше за такий показ-

Таблиця 2
Терміни вигодування грудним молоком по групах обстежених жінок, абс. (%)

Тривалість лактації	Розподіл жінок по групах		
	1 (n=50)	2 (n=20)	3 (n=20)
До 6 місяців	27 (54,0)*	6 (30,0)*	1 (5)
Від 6 місяців до 1 року	15 (30,0)*	8 (40,0)	9 (45)
Більше 1 року	8 (16,0)*Δ	6 (30,0)*	10 (50)

Примітки: * — достовірна різниця відносно III групи, Δ — достовірна різниця відносно II групи.

ник в основній групі, а також у групі вікових першороділь — 6 (30,0%).

Таким чином, у жінок із великим інтергенетичним інтервалом спостерігалася значне збільшення патології молочної залози, і, як наслідок, 54% цих жінок годували груддю до 6 місяців, тоді як 95% жінок з оптимальним проміжком між пологами годували груддю більше 6 місяців, а 50% з них — більше 1 року.

Заходи щодо поліпшення лактаційної функції в жінок із великим інтергенетичним інтервалом є досить актуальними на сьогодні, оскільки кількість таких жінок невпинно зростає.

Висновки

У жінок із великим інтергенетичним інтервалом спостерігається суттєве збільшення патології молочних залоз (до 40%) порівняно з вагітними, в яких інтервал між пологами оптимальний. Це вірогідно пояснюється наявністю факторів розвитку мастопатій, а саме: віком, обтяженим гінекологічним анамнезом (вторинною неплідністю, великою кількістю абортів), підвищеною частотою соматичної патології, ускладненим перебігом вагітності та пологів.

Збільшення частоти порушень лактації відмічається при ускладненнях перебігу вагітності та оперативному розродженні, саме ці розлади частіше зустрічаються у вікових першороділь та жінок із великим інтергенетичним інтервалом.

Оцінка стану молочних залоз жінок із великим інтергенетичним інтервалом та вікових першороділь є невід'ємною складовою нагляду на етапі виношування вагітності для своєчасного застосування заходів щодо поліпшення лактаційної функції в післяпологовому періоді постнатально.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Апандиева ММ. (2008). Особенности гестации и лактации у женщин с железодефицитной анемией и пиелонефритом. Автореф. ... канд. мед. наук. Волгоград: 24.
2. Асиятилова МС. (2008). Профилактика осложнений гестации и нарушений лактации при перенашивании беременности. Автореф. ... канд. мед. наук. Москва: 20.
3. ВОЗ. (1989). Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб. Совместная Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ. Женева: 1–12.
4. Гурьева ВА, Нелюбова АБ. (2015). Риск гипогалактии и мероприятия оптимизации грудного вскармливания. Международный научно-исследовательский журнал. 11 (42); 5: 21–26.
5. Зубков ВВ. (2016). Профилактика и коррекция гипогалактии. Медицинский совет. 12: 138–140.
6. Кешишян ЕС, Мархулия ХМ, Балашова ЕД. (2013, март-апрель). Гипогалактия у кормящих женщин и методы ее коррекции. Практика педиатра: 23–27.
7. Коровина НА, Подзолкова НМ, Захарова ИН и др. (2004). Особенности питания беременных и женщин в период лактации. Руководство для врачей. Москва: Медпрактика: 5–64.
8. Кулаков ВИ, Серов ВН, Абакарова ПР и др. (2005). Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Руководство для практикующих врачей. Москва: Литтерра. 17: 167–171.
9. Магомедова ЗА. (2006). Лактационная функция у родильниц с урогенитальными вирусными инфекциями. Автореф. ... канд. мед. наук. Волгоград: 26.
10. Министерство здравоохранения РФ (2000). Развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации. Москва: Издательство ФНИИ медицинских проблем формирования здоровья МЗ РФ: 64.
11. Нелюбова АБ, Гурьева ВА. (2010). Пути оптимизации практики грудного вскармливания. Сибирский медицинский журнал. 1: 102–105.
12. Николаева ЛВ, Ушанова КА. (2013). Первая беременность и первые роды. Руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа: 284.
13. Омарова МШ. (2008). Лактационная функция у женщин при сочетании гипотиреоза и железодефицитной анемии. Автореф. ... канд. мед. наук. Ростов на Дону: 26.
14. Пинхосевич ЕГ, Линденбратен ЛД. (1992). Маммография вчера, сегодня, завтра. Медицина. 1: 4–45.
15. Рожкова НИ. (1993). Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы. Москва Медицина: 224.
16. Рюмина ИИ, Евтеева НВ, Онищенко ЮГ. (2013). Роль сцеживания грудного молока в поддержании эффективной лактации Вопросы практической педиатрии. Москва. 8; 4: 74–77.
17. Туманова ЛЕ, Сорокин АВ, Коломиец ЕВ, Бадзюк НП. (2015). Акушерская и экстрагенитальная патология у женщин с большим интергенетическим интервалом. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 4: 53–60.
18. Чернуха ЕА. (2006). Нормальный и патологический послеродовой период. Руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа: 272.
19. Шунько ЄЄ, Тутченко ЛІ, Костюк ОО, Марушко ТЛ. (2002). Сучасне ведення лактації та грудного вигодовування. Навчальний посібник. Київ: 152.
20. Энкин М и соавт. (2003). Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Санкт-Петербург: Пронемес: 168.
21. Янмурзаева ЗА. (2006). Особенности лактации и коррекция ее нарушений при преждевременных родах. Автореф. ... канд. мед. наук. Волгоград: 21.
22. Der G, Batty GD, Deary IJ. (2006). Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. BMJ. 333; 7575: 945.
23. Harper AP. (1985). Ultrasound mammography. Baltimore: University Park Press.
24. Mizuno K, Ueda A. (2006). Changes in sucking performance from non-nutritive sucking to nutritive sucking during breast- and bottle-feeding. Pediatr. Res. 59; 5: 728–731.
25. Taneja DK, Misra A, Mathur NB. (2005). Infant feeding — an evaluation of text and taught. Indian J. Pediatr. 72; 2: 127–129.
26. Wagner CL, Graham EM, Hope WW. (2004). Human milk and lactation. Retrieved from <http://www.emedicine.com/ped/NEONATOLOGY.htm>.

Сведения об авторах:

Туманова Лариса Евгеньевна — д.мед.н., проф., зав. отделения профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «ИПАГ имени акад. Лукьяновой Е.М. НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-22-31.

Коломиец Елена Владимировна — к.мед.н., ст.н.с. отделения профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «ИПАГ имени акад. Лукьяновой Е.М. НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Бадзюк Наталья Петровна — врач акушер-гинеколог отделения профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «ИПАГ имени акад. Лукьяновой Е.М. НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Деменина Надежда Каземировна — к.мед.н., н.с. отделения профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «ИПАГ имени акад. Лукьяновой Е.М. НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-82-87.

Гридина Т.І. — отделение профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «ИПАГ имени акад. Лукьяновой Е.М. НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Статья поступила в редакцию 11.01.2018 г.