

**А.В. ПРИХОДЬКО, И.С. ЛИПАТОВ, Ю.В. ТЕЗИКОВ,  
Н.В. МАРТЫНОВА, Л.К. МИНГАЛИЕВА**

Самарский государственный медицинский университет

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО КОМПЛЕКСА  
У РОДИЛЬНИЦ ВЫСОКОГО РИСКА РАННЕЙ ГИПОГАЛАКТИИ  
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИМИ СТАНДАРТАМИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ  
МЕДИЦИНЫ**

Для реализации поставленной цели исследования по оценке эффективности разработанного комплексного метода профилактики патологического течения лактогенеза обследованы 200 родильниц с плацентарной недостаточностью (ПН) различной степени тяжести, из них 90 женщин отказались от проведения профилактических мероприятий, 110 женщинам проведена превентивная терапия разработанным комплексным методом, 40 женщин с физиологическим течением гестации составили группу контроля. В динамике послеродового периода проводилась оценка становления лактационной функции молочных желез у женщин групп сравнения путем определения суточного объема молока, качественного состава секрета молочных желез, диагностики клинических признаков патологического лактогенеза, определения уровня пролактина. Полученные результаты исследования подтвердили негативное влияние отягченного ПН течения беременности на становление лактационной функции. Разработанный превентивный комплекс показал высокую эффективность в отношении патологического течения лактогенеза, что было подтверждено методологическими стандартами доказательной медицины (ЧБНЛ= 1,64, 95% ДИ 1,37-1,88; ОШ=21,5, 95% ДИ 16,4-27,3).

**Ключевые слова:** лактогенез, ранняя гипогалактия, плацентарная недостаточность, дородовое сцеживание, видимый инфракрасный поляризованный свет, метоклопрамид, доказательная медицина

**Приходько Анастасия Владимировна** – очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 1. E-mail: taura1991@mail.ru

**Липатов Игорь Станиславович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1. E-mail: i.lipatoff2012@yandex.ru

**Тезиков Юрий Владимирович** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1. E-mail: yura.75@inbox.ru

**Мартынова Надежда Владимировна** – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии № 1. E-mail: nadya-martynova@yandex.ru

**Мингалиева Лейсан Камильевна** – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии № 1. E-mail: dominae\_arcana@mail.ru

**A.V. PRIKHODKO, I.S. LIPATOV, YU.V. TEZIKOV,  
N.V. MARTYNOVA, L.K. MINGALIEVA**

Samara State Medical University

**EVALUATION OF THE PREVENTIVE COMPLEX EFFICIENCY IN  
THE HIGH-RISK PUERPERAS OF EARLY HYPOGALACTIA BY  
METHODOLOGICAL STANDARDS OF EVIDENCE-BASED MEDICINE**

To evaluate the effectiveness of the developed complex method for the pathological course of lactogenesis, we examined 200 puerperas with placental insufficiency (PN) of varying severity. Ninety women refused preventive measures, 110 women underwent preventive therapy with a developed complex method, 40 women with the physiological course of gestation constituted a control group. In the dynamics of the postpartum period, we assessed the lactational function of mammary glands in women of comparison groups by determining the daily milk volume, the qualitative composition of the mammary glands secretion, evaluation of clinical signs of pathological lactogenesis, and determination of the prolactin level. The obtained results of the study confirmed the negative effect of the complicated pregnancy on the lactation function development. The developed preventive complex appears to be effective against the pathological course of lactogenesis. This was confirmed by the methodological standards of evidence-based medicine (NNT = 1.64, 95% CI 1.37-1.88, OR = 21.5, 95% CI 16.4- 27.3).

**Keywords:** lactogenesis, early hypogalactia, placental insufficiency, prenatal pumping, visible infrared polarized light, metoclopramide, evidence-based medicine

**Anastasiya Vladimirovna Prikhodko** – Postgraduate student of the Obstetrics and Gynecology Department №1. E-mail: taura1991@mail.ru

**Igor Stanislavovich Lipatov** – Doctor of Medicine, Professor of the Obstetrics and Gynecology Department №1. E-mail: i.lipatoff2012@yandex.ru

**Yuriy Vladimirovich Tezikov** – Doctor of Medicine, Head of the Obstetrics and Gynecology Department №1. E-mail: yra.75@inbox.ru

**Nadezhda Vladimirovna Martynova** – Resident physician of the Obstetrics and Gynecology Department №1. E-mail: nadya-martynova@yandex.ru

**Leysan Kamilievna Mingaliev** – Resident physician of the Obstetrics and Gynecology Department №1. E-mail: dominae\_arcana@mail.ru

Доказательная медицина как современное явление – это способ управления качеством оказания медицинской помощи, позволяющий обеспечить взаимодействие между интересами конкретного пациента и государственной системой здравоохранения. Не вызывает сомнений необходимость подтверждения результативности и безопасности внедряемых в клиническую практику методов профилактики и лечения заболеваний. Доказательная медицина позволяет получить наиболее полную информацию о результатах проведенных терапевтических мероприятий для принятия клинических и управленческих решений [3, 7].

Основной объем всех научных исследований составляют именно работы, посвященные анализу эффективности и безопасности различных методов профилактики и лечения заболеваний. Следовательно, данный раздел является одним из главных направлений современных клинических испытаний. О результативности проведенного исследования и эффективности предлагаемого метода можно судить при наличии возможности получить ответы на актуальные вопросы клинической практики на основании результатов исследования, дать конкретные практические рекомендации, улучшить показатели фармакоэкономики и рационального использования экономических ресурсов здравоохранения [3, 14].

Данные принципы были использованы в настоящем исследовании для оценки эффективности комплексного подхода к превентивной терапии ранней гипогалактии у женщин группы высокого риска. Данное осложнение послеродового периода является актуальной проблемой современного акушерства и неонатологии и требует тщательного подхода к выбору эффективного и безопасного метода профилактики и коррекции [1, 6, 15]. Развитие ранней гипогалактии может быть спровоцировано рядом причин, одну из ведущих позиций среди них занимает плацентарная недостаточность [5, 11, 16]. Представляет интерес исследование эффективности предлагаемого комплексного метода превентивной тера-

пии нарушений становления лактационной функции у женщин с ПН как фактора риска развития ранней гипогалактии.

**Цель исследования:** с применением методологических стандартов доказательной медицины оценить эффективность разработанного превентивного комплекса в отношении реализации ранней гипогалактии у родильниц с отягощенным плацентарной недостаточностью течением гестации.

#### **Материалы и методы исследования**

В исследовании принимали участие 200 родильниц с отягощенным ПН различной степени тяжести течением настоящей беременности и их новорожденные. В зависимости от степени тяжести ПН и проводимых профилактических мероприятий были сформированы клинические группы сравнения: 1 группа – 90 родильниц, отказавшихся от превентивной терапии ранней гипогалактии (в подгруппу 1а включены 48 женщин с дисфункцией плаценты, в подгруппу 1б – 42 женщины с декомпенсированной (ДПН) и прогрессирующей ДПН); 2 группа – 110 родильниц, которым проводилась профилактика ранней гипогалактии комплексным методом (в 2а подгруппе – 63 наблюдения с дисфункцией плаценты, в 2б подгруппе – 47 наблюдений с ДПН и прогрессирующей ДПН). Контрольную группу составили 40 здоровых родильниц с физиологическим течением беременности, родоразрешенных «per vias naturales» без осложнений в срок доношенным зрелым новорожденным. Сравнимые 1 и 2 группы (1а и 2а, 1б и 2б подгруппы) были сформированы по принципу «случай-контроль» с отсутствием достоверных различий по возрасту, району проживания, анамнезу, паритету, сроку и способу родоразрешения, а также состоянию детей при рождении. Исследование проводилось в период с 2013 по 2017 гг. на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии № 1 СамГМУ – ГБУЗ СОКБ имени В.Д. Середавина, ГБУЗ СО СГКБ № 2 имени Н.А. Семашко.

Критерием включения в 1 и 2 группы исследования явилось осложненное ПН течение гестации как фактор риска раз-

вития ранней гипогалактии, а также согласие женщины на участие в научном исследовании. Критериями исключения явилось наличие абсолютных и относительных противопоказаний для грудного вскармливания у матери и ребенка, критической ПН, а также отказ женщины от грудного вскармливания [17]. Кроме этого, нами учитывалось время первого прикладывания к груди, совместное или раздельное пребывание матери и ребенка, выполнение рекомендованной техники грудного вскармливания.

В динамике послеродового периода нами была проведена оценка лактационной функции молочных желез по следующим параметрам: суточный объем молока с учетом потребности в нем новорожденного (на 4-е и 6-е сутки), качественный состав молока (на 5-6-е сут.), клиническое течение лактогенеза (на 5-6-е сут.) [8]. На основании данных критериев производилась верификация диагноза ранней гипогалактии. Степень тяжести данной патологии определялась с учетом классификации гипогалактии по уровню дефицита молока [9]. Кроме этого, на 2-е и 5-6-е сут. послеродового периода нами определялся уровень гормональной регуляции лактационной функции по динамике пролактина (ПРЛ).

Суточный объем молока определяли гравиметрическим методом, его соответствие потребностям новорожденного или степень его дефицита оценивали по формуле Н.Ф. Филатова в модификации Г.И. Зайцевой [4, 12]. Качественный состав молока оценивали путем определения содержания в нем белка, молочного жира и лактозы. Исследование проводили на биохимическом анализаторе «Cobas e411 HITACHI» фирмы Hoffman Le Roche (Switzerland) с предварительной пробоподготовкой образцов [2]. Клинические субъективные и объективные признаки патологического лактогенеза оценивали, как со стороны матери, так и со стороны ребенка. Учитывали такие показатели, как отсутствие нагрубания молочных желез, чувства «прилива» молока и «потепления» молочных желез у матери; со стороны новорожденного обращали внимание на снижение частоты мочеиспусканий, «голодный» стул, отсутствие засыпания после кормления и укорочение временного промежутка между кормлениями. Для определения уровня ПРЛ использовали коммерческие наборы фирмы «Hoffman La Rosch» (Швеция) для автоматического анализатора Cobas Core II той же фирмы.

Для диагностики ПН в период гестации использовалась комплексная балль-

ная шкала оценки степени тяжести ПН с расчетом итогового показателя и клиническая классификация ХПН [10]. Верификация диагноза ХПН осуществлялась на основании морфологических исследований последов.

Комплексный подход к профилактике ранней гипогалактии включал ежедневное родовое (за 10-14 дней до родоразрешения) и послеродовое сцеживание секрета молочных желез; воздействие видимым инфракрасным поляризованным светом (ВИП-свет) на молочные железы 2 раза в день в течение первых 5-ти дней послеродового периода (свет лампы Биоптрон направляется под прямым углом на расстоянии 3-4 см на участок ареолы выше соска левой, затем правой молочной железы, экспозиция – 8 мин на одну точку, временной интервал между процедурами в течение дня 3-4 часа, непосредственно перед и после сеанса участок воздействия обрабатывают окси-спреем); прием метоклопрамида по 10 мг 1 раз в день первые 3 дня послеродового периода [12, 13].

При обработке результатов применялась статистическая программа STATISTICA-9. Критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05. Статистическая разница между группами определялась с использованием критерия Стьюдента и дисперсионного анализа по Фишеру-Снедекору, U-критерия Манна-Уитни. Эффективность разработанного комплексного профилактического метода в отношении нарушения становления лактации оценивалась методологическими стандартами доказательной медицины [3].

### **Полученные результаты и их обсуждение**

Исследование секреторной активности молочных желез в динамике лактогенеза (таблица 1) выявило отсутствие статистически значимых различий между второй и контрольной группами ( $p > 0,05$ ), объем молока полностью соответствовал потребностям новорожденного. У рожениц, отказавшихся от превентивного лечения, наблюдалось значительное снижение объема молока как на 4-е, так и на 6-е сут. послеродового периода, с наиболее выраженным дефицитом у пациенток с тяжелыми формами ПН в период гестации (16 подгруппа). На 4-е сут. послеродового периода секреторная активность молочных желез в первой группе по сравнению с группой контроля была снижена в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ), по сравнению со второй группой – в 1,7 раза ( $p < 0,05$ ), на 6-е сут. также наблюдались статистически

значимые различия, с контрольной группой – в 2,0 раза ( $p < 0,05$ ), со второй группой – в 1,9 раза ( $p < 0,05$ ).

В связи со значительными физиологическими изменениями качественного состава молока в первые сутки послеродового периода, сравнительный анализ содержания основных компонентов нами проводился на 5-6-е сут., когда их уровень приближен к составу зрелого молока. По данному параметру также было выявлено отсутствие статистически значимых различий между второй и контрольной группами по содержанию всех исследованных макронутриентов ( $p > 0,05$ ), что обосновывает значимую коррекцию нарушения становления лактационной функции у женщин с ПН в период гестации на фоне проводимой терапии. В свою очередь, было выявлено достоверное снижение уровней белка, молочного жира, лактозы в группе женщин, отказавшихся от превентивных мероприятий, наиболее выраженное снижение отмечалось в 16 подгруппе с ДПН и прогрессирующей ДПН ( $p = 0,025$  между 1 и 2 группами,  $p = 0,012$  между 1 и контрольной группами).

Аналогичная закономерность была получена при оценке клинических про-

явлений патологического лактогенеза, с отсутствием статистически значимых различий по всем признакам между второй и контрольной группами и с наличием достоверных различий с первой группой родильниц.

Исследование уровня ПРЛ выявило стимулирующее влияние предлагаемого превентивного комплекса как на индуцированный, так и базальный его уровень во второй группе обследованных женщин (таблица 2). На 2-е сут. пуэрперия наиболее высокий базальный уровень данного гормона был зафиксирован в группе контроля, что объясняется физиологическим течением лактогенеза. Во второй группе уровень ПРЛ был несколько снижен, что может быть обусловлено незавершенностью курса превентивной терапии гипогалактии. Самый низкий уровень ПРЛ был отмечен в первой группе родильниц ( $p < 0,05$  по сравнению со второй и контрольной группами). На 5-6-е сут. статистически значимые различия по уровню ПРЛ между второй и контрольной группами отсутствовали ( $p > 0,05$ ), разница между первой и второй группами в среднем составила 1819 мМЕ/л ( $p < 0,05$ ), между первой и контрольной – 1987 мМЕ/л ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1

**Секреторная активность молочных желез у женщин групп сравнения в динамике послеродового периода (Ме [Q25-Q75], мл)**

Сутки пуэрперия	1 группа (n = 90)		2 группа (n = 110)		Контрольная группа (n = 40)
	1а (n = 48)	1б (n = 42)	2а (n = 63)	2б (n = 47)	
	без превент. лечения		на фоне превент. лечения		
4-е сут.	228*** [201-259]	141*** [125-166]	317* [290-345]	295** [276-329]	325 [303-341]
6-е сут.	321*** [297-349]	217*** [189-231]	521* [486-528]	489** [443-506]	532 [507-554]

\* – разница статистически значима по сравнению с 1а подгруппой ( $p < 0,05$ );

\*\* – разница статистически значима по сравнению с 1б подгруппой ( $p < 0,05$ );

\*\*\* – разница статистически значима по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2

**Динамика базального уровня ПРЛ у женщин групп сравнения в послеродовом периоде (Ме [Q25-Q75], мл)**

Сутки пуэрперия	1 группа (n = 90)		2 группа (n = 110)		Контрольная группа (n = 40)
	1а (n = 48)	1б (n = 42)	2а (n = 63)	2б (n = 47)	
	без превент. лечения		на фоне превент. лечения		
2-е сут.	2947*** [2644-3198]	2315*** [2021-2637]	3298* <sup>***</sup> [2974-3386]	3154** <sup>***</sup> [2781-3212]	3825 [3415-4117]
5-6-е сут.	4831*** [4519-5198]	3964*** [3570-4391]	6276* [6237-6793]	6158** [6142-6605]	6385 [6154-6846]

\* – разница статистически значима по сравнению с 1а подгруппой ( $p < 0,05$ );

\*\* – разница статистически значима по сравнению с 1б подгруппой ( $p < 0,05$ );

\*\*\* – разница статистически значима по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ).

По результатам проведенного исследования было сделано заключение о частоте реализации ранней гипогалактии (таблица 3). В первой группе обследованных женщин частота данной патологии составила 72,2% (65/90) наблюдений, в 1а подгруппе – 64,6% (31/48), в 1б подгруппе – 81,0% (34/42); во второй группе частота ранней гипогалактии была значительно ниже и составила 10,9% (12/110) наблюдений ( $\chi^2 = 18,75$  при  $p < 0,05$  по сравнению с 1 группой), при этом в 2а подгруппе – 6,3% (4/63) ( $\chi^2 = 17,98$  при  $p < 0,05$  по сравнению с 1а подгруппой), в 2б подгруппе – 17,0% (8/47) ( $\chi^2 = 19,14$  при  $p < 0,05$  по сравнению с 1б подгруппой). Нарушения лактационной функции во второй группе, которые реализовались несмотря на проводимый профилактический комплекс, можно объяснить негативным синергическим действием осложнений беременности и родов у ряда женщин на фоне отягощенного ПН течения беременности. В целом, снижение частоты реализации ранней гипогалактии в результате применения разработанного превентив-

ного комплекса во второй группе составило 61,3% – 6,6 раз (в 2а подгруппе – 58,3% – 10,3 раз, в 2б подгруппе – 64% – 4,8 раз).

По результатам анализа степени дефицита молока в подгруппах сравнения были получены данные о степенях тяжести ранней гипогалактии (таблица 4). Во второй группе гипогалактия I степени тяжести была отмечена у 9,1% (10/110) родильниц ( $\chi^2 = 13,54$  при  $p < 0,05$  по сравнению с 1 группой – 51,1%), гипогалактия II степени – у 1,8% (2/110) родильниц ( $\chi^2 = 7,12$  при  $p < 0,05$  по сравнению с 1 группой – 17,8%). В 2а подгруппе наблюдались женщины только с гипогалактией I степени, в 2б подгруппе – женщины с гипогалактией I степени составили 12,8% (6/47) наблюдений ( $\chi^2 = 11,94$  при  $p < 0,05$  по сравнению с 1б подгруппой – 45,2%), II степени – 4,2% (2/47) наблюдения ( $\chi^2 = 10,05$  при  $p < 0,05$  по сравнению с 1б подгруппой – 28,6%). В первой группе было выявлено 3 наблюдения (3,3%) с гипогалактией III степени тяжести, у всех этих женщин была диагностирована прогрессирующая ДПН, ЗРП III степени.

Таблица 3

**Частота реализации гипогалактии у обследованных женщин (%(абс. ч.))**

1 группа (n = 90)		2 группа (n = 110)		Контрольная группа (n = 40)
1а (n = 48)	1б (n = 42)	2а (n = 63)	2б (n = 47)	
без превент. лечения		на фоне превент. лечения		-
64,6 (31)	81,0 (34)	6,3 (4)*	17,0** (8)	
72,2 (65)		10,9*** (12)		

- \* – разница статистически значима по сравнению с 1а подгруппой ( $p < 0,05$ );
- \*\* – разница статистически значима по сравнению с 1б подгруппой ( $p < 0,05$ );
- \*\*\* – разница статистически значима по сравнению с 1 группой ( $p < 0,05$ ).

Таблица 4

**Частота реализации гипогалактии различной степени тяжести у обследованных женщин (%(абс. ч.))**

Степень гипогалактии	1а (n = 48)	1б (n = 42)	Всего 1 группа (n = 90)	2а (n = 63)	2б (n = 47)	Всего 2 группа (n = 110)
	без превент. лечения			на фоне превент. лечения		
I	56,3 (27)	45,2 (19)	51,1 (46)	6,3* (4)	12,8** (6)	9,1*** (10)
II	8,3 (4)	28,6 (12)	17,8 (16)	-	4,2** (2)	1,8*** (2)
III	-	7,2 (3)	3,3 (3)	-	-	-
IV	-	-	-	-	-	-
Всего	64,6 (31)	81,0 (34)	72,2 (65)	6,3* (4)	17,0** (8)	10,9*** (12)

- \* – разница статистически значима по сравнению с 1а подгруппой ( $p < 0,05$ );
- \*\* – разница статистически значима по сравнению с 1б подгруппой ( $p < 0,05$ );
- \*\*\* – разница статистически значима по сравнению с 1 группой ( $p < 0,05$ ).

На основании проведенного исследования были определены методологические стандарты доказательной медицины: ЧБНЛ=1,64, 95% ДИ 1,37-1,88; ОШ=21,5, 95% ДИ 16,4-27,3, которые доказывают высокую эффективность применения разработанного метода превентивной терапии ранней гипогалактии у женщин группы высокого риска. Комплексный подход к профилактическим мероприятиям способствует становлению рефлекса отделения молока, стимуляции уровня пролактина, обладает иммуномодулирующим и противовоспалительным действием. Это находит свое отражение в увеличении секреторной активности молочных желез, улучшении качественного состава молока и снижении частоты клинических признаков патологического лактогенеза, что в результате приводит к значительному снижению частоты реализации ранней гипогалактии у женщин группы высокого риска по развитию нарушений лактационной функции, а именно – с отягощенным ПН различной степени тяжести течением гестации.

#### Выводы

Женщины с отягощенным ХПН различной степени тяжести течением гестации должны быть отнесены к группе высокого риска по развитию ранних нарушений лактационной функции в послеродовом периоде. Это позволит своевременно, еще на дородовом этапе, проводить профилактические мероприятия, пролонгировать естественное вскармливание. Особое внимание заслуживают беременные с тяжелыми формами ПН, частота реализации ранней гипогалактии в данной когорте женщин – более 80%. При этом, более тяжелое течение ПН в период гестации провоцирует развитие гипогалактии более тяжелой степени с более выраженным дефицитом молока по отношению к потребностям новорожденного.

Разработанный комплексный метод превентивной терапии ранней гипогалактии является высокоэффективным (ЧБНЛ=1,64, 95% ДИ 1,37-1,88; ОШ=21,5, 95% ДИ 16,4-27,3), безопасным для здоровья матери и ребенка, экономически и технически доступным. Широкое применение данного метода у женщин групп высокого риска по ранним нарушениям лактации позволит снизить частоту гипогалактии и улучшить показатели здоровья населения.

#### Список литературы

1. Захарова Л.И., Печуров Д.В., Кольцова Н.С. Амбулаторная неонатология. Формирование здоровья ребенка первого года

жизни. Практическое руководство для врачей-педиатров первичного звена здравоохранения, врачей общей практики, семейных врачей. – М.: Медпрактика-М. – 2014. – С. 35-48.

2. Каганова Т.И., Бредучева Л.А., Логинова А.А. О суточных колебаниях состава грудного молока // Детская медицина северо-запада. – 2012. – Т. 3. – №3. – С. 32-36.

3. Котельников Г.П., Шпигель А.С. Доказательная медицина. Научно-обоснованная медицинская практика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 210-222.

4. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Приходько А.В. с соавт. Оценка лактогенеза и прогнозирование ранней гипогалактии кристаллографическим методом // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. – № 1. – С. 57-64.

5. Мартынова Н.В., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. с соавт. Осложнения беременности и родов у женщин с генитальным эндометриозом [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 1. – С. 28. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26063> (дата обращения: 13.04.2017).

6. Мигачева Н.Б. Взаимосвязь отягощенного наследственного анамнеза по аллергическим заболеваниям у детей раннего возраста с характером их вскармливания на первом году жизни // Аспирантский вестник Поволжья. – 2015. – № 5-6. – С. 75-79.

7. Основы доказательной медицины. Учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей. / Под общей редакцией академика РАМН, профессора Р.Г. Оганова. – М.: Силиция-Полиграф, 2010. – 136 с.

8. Приходько А.В. Сравнительная оценка методов диагностики ранней гипогалактии с применением тестов клинической эпидемиологии // Аспирантский вестник Поволжья. – 2015. – № 5-6. – С. 41-47.

9. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: руководство. Т. 9 / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – Москва: Литтерра, 2008. – 1152 с.

10. Стрижаков А.Н., Липатов И.С., Тезиков Ю.В. Комплексная оценка степени тяжести хронической плацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология. – 2012. – №3. – С. 20-25.

11. Стрижаков А.Н., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. с соавт. Стратификация беременных на ранних сроках гестации путем объективизации факторов «физиологической альтерации», механизмов гестационной адаптации и эмбриоплацентарной дисфункции // Наука и инновации в медицине. – 2016. – № 4. – С. 6-13.

12. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Приходько А.В. Влияние комплексной профилактики нарушения становления лактации на цитокиновый профиль и уровень пролактина у родильниц с дисфункцией плаценты во время беременности [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25179> (дата обращения: 13.04.2017).

13. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Приходько А.В. Результаты применения комплексной превентивной терапии ранней гипогалактии у родильниц с плацентарной недостаточностью в период гестации // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17. – № 5-3. – С. 874-878.
14. Alyahya M.S., Hijazi H.H., Alshraideh H.A. et al. Integrating the Principles of Evidence Based Medicine and Evidence Based Public Health: Impact on the Quality of Patient Care and Hospital Readmission Rates in Jordan // Int J Integr Care. – 2016. – Vol. 16(3). – P. 12.
15. Chowdhury R. et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis // Acta Paediatr. – 2015. – Vol. 4. – P. 96-113.
16. Hunt K., Kennedy S.H., Vatish M. Definitions and reporting of placental insufficiency in biomedical journals: a review of the literature // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2016. – P. 146-149.
17. Victora C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect // Lancet. – 2016. – P. 475-490.