

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025

УДК 618.6

Белоусова Т.В.¹, Скворцова В.А.^{2,3}, Лукоянова О.Л.², Андрюшина И.В.¹, Боровик Т.Э.^{2,4}, Малютина Л.В.^{3,5}, Захарова Н.И.⁵

Использование докорма по медицинским показаниям при грудном вскармливании новорождённых детей

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 630091, Новосибирск, Россия;

²ФГАОУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, 119296, Москва, Россия;

³ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимиরского», 129110, Москва, Россия;

⁴ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, Москва, Россия;

⁵ГБУЗ МО «Научно-исследовательский клинический институт» детства Минздрава Московской области, 141009, Мытищи, Россия

Резюме

Введение. Нередки случаи как недооценки значимости назначения дополнительного питания ребёнку, находящемуся на грудном вскармливании, со стороны медицинского персонала, так и необоснованного введения детской смеси, особенно в неонатальном периоде. **Цель:** разработать способы эффективной коррекции недостаточного потребления грудного молока новорождёнными детьми путём своевременного введения докорма детской смесью с последующей её отменой.

Материалы и методы. Разработка и апробация чек-листа «Докорм доношенному новорождённому, находящемуся на грудном вскармливании» в перинатальном центре.

Результаты. Разработан чек-лист как перечень значимых мероприятий для выявления и коррекции недостаточного потребления грудного молока новорождёнными детьми. Внедрение чек-листа в работу перинатального центра с регистрацией обоснования введения и отмены докорма в медицинской документации позволяет исключить необоснованное назначение докорма новорождённым, своевременно выявлять детей, нуждающихся в дополнительном питании, выбирать оптимальный его объём, осуществлять контроль за состоянием детей и обеспечить своевременную отмену докорма, что способствует созданию эффективной модели поддержки грудного вскармливания новорождённых.

Заключение. В неонатальном периоде существуют различные состояния, которые могут потребовать назначения новорождённому дополнительного питания в случае недостатка материнского молока. Разработанный чек-лист по назначению докорма является современной технологией сохранения грудного вскармливания и важным практическим шагом его поддержки с первых суток жизни ребёнка.

Ключевые слова: новорождённые дети; грудное вскармливание; докорм; транзиторные состояния; грудное молоко; недостаточное потребление

Для цитирования: Белоусова Т.В., Скворцова В.А., Лукоянова О.Л., Андрюшина И.В., Боровик Т.Э., Малютина Л.В., Захарова Н.И. Использование докорма по медицинским показаниям при грудном вскармливании новорождённых детей. *Российский педиатрический журнал*. 2025; 28(6): 399–407. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2025-28-6-399-407> <https://elibrary.ru/wlkrgp>

Для корреспонденции: Белоусова Тамара Владимировна, доктор мед. наук, проф., зав. каф. педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, belousovatv03@yandex.ru

Участие авторов: Белоусова Т.В., Скворцова В.А. — концепция и дизайн исследования; Лукоянова О.Л., Андрюшина И.В., Боровик Т.Э., Малютина Л.В., Захарова Н.И. — сбор и обработка материала; Белоусова Т.В., Скворцова В.А., Андрюшина И.В., Лукоянова О.Л. — написание текста; Белоусова Т.В., Скворцова В.А. — редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 01.11.2025

Принята к печати 27.11.2025

Опубликована 25.12.2025

**Tamara V. Belousova¹, Vera A. Skvortsova^{2,3}, Olga L. Lukoyanova², Irina V. Andriushina¹, Tatiana E. Borovik^{2,4},
Ludmila V. Malyutina^{3,5}, Nina I. Zakhارова⁵**

Use of supplementary feeding for medical reasons during breastfeeding in newborns

¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, 630091, Russian Federation;

²National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, 119991, Russian Federation;

³Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsy, Moscow, 129110, Russian Federation;

⁴First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, 119991, Russian Federation;

⁵Research Institute of Childhood of the Ministry of Health of the Moscow Region, Mytishchi, 141009, Russian Federation

Summary

Introduction. Currently, there are frequent cases of both underestimation of the importance of prescribing additional nutrition to a breastfed child by medical personnel, and unjustified introduction of infant formula, especially during the early neonatal period. The reason obviously lies in the lack of clear criteria for assessing the adequacy of lactation in a nursing mother and medical indications for the introduction of supplementary feeding in current recommendations. **The aim** of this publication was to analyze the existing literature on the presence of transient conditions in newborns over the early neonatal period associated with insufficient

consumption of breast milk and to develop a methodology for their correction through the timely introduction of supplementary feeding with infant formula followed by its discontinuation.

Materials and methods. Implementation of the “Supplemental Feeding for Full-Term Breastfed Newborns” checklist at a perinatal center. Retrospective analysis of medical records.

Results. The introduction of a checklist into the perinatal center’s work, with the registration of the rationale for the introduction and withdrawal of supplementary feeding in medical records, allows, on the one hand, eliminating the unjustified prescription of supplementary feeding to newborns. On the other hand, to promptly identify infants who need of additional nutrition, select the optimal amount, monitor the condition of the newborn and the trend in his body weight and ensure the timely cancellation of supplementary feeding, which contributes to the creation of an effective model for supporting breastfeeding among newborns.

Conclusion. During the neonatal period, there are various conditions, that may require supplemental feeding in the newborn due to insufficient maternal milk. The developed checklist for the purpose of supplementary feeding is a modern technology for maintaining breastfeeding and an important practical step in supporting it from the first day of the life.

Keywords: *newborns; breastfeeding; supplementary feeding; initial weight loss; transitory conditions; breast milk; insufficient consumption*

For citation: Belousova T.V., Skvortsova V.A., Lukoyanova O.L., Andryushina I.V., Borovik T.E., Malyutina L.V., Zakharova N.I. Use of supplemental feeding for medical reasons in breastfeeding in newborns. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal (Russian Pediatric Journal)*. 2025; 28(6): 399–407. (in Russian). <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2025-28-6-399-407> <https://elibrary.ru/wlkrgp>

For correspondence: Tamara V. Belousova, MD, Ph.D., Head of the Department of pediatrics and neonatology of the Novosibirsk State Medical University, belousovatv03@yandex.ru

Contribution: Belousova T.V., Skvortsova V.A. — research concept and design; Lukoyanova O.L., Andryushina I.V., Borovik T.E., Malyutina L.V., Zakharova N.I. — collection and processing of material; Belousova T.V., Skvortsova V.A., Andryushina I.V., Lukoyanova O.L. — writing the text; Belousova T.V., Skvortsova V.A. — editing the text. All co-authors — approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Information about the authors:

Belousova T.V., <https://orcid.org/0000-0002-4234-9353>
Skvortsova V.A., <https://orcid.org/0000-0002-6521-0936>
Lukoyanova O.L., <https://orcid.org/0000-0002-5876-691X>
Borovik T.E., <https://orcid.org/0000-0002-0603-3394>
Malyutina L.V., <https://orcid.org/0000-0001-7225-2053>
Zakharova N.I., <https://orcid.org/0000-0001-7215-2212>

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: November 01, 2025

Accepted: November 27, 2025

Published: December 25, 2025

Введение

Материнское молоко является золотым стандартом питания детей грудного возраста, поэтому отечественные специалисты и эксперты ВОЗ рекомендуют в первые месяцы жизни поддерживать исключительно грудное вскармливание (ИГВ) [1, 2]. Одним из значимых подходов к становлению грудного вскармливания (ГВ), обеспечивающих его дальнейшую успешность, является его инициация в 1-й час после рождения, поскольку это время начала становления лактации и адаптации как матери, так и ребёнка к ГВ. Использование дополнительного питания допустимо и необходимо при наличии у новорождённого медицинских показаний. Однако данный тезис часто игнорируется, что может привести к развитию ряда транзиторных патологических состояний, представляющих угрозу для жизни ребёнка. К ним относятся неонатальные гипогликемия, особенно среди детей из группы риска по её развитию, гипернатриемия, гипербилирубинемия, связанные с недостаточным поступлением грудного молока (ГМ) [3–5]. Необходимость разрешения сложившейся ситуации явилась основанием для разработки чек-листа (прроверочного списка для стандартизации процессов), определяющего тактику врача по оценке недостаточного поступления ГМ новорождённому и наличие медицинских показаний к введению докорма.

Факторы риска недостаточного поступления грудного молока

Недостаточное поступление ГМ новорождённому может быть обусловлено рядом факторов, в частности,

результатом снижения функций молочных желёз, которая проявляется нарушением процесса лактогенеза, лактопозза или молокоотдачи (гипогалактия), затруднениями при кормлении ребёнка, связанными с трещинами сосков груди матери, лактостазом, лактационным маститом, а также особенностями самого ребёнка, такими как аномалии развития челюстно-лицевого аппарата, неврологические проблемы и др., приводящие к неэффективному сосанию [1].

Истинная (первичная) гипогалактия встречается не более чем у 3–5% женщин и обусловлена наличием генетических и приобретённых эндокринных нарушений или патологией молочных желез. К факторам, потенциально влияющим на эндокринную систему матери, относятся любые типы ожирения, первые и/или преждевременные роды, родоразрешение путём кесарева сечения [6]. В последние годы значительно возросло число возрастных первородящих женщин, имеющих первые роды после 35 лет или поздние роды после 40 лет, что значительно повышает риск развития гипогалактии [7].

Вторичная гипогалактия связана с неправильным прикладыванием ребёнка к груди, отсутствием своевременной помощи кормящей женщине, наличием у матери ощущения недостаточного количества ГМ, отсутствием у неё психологического настроя на кормление грудью, психоэмоциональными перегрузками, необходимостью выхода на работу [8]. К аномалиям развития челюстно-лицевого аппарата, сопровождающихся затруднениями при кормлении грудью, относятся такие, как расще-

лина губы, нёба [9], короткая уздечка языка, препятствующая правильному прикладыванию к груди [10].

У детей с низкой массой тела при рождении трудности при ГВ могут возникать у ранних доношенных детей, родившихся на сроке гестации 37–38 6/7 нед. Эти дети подвержены высокому риску возникновения транзиторных состояний, в том числе связанных и с недостаточным или неэффективным ГВ, таких как неонатальная гипогликемия, патологическая потеря массы тела, гипербилирубинемия, дегидратация в сочетании с гипернатриемией [11, 12]. Инициация и становление ГВ у ранних доношенных детей требует особого внимания по сравнению с доношенными, родившимися на сроке гестации 39–41 6/7 нед. Для ранних доношенных с большей вероятностью может потребоваться сцеживание ГМ и/или докорм смесью для искусственного вскармливания. Эти дети требуют также своевременного обследования вскоре после выписки из родильного дома или детского стационара. Службы последующего наблюдения должны быть способны помочь в решении трудностей с ГВ, начиная с первого визита после выписки [13, 14].

Медицинские показания для введения докорма

Показаниями к инициации и использованию докорма адаптированной детской смесью со стороны ребёнка являются гипогликемия (уровень глюкозы в периферической крови новорождённого менее 2,6 ммоль/л), которая не купируется частым прикладыванием к груди; признаки, указывающие на недостаточное количество ГМ у матери, а именно клинические или лабораторные признаки обезвоживания ребёнка (вялость, сухость слизистых оболочек, урежение мочеиспусканий, повышение уровня натрия в сыворотке крови); избыточная первоначальная убыль массы тела; наличие гипербилирубинемии, связанной с недостаточным потреблением ГМ (начинается на 2–5-й день жизни, часто сочетается с патологической убылью массы тела, задержкой стула и урежением мочеиспускания); стул менее 4 раз за первые 4 сут жизни или продолжение отхождения мекония на 5-е сутки [1, 15]. Номограммы допустимой потери массы тела у новорождённых детей в раннем неонатальном периоде за 10 лет использования показали свою клиническую эффективность [16]. При оптимальной поддержке ГВ первоначальная убыль массы тела составляет в среднем 5,5%. На основании полученных данных были разработаны почасовые номограммы потери массы тела для здоровых новорождённых, которые явились основой программы, доступной для использования на любом электронном устройстве (<http://www.newbornweight.org>). Потеря первоначальной массы тела не должна превышать 75-й центиль, или 5–6% через 1 сут после рождения, 7–8% — через 2 сут, 9–10% — через 3 сут и более. Более высокие значения убыли массы тела являются медицинскими показаниями для назначения докорма [16].

Неонатальная гипернатриемическая дегидратация — это состояние, определяемое при повышении уровня натрия в сыворотке крови >145 ммоль/л и угрожающее жизни [17]. В первые дни или недели после рождения она чаще всего связана с недостаточным питанием детей, находящихся на ИГВ. Умеренная или тяжёлая гипернатриемия могут привести к отёку, кровоизлиянию

или инфарктам головного мозга, острому повреждению почек и печени, венозному и артериальному тромбозам, судорогам и даже смерти [3, 17, 18].

Установлено, что около 15% здоровых первородящих матерей, мотивированных на ИГВ, имели недостаточное количество ГМ, несмотря на интенсивную поддержку и необходимые вмешательства в период становления лактации. При ИГВ задержка лактогенеза (более 72 ч) у таких матерей может превысить толерантность новорождённого и сопровождаться снижением массы тела и обезвоживанием, приводящим к гипернатриемии, гипербилирубинемии и гипогликемии у каждого третьего ребёнка [3]. При этом простой мониторинг потери массы тела ребёнка, информирование родителей о признаках голода и обезвоживания, а также назначение докорма при появлении признаков неоптимального питания и потери массы тела могли бы предотвратить 98% случаев гипернатриемической дегидратации. Поэтому комплексная профилактическая программа, включающая своевременное введение докорма, может предотвратить возникновение осложнений неоптимального питания и повторные госпитализации у десятков тысяч младенцев [3, 18].

Неонатальная гипогликемия является потенциально опасным осложнением, которое увеличивает риск поражения центральной нервной (ЦНС) и сердечно-сосудистой систем новорождённого [19]. Клинические симптомы неонатальной гипогликемии неспецифичны, при продолжающем снижении уровня глюкозы в крови регистрируются апноэ, нарушение сосания, гипотония, судороги, угнетение ЦНС вплоть до комы [4]. При этом достаточное кормление является начальным лечением бессимптомной гипогликемии. Новорождённого, родившегося у матери с сахарным диабетом, рекомендуется начать кормить в течение 1-го часа после рождения. При недостаточном обеспечении ребёнка ГМ следует назначить докорм адаптированной смесью [4, 21].

Неонатальная гипербилирубинемия имеет тесные корреляции с частотой прикладываний к груди [5, 22]. С увеличением частоты прикладываний к груди процент потери массы тела у обследованных новорождённых снижается [22]. Желтуха ИГВ у новорождённых обычно достигает пика на 3–5-й день после рождения и связана с избыточной потерей массы тела из-за недостаточного поступления ГМ. Поскольку этот тип желтухи обусловлен недостаточным потреблением ГМ, а не с самим ГВ как таковым, её правильно называть гипербилирубинемией субоптимального питания [23]. Этот вариант желтухи отмечается в период становления лактации у 12% детей, находящихся на ГВ [23, 24]. Её коррекция заключается в назначении докорма адаптированной смесью на фоне продолжающейся стимуляции лактации [1]. При этом показаниями для назначения докорма является высокий уровень билирубина в сочетании с избыточной потерей массы тела, задержка (менее 5 раз за сутки) или мекониальный характер стула, а также уменьшение числа мочеиспусканий (менее 5 раз в сутки), с выпадением кристаллов мочевой кислоты (мочекислый инфаркт) на 2–5-й дни жизни [5, 15, 25].

Со стороны матери показанием к назначению докорма смесью могут быть задержка лактогенеза до 3–5 сут, первичная гипоплазия молочных желёз, возможные хи-

рургические операции на молочной железе в анамнезе, уменьшающие объём железнстой ткани, тяжёлые хронические заболевания матери, оказывающие влияние на лактацию (эндокринные и др.), боль во время кормления, которая не проходит после налаживания правильного прикладывания к груди [1, 15, 26].

Докорм: тактика назначения

Докорм — это дополнительное жидкое питание для ребёнка, находящегося на ГВ в возрасте до 6 мес. В качестве докорма может использоваться донорское ГМ, детская смесь или растворы глюкозы [15]. Первым выбором для докорма должно быть донорское ГМ из лицензированного банка молока. При недостаточном количестве или отсутствии ГМ у матери ребёнку назначается смесь для искусственного вскармливания. При её выборе целесообразно избегать назначения смесей на основе цельного молочного белка, отдавая предпочтение продуктам на основе гидролизованного белка [15, 27]. При осуществлении докорма необходимо ограничивать объём детской смеси, предлагая её в количестве не более 10 мл после прикладывания ребёнка к груди 6–8 раз в сутки. Частота прикладываний к груди при этом не ограничивается. В случаях потери массы тела более 10% может потребоваться больший стартовый объём, что отражено в чек-листе [1, 15, 26].

Способы введения докорма ребёнку могут быть разными — с помощью бутылочки с соской, кормления из шприца или ложки/чашки или дополнительной системы кормления. В каждом случае врач принимает решение в зависимости от индивидуальных особенностей ребёнка и предпочтений матери. Следует стремиться к тому, чтобы докорм смесью был временным и своевременно отменялся при наличии у ребёнка стабильных прибавок в массе тела после назначения докорма. При этом контроль массы тела ребёнка предпочтительно проводить ежедневно в утренние часы перед кормлением на одних и тех же весах. Период отмены докорма является индивидуальным. Крайне важно обеспечивать на фоне введения докорма оптимальный режим прикладывания к груди, в том числе вочные часы, когда максимально вырабатывается пролактин, чему способствует совместное пребывание матери и ребёнка [6, 25, 28].

Организационные мероприятия, направленные как на увеличение объёма вырабатываемого ГМ, так и на облегчение его выделения, включают в себя:

- формирование положительного настроя матери на ГВ, устранение тревожности, ориентацию всех членов семьи на поддержку ГВ;
- более частые прикладывания ребёнка к груди, в том числе в ночное время, с соблюдением правильной техники прикладывания;
- поочередное прикладывание к одной и другой груди за одно кормление;
- контакт «кожа-к-коже»;

- кормление ребёнка из одной груди с одновременным сцеживанием ГМ с помощью молокоотсоса из другой груди;
- сцеживание молочной железы после каждого кормления для более полного её опорожнения;
- медленный приём горячего напитка за 10–20 мин до кормления в сочетании с компрессами в виде полотенец, смоченных теплой водой, на область молочных желёз или использованием термонакладок промышленного производства;
- использование тёплого душа перед кормлением с лёгким массажем молочных желёз;
- организация рационального питания, полноценного отдыха и сна кормящей матери;
- приём жидкости в количестве не менее 1000 мл/сут;
- включение в рацион лактогенных чаёв, специализированных продуктов для кормящих женщин с лактогенными травами [15, 29].

При этом консультирование обученным медицинским персоналом и поддержка кормящей матери при кормлении грудью поможет вернуться к ИГВ как можно быстрее [30, 31].

Чек-лист по введению докорма доношеным новорождённым, находящимся на грудном вскармливании

Для мониторинга адекватности получаемого питания новорождённых детей, находящихся на ГВ, нами разработан чек-лист как перечень ключевых мер, позволяющий врачам своевременно выявлять у ребёнка риски развития недостаточности питания или её наличие для проведения необходимых мероприятий по организации ИГВ.

Для реализации этой задачи врач при ежедневном осмотре ребёнка, находящегося в условиях стационара, либо в декретированные сроки на педиатрическом участке обязан оценить наличие или отсутствие медицинских показаний для назначения докорма, которые отражены в разработанном чек-листе.

К основным показаниям, требующим рассмотрения введения дополнительного питания новорождённому, находящемуся на ГВ, относятся наличие:

- патологической убыли первоначальной массы тела;
- риска развития гипогликемии;
- признаков дегидратации и/или недостаточного питания;
- гипербилирубинемии;
- субоптимального питания.

При выявлении указанных состояний врачу необходимо назначить докорм с обязательной последующей оценкой его достаточности и эффективности. Одновременно с назначением докорма крайне важным является проведение мероприятий, направленных на стимуляцию лактации для постепенной отмены докорма при появлении у ребёнка стабильных прибавок в массе тела в течение нескольких дней.

ЧЕК-ЛИСТ
«Докорм доношенному новорождённому, находящемуся на грудном вскармливании»
CHECKLIST
“Supplementary Feeding for a Full-Term Breastfed Newborn”

ФИО матери | Mother's full name _____

Дата и время рождения ребёнка | Date and time of the child's birth _____

Масса тела ребёнка при рождении | The baby's body weight at birth _____

Пол ребёнка М / Ж | Child's gender M / W _____

1. Факторы, способствующие задержке лактации

1. Factors contributing to the delay of lactation

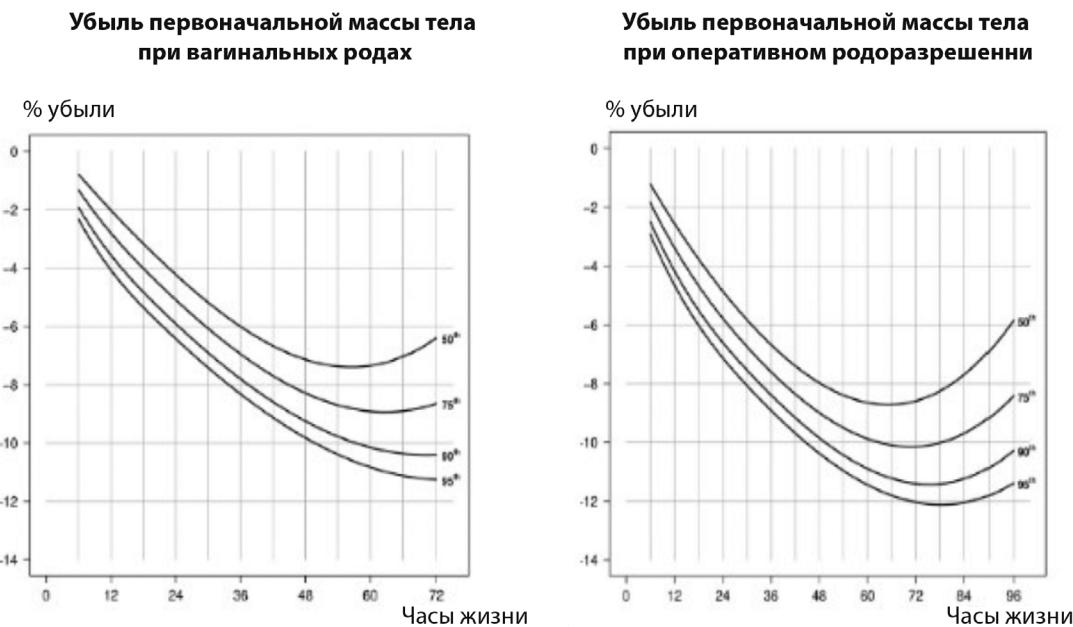
Фактор	Наличие
Возраст > 30 лет Age > 30 years	Да / Нет Yes / No
Хронические заболевания и состояния: синдром артериальной гипертензии/гипертонической болезни, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь лёгких, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, гипопитуитаризм и пр.) Chronic diseases and conditions: hypertension syndrome arterial/ hypertension, chronic heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes mellitus, thyroid disease, hypopituitarism, etc.)	Да / Нет Yes / No
Гипоплазия молочной железы или недостаточность железистой ткани Breast hypoplasia or glandular tissue insufficiency	Да / Нет Yes / No
Синдром поликистозных яичников Polycystic ovary syndrome	Да / Нет Yes / No
Избыточная масса тела Overweight	Да / Нет Yes / No
Гестационный и любой другой сахарный диабет Gestational diabetes or diabetes other type	ОДа / Нет Yes / No
Отсутствие опыта ГВ Lack of breastfeeding experience	Да / Нет Yes / No
Особенности родов Delivery characteristics	
Ранний доношенный (срок гестации 37–38 6/7 нед) Early full-term (37 weeks — 38 6/7 weeks)	Да / Нет Yes / No
Кесарево сечение Cesarean section	Да / Нет Yes / No
ГВ Breastfeeding	
Задержка начала первого кормления (отсутствие прикладывания к груди после родов в первые 2 ч) Delayed initiation of the first feeding (no breastfeed within 2 hours of birth)	Да / Нет Yes / No
Трудности с захватом груди после рождения (в том числе плоский сосок, короткая уздечка языка, особенности строения лицевого черепа и др.) Difficulty latching on after birth (including flat nipples, tongue-tie, facial features, etc.)	Да / Нет Yes / No
Раздельное пребывание матери и ребёнка Mother and child separation	Да / Нет Yes / No

Примечание. Наличие хотя бы одного из указанных в таблице факторов повышает риск развития гипогалактии.

Note. The presence of at least one of the factors listed in the table increases the risk of developing hypogalactia.

2. Оценка убыли первоначальной массы тела в зависимости от метода родоразрешения [16]

2. Assessment of the loss of initial body weight depending on the delivery mode [16]



Примечание. Необходимо указать центиль на графике. Убыль первоначальной массы тела не должна превышать 75-й центиль. Норма убыли — от 0 до 75-го центиля.

Note. The centile must be indicated on the chart. Initial weight loss should not exceed the 75th centile. The normal weight loss range is from 0 to 75th centile.

3. Оценка потери массы тела в зависимости от суток жизни, %

3. Assessment of body weight loss depending on the day of life, %

Расчёт % потери массы тела Calculating % body weight loss						
Сутки жизни Day of life	Допустимый % потери Acceptable % loss	Фактический % потери (отметить) Actual % loss (mark)				
		5–6	7	8	9	10 более 10 more than 10
1	До 5–6% Up to 5–6%					
2	До 6% Up to 6%					
3	До 8% Up to 8%					
4	До 8% Up to 8%					
5	До 9–10% Up to 9–10%					

Примечание. Превышение допустимого % убыли первоначальной массы тела является показанием к назначению докорма.

Note. Exceeding the permissible percentage of primary body weight loss is an indication for the prescription of supplementary feeding.

4. Оценка риска развития неонатальной гипогликемии

4. Assessment of the risk of developing neonatal hypoglycemia

Факторы риска Risk factors	Норма глюкозы в крови у новорождённого Normal blood glucose levels in a newborn	Оценка уровня глюкозы в крови у новорождённого (подчеркнуть) Assessment of blood glucose level in a newborn (underline)
Сахарный диабет у матери, задержка внутриутробного развития плода, крупный для гестационного возраста, асфиксия при рождении и др. Maternal diabetes mellitus, intrauterine growth retardation, large for gestational age, birth asphyxia, etc.	Более 2,6 ммоль/л More than 2.6 mmol/L	Норма normal Ниже нормы Below normal

Примечание. При наличии гипогликемии следует использовать клинические рекомендации «Неонатальная гипогликемия»: начать контролируемое ГВ с частым прикладыванием к груди. Если новорождённый не может быть приложен к груди, давать смесь из бутылочки или через назо/орогастральный зонд.

Note. If hypoglycemia occurs, follow the “Neonatal Hypoglycemia” clinical guidelines: initiate supervised breastfeeding with frequent breastfeeding. If the newborn cannot be breastfed, give formula by bottle or via a nasogastric tube.

5. Наличие признаков недостаточности питания

5. Presence of signs of malnutrition

Признак Sign	Наличие Presence
Урежение мочеиспусканий (является основным признаком обезвоживания) Decreased urinations (a major sign of dehydration)	Да / Yes Нет / No
Концентрированная моча (мочекислый инфаркт) Concentrated urine (uric acid infarction)	Да / Yes Нет / No
Стул менее 4 раз за первые 4 сут жизни Fewer than 4 bowel movements in the first 4 days of life	Да / Yes Нет / No
Продолжение отхождения мекония более 5 сут Continued passage of meconium for more than 5 days	Да / Yes Нет / No
Сухость кожи и слизистых оболочек Dry skin and mucous membranes	Да / Yes Нет / No
Беспокойство, крик, вялость Restlessness, crying, lethargy	Да / Yes Нет / No
Повышение показателя гематокрита капиллярной крови Increased capillary blood hematocrit	Да / Yes Нет / No
Гипернатриемия более 145 ммоль/л* Hypernatremia greater than 145 mmol/L*	Да / Yes Нет / No

Примечание. Наличие хотя бы одного из указанных признаков свидетельствует о риске развития недостаточности питания. *При наличии вышеперечисленных признаков в сочетании с избыточной убылью массы тела важно определить уровень натрия в сыворотке крови и исключить другие причины гипернатриемии.

Note. The presence of at least one of the above symptoms indicates to a risk of developing malnutrition. *If the above mentioned symptoms are present in combination with excessive weight loss, it is important to determine the serum sodium level and exclude other causes of hypernatremia.

6. Наличие гипербилирубинемии

6. The presence of hyperbilirubinemia

Гипербилирубинемия: Да / Нет (подчеркнуть)

Hyperbilirubinemia: Yes / No (to underline)

При наличии гипербилирубинемии использовать клинические рекомендации «Неонатальная желтуха у детей».

If hyperbilirubinemia is present, to use the clinical guidelines “Neonatal jaundice in children”.

7. Расчёт объёма докорма

7. Calculation of supplementary feeding volume

Сутки жизни Day of life	% убыли массы тела % body weight loss	Рекомендации по количеству докорма Recommendations for the supplementary feeding volume
1–2	5–6%	10 мл 6–8 раз/сут после прикладывания к груди 10 ml 6–8 times a day after breastfeeding
3–4	8%	
5	9%	10–20 мл 6–8 раз/сут после прикладывания к груди 10–20 ml 6–8 times a day after breastfeeding
Независимо от суток жизни Regardless of day of life	10% и более 10% and more	Не менее 20 мл 6–8 раз/сут после прикладывания к груди (стартовый объём 50 мл/кг/сут) At least 20 ml 6–8 times a day after applying to the breast (starting volume 50 ml/kg/day)

Примечание. Докорм вводится на фоне продолжающихся мероприятий по стимуляции лактации.

Note. Supplementary feeding is introduced against the background of measures to stimulate lactation.

8. Отмена докорма

8. Cancellation of supplementary feeding

После восстановления массы тела ребёнка и на фоне стабильных прибавок по 26–30 г/сут в течение нескольких дней докорм должен быть отменён: постепенно уменьшается или количество докорма, или кратность его использования в течение суток.

Примечание. Докорм должен быть временным, назначаться в ограниченном объёме и проводиться на фоне стимуляции лактации. Восстановление первоначальной массы тела происходит у условно здоровых доношенных детей в среднем на 8-е сутки жизни и не должно затягиваться на период, превышающий 10–14 дней.

В неонатальном периоде, особенно в первые 7 сут жизни, существуют ситуации, при которых дети, находящиеся на ИГВ, могут нуждаться в дополнительной жидкости. При задержке становления лактации и пограничных показателях процента убыли первоначальной массы тела, повышении уровня натрия в сыворотке крови более 145 ммоль/л необходимо допаивание кипячёной водой, но не растворами глюкозы или дистиллированной водой.

Опыт внедрения чек-листа в работу перинатального центра

В Щёлковском перинатальном центре нами проведён ретроспективный анализ медицинской документации. Было отобрано и обследовано в общей сложности 80 новорождённых детей, которым назначался докорм до внедрения чек-листа в практику: из них 50 детей было в отделении новорождённых (ОН), 30 — в отделении патологии новорождённых и недоношенных детей (ОПННД). Все дети были доношенными, находились на совместном пребывании с матерью и не имели тяжёлых заболеваний перинатального периода.

Учитывая критерии введения докорма, было выявлено, что в ОН у 18 детей отмечалось запоздалое решение о введении докорма, что привело к патологической убыли первоначальной массы тела, развитию желтухи, потребовавшей продолжительной фототерапии и перевода в ОПННД 9 пациентов. В ОПННД несвоевременное введение докорма было определено у 9 пациентов, что увеличило длительность их пребывания в стационаре и потребовало проведения дополнительных терапевтических вмешательств. Недостаточный объём дополнительного питания был выявлен у 12 детей в ОН и у 9 — в ОПННД. При оценке своевременности отмены докорма на этапе выписки несоответствие критериям чек-листа было установлено в 11 случаях в ОН и 7 случаях в ОПННД.

С начала 2024 г. чек-лист был внедрён в работу отделений. Проанализировано 167 историй развития новорождённого в ОН и 88 медицинских карт стационарного больного в ОПННД. Проведение мониторинга состояния и вскармливания новорождённых с учётом разработанных в чек-листе критериев оценки риска развития недостаточности питания и необходимости введения докорма по медицинским показаниям позволило значительно уменьшить частоту назначения докорма, которая в настоящее время в ОН не превышает 15%. Анализ историй развития новорождённых детей показал, что несвоевременное введение дополнительного питания встречается менее чем в 10% случаев, что привело к снижению числа новорождённых с патологической убылью первоначальной массы тела, патологической желтухой и уменьшило частоту перевода детей в ОПННД. Число детей на ИГВ при выписке составило 91%. В ОПННД число доношенных новорождённых, потребовавших введения докорма, находится на уровне 35–40%, из них более 60% — дети, рожденные в тяжёлом состоянии, потребовавшие оказания медицинской помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии. Использование чек-листа позволило уменьшить частоту назначения и длительность использования дополнительного питания в данной группе доношенных новорождённых на 15%.

Внедрение чек-листа в работу перинатального центра с регистрацией обоснования введения и отмены докорма в медицинской документации позволяет, с одной стороны, исключить необоснованное назначение докорма новорождённым, а с другой — своевременно выявлять детей, нуждающихся в дополнительном питании, выбрать оптимальный его объём, осуществлять контроль за состоянием новорождённого и динамикой его массы тела и обеспечить своевременную отмену до-

корма, что способствует созданию эффективной модели поддержки ГВ новорождённых детей.

Заключение

Применение обоснованного докорма при наличии медицинских показаний является необходимой мерой. В подобных ситуациях введение адаптированной детской смеси позволяет восполнить формирующиеся или уже имеющиеся дефициты пищевых веществ, обеспечить ребёнка необходимыми нутриентами в достаточном объёме, предупреждая развитие транзиторных патологических состояний, обусловленных недостаточным поступлением ГМ. При этом следует стремиться к тому, чтобы докорм смесью был временным, назначался в ограниченном объёме и проводился одновременно со стимуляцией лактации у кормящей матери. Крайне важно сохранить ГВ в максимальном объёме.

Для организации успешного ГВ в медицинских учреждениях необходимы дородовое просвещение беременных женщин и профессиональная поддержка матерей специалистами по ГВ. Внедрение чек-листа в практику неонатальной службы повышает приверженность врачей к поддержке ГВ, для успешного пролонгирования кормящей женщины и членов её семьи по вопросам ГВ и после выписки из стационара [31].

Литература

(п.п. 2–6; 8; 9; 11; 13; 15–19; 21–23; 26–28; 30
см. References)

1. Методические рекомендации «Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации». М.; 2019.
7. Буданов П.В. Физиология и патология лактации. *Евразийский союз ученых*. 2019; 66(9-3): 20–33. https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.3.66.311 https://elibrary.ru/dpqjml
10. Байбарина Е.Н., Рюмина И.И., Климов А.Г., Битова А.Л. Подрезание уздечки языка у новорождённых: pro и contra. *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2024; 44(2): 69–72. https://doi.org/10.33029/2308-2402-2024-12-2-9-72
12. Тимофеева Л.А., Киртбая А.Р., Дегтярев Д.Н., Шарафутдинова Д.Р., Цой Т.А., Карапетян А.О. и др. Поздние недоношенные дети: насколько они нуждаются в специализированной медицинской помощи? *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2016; (4): 94–101. https://elibrary.ru/xiprnsr
14. Тимофеева Л.А., Караваева А.Л., Макиева М.И., Зубков В.В., Рюмина И.И., Байбарина Е.Н. и др. Базовая помощь доношенному новорождённому в родильном зале и объём мероприятий в послеродовом отделении. Обновленные рекомендации, 2024. *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2024; 12(2): 73–81. https://doi.org/10.33029/2308-2402-2024-12-2-73-81
20. Иванов Д.О., Петренко Ю.В., Тыртова Л.В., Дитковская Л.В., Чумакова Г.Н., Оленев А.С. и др. Неонатальная гипогликемия (Проект федеральных клинических рекомендаций). *Педиатр*. 2024; 15(5): 5–23. https://doi.org/10.17816/PED1555-23 https://elibrary.ru/dvecog
24. Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н., Голубцова Ю.М. *Негемолитические желтухи у новорождённых детей*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.
25. Жданова С.И., Малиновская Ю.В., Юнусова Э. Ф. Формирование лактации на ранних этапах. Факторы риска и профилактика гипогалактии. *Медицинский совет*. 2018; (11): 39–44. https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-11-39-44 https://elibrary.ru/xsvspr
29. Володин Н.Н., Дегтярева Д.Н., ред. *Неонатология: национальное руководство. Том 1*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2023: 74–8.
31. Лукоянова О.Л., Боровик Т.Э., Скворцова В.А., Яковлев Я.Я., Нодикова О.В. Вторичная гипогалактия: современный взгляд на диагностику и лечение. *Медицинский оппонент*. 2025; (3): 22–30. https://elibrary.ru/nswsdf

References

1. Guidelines «Program for Optimizing Feeding of Infants in the First Year of Life in the Russian Federation». Moscow; 2019. (in Russian)
2. WHO. Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services; 2017.
3. Del Castillo-Hegyi C., Achilles J., Segrave-Daly B.J., Hafken L. Fatal hypernatremic dehydration in a term exclusively breastfed newborn. *Children (Basel)*. 2022; 9(9): 1379. <https://doi.org/10.3390/children9091379>
4. Adamkin D.H. Low blood sugar levels in the newborn infant: Do changing goal posts matter? *Semin. Fetal. Neonatal. Med.* 2021; 26(3): 101202. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2021.101202>
5. Flaherman V.J., Maisels M.J. ABM Clinical Protocol #22: guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant 35 weeks or more of gestation-revised 2017. *Breastfeed. Med.* 2017; 12(5): 250–7. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29042.vjf>
6. Hannan F.M., Elajnaif T., Vandenberg L.N., Kennedy S.H., Thakker R.V. Hormonal regulation of mammary gland development and lactation. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2023; 19(1): 46–61. <https://doi.org/10.1038/s41574-022-00742-y>
7. Budanov P.V. Physiology and pathology of lactation. *Evraziyskiy soyuz uchenykh*. 2019; 66(9-3): 20–33. <https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.3.66.311> <https://elibrary.ru/dpqjml> (in Russian)
8. Huang Y., Liu Y., Yu X.Y., Zeng T.Y. The rates and factors DPQJML of perceived insufficient milk supply: A systematic review. *Matern. Child Nutr.* 2022; 18(1): 13255. <https://doi.org/10.1111/mcn.13255>
9. Boyce J.O., Reilly S., Skeat J., Cahir P. ABM Clinical Protocol #17: guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate-revised 2019. *Breastfeed. Med.* 2019; 14(7): 437–44. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29132.job>
10. Baybarina E.N., Ryumina I.I., Klimov A.G., Bitova A.L. Frenotomy in newborns: pro and contra. *Neonatologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2024; 44(2): 69–72. <https://doi.org/10.33029/2308-2402-2024-12-2-9-72> (in Russian)
11. Boyle E.M., Mielewczik F.J., Mulvaney C. Late preterm and early term birth: Challenges and dilemmas in clinical practice. *Semin. Fetal. Neonatal. Med.* 2024; 29(6): 101564. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2024.101564>
12. Timofeeva L.A., Kirtbaya A.R., Degtyarev D.N., Sharafutdinova D.R., Coj T.A., Karapetyan A.O., et al. Late preterm infants: do they require neonatal intensive care or not? *Neonatologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2016; 14(4): 94–101. <https://elibrary.ru/xipnsr> (in Russian)
13. Boies E.G., Vaucher Y.E. ABM Clinical Protocol #10 Breastfeeding the Late Preterm (34-36 6/7 Weeks of Gestation) and Early Term Infants (37-38 6/7 Weeks of Gestation), Second Revision 2016. *Breastfeed. Med.* 2016; 11: 494–500. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29031.egb>
14. Timofeeva L.A., Karavaeva A.L., Makieva M.I., Zubkov V.V., Ryumina I.I., Baybarina E.N., et al. Basic care for a fullterm newborn in the delivery room and the scope of activities in the postpartum ward. Updated recommendations. 2024. *Neonatologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2024; 12(2): 73–81. <https://doi.org/10.33029/2308-2402-2024-12-2-73-81> (in Russian)
15. Kellams A., Harrel C., Omage S., Gregory C., Rosen-Carole C. ABM Clinical Protocol #3: supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed. Med.* 2017; 12: 188–98. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29038.ajk>
16. Flaherman V.J., Schaefer E.W., Kuzniewicz M.W., Li S.X., Walsh E.M., Paul I.M. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*. 2015; 135(1): e16–23. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1532>
17. Durrani N.U.R., Imam A.A., Soni N. Hypernatremia in newborns: a practical approach to management. *Biomed. Hub.* 2022; 7(2): 55–69. <https://doi.org/10.1159/000524637>
18. Mujawar N.S., Jaiswal A.N. Hypernatremia in the neonate: neonatal hypernatremia and hypernatremic dehydration in neonates receiving exclusive breastfeeding. *Indian J. Crit. Care Med.* 2017; 21(1): 30–3. <https://doi.org/10.4103/0972-5229.198323>
19. McKinlay C.J.D., Alsweiler J.M., Anstice N.S., Burakevych N., Chakraborty A., Chase J.G., et al. Children with Hypoglycemia and Their Later Development (CHYLD) Study Team. Association of neonatal glycemia with neurodevelopmental outcomes at 4.5 Years. *JAMA Pediatr.* 2017; 171(10): 972–83. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1579>
20. Ivanov D.O., Petrenko Yu.V., Tyrtsova L.V., Ditkovskaya L.V., Chumakova G.N., Olenev A.S., et al. Neonatal hypoglycemia (draft federal clinical guidelines). *Pediatr.* 2024; 15(5): 5–23. <https://doi.org/10.17816/PED1555-23> <https://elibrary.ru/dvecog> (in Russian)
21. Suda-Calus M., Dabrowska K., Gulczyńska E. Infant of a diabetic mother: clinical presentation, diagnosis and treatment. *Pediatr Endocrinol. Diabetes Metab.* 2024; 30(1): 36–41. <https://doi.org/10.5114/pedm.2024.137891>
22. Hassan B., Zakerihamidi M. The correlation between frequency and duration of breastfeeding and the severity of neonatal hyperbilirubinemia. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2018; 31(4): 457–63. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1287897>
23. Kemper A.R., Newman T.B., Slaughter J.L., Maisels M.J., Watchko J.F., Downs S.M., et al. Clinical practice guideline revision: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2022; 150(3): e2022058859. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058859>
24. Degtyareva A.V., Degtyarev D.N., Golubtsova Yu.M. *Non-Hemolytic Jaundice in Newborns [Neganemoliticheskie zheltutki u novorozhdennykh detey]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. (in Russian)
25. Zhdanova S.I., Malinovskaya Yu.V., Yunusova E.F. Establishment of lactation at the early stages, risk factors and prevention of hypogalactia *Meditinskij sovet*. 2018; (11): 39–44. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-11-39-44> <https://elibrary.ru/xsvspr> (in Russian)
26. Meek J.Y., Noble L. Section on Breastfeeding. Policy statement: breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2022; 150(1): e2022057988. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
27. Halken S., Muraro A., de Silva D., Khaleva E., Angier E., Arasi S., et al. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). *Pediatr. Allergy Immunol.* 2021; 32(5): 843–58. <https://doi.org/10.1111/pai.13496>
28. Jaafar S.H., Ho J.J., Lee K.S. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 2016(8): CD006641. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub3>
29. Volodin N.N., Degtyarev D.N., eds. *Neonatology: A National Handbook. Volume 1 [Neonatologiya: natsional'noe rukovodstvo. Tom 1]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2023: 74–8. (in Russian)
30. Gavine A., Shinwell S.C., Buchanan P., Farre A., Wade A., Lynn F., et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2022; 10(10): CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub6>
31. Lukyanova O.L., Borovik T.E., Skvortsova V.A., Yakovlev Ya.Ya., Nodvikova O.V. Secondary hypogalactia: a modern view on diagnosis and treatment. *Meditinskij opponent*. 2025; 31(3): 22–30. <https://elibrary.ru/nswsdf> (in Russian)

Сведения об авторах:

Скворцова Вера Алексеевна, доктор мед. наук, гл. науч. сотр., лаб. питания здорового и больного ребёнка ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, skvortsova@nczd.ru; **Лукянова Ольга Леонидовна**, доктор мед. наук, гл. науч. сотр., лаб. питания здорового и больного ребёнка ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, anlouk@yandex.ru; **Андрюшина Ирина Владимировна**, канд. мед. наук, доцент каф. педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, andryushinaiv@yandex.com; **Боровик Татьяна Эдуардовна**, доктор мед. наук, гл. науч. сотр., лаб. питания здорового и больного ребёнка ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, borovik@nczd.ru; **Малютина Людмила Валерьевна**, канд. мед. наук, зам. гл. врача по педиатрической помощи ГБУЗ МО «Щёлковский перинатальный центр»; доцент каф. детских болезней ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ; вед. науч. сотр. отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ МО «НИКИ детства» Минздрава Московской области, luda336.7272@mail.ru; **Захарова Нина Ивановна**, доктор мед. наук, зав. организационно методическим отделом по педиатрии ГБУЗ «НИКИ детства» Минздрава Московской области, oog@bk.ru