

## Оценка адекватности вскармливания у грудных детей и особенности введения докорма

А. Ф. Киосов

Областная клиническая больница № 2, Челябинск, Россия, Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия, [kiosow@mail.ru](mailto:kiosow@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-4222-4104>

### Резюме

**Введение.** Динамика массы тела является одним из главных критериев адекватности вскармливания новорожденных и грудных детей. В неонатальном периоде оценивают убыль массы тела ребенка после рождения. Убыль массы тела больше, чем 10% веса при рождении, а также ее сохранение после 10 суток жизни могут свидетельствовать о недостаточном питании ребенка. Средняя суточная прибавка массы тела у детей до трех месяцев жизни должна составлять 26–30 г, от трех до шести месяцев — 17–18 г. При адекватном вскармливании моча у младенцев должна быть светлая, прозрачная, без резкого запаха, частота мочеиспусканий — не менее 5–6 раз в сутки. При недостаточном питании у детей возможно развитие гипогликемии, желтухи, связанной с недостаточным потреблением грудного молока, гипернатриемии, полицитемии и обезвоживания. При прогрессировании дегидратации отмечаются повышение осмолярности плазмы, содержания общего белка сыворотки, относительной плотности мочи и олигурия. Следует помнить, что многие клинические признаки не специфичны и могут быть связаны не только с недостаточным питанием, но и с дефектами ухода за ребенком, развитием заболеваний.

**Заключение.** Медицинские работники должны обладать профессиональными знаниями и компетенциями для проведения дифференциальной диагностики. Ребенку с признаками недостаточности питания следует своевременно назначить дополнительное питание или докорм. Для докорма может использоваться материнское сцеженное молоко, донорское молоко, детские адаптированные молочные смеси. Введение докорма обязательно проводится на фоне поддержки и стимуляции лактации у матери. При признаках обезвоживания можно допаивать ребенка между кормлениями водой. Детям в возрасте от четырех до шести месяцев при недостаточности питания может быть назначен прикорм, предпочтение отдается детским кашам промышленного производства.

**Ключевые слова:** питание, новорожденный, грудной ребенок, масса тела, грудное молоко, докорм, детские молочные смеси, прикорм

**Для цитирования:** Киосов А. Ф. Оценка адекватности вскармливания у грудных детей и особенности введения докорма. Лечащий Врач. 2025; 4 (28): 54–58. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.4.008>

**Конфликт интересов.** Автор статьи подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

## Assessment of the adequacy of breastfeeding in infants and the features of the introduction of complementary feeding

Andrey F. Kiosov

Regional Clinical Hospital No. 2, Chelyabinsk, Russia, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia, [kiosow@mail.ru](mailto:kiosow@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-4222-4104>

### Abstract

**Background.** The dynamics of body weight is one of the main criteria for the adequacy of breastfeeding in newborns and infants. In the neonatal period, the loss of body weight (BMI) of a child after birth is assessed. Indicators of BMI greater than 10% of birth weight, as well as the retention of BMI over the age of 10 days of life may indicate a child's malnutrition. The average daily weight gain in children under 3 months of age should be 26–30 g., at the age of 3 to 6 months — 17–18 g. With adequate feeding, infants' urine should be light, transparent, odorless, and urinate at least 5–6 times a day. With insufficient nutrition, children may develop hypoglycemia, jaundice associated with insufficient intake of breast milk, hypernatremia, polycythemia, and dehydration. With the progression of dehydration, there is an increase in plasma osmolarity, total serum protein, an increase in the relative density of urine, and oliguria. It should be remembered that many clinical signs are not specific and may be associated not only with malnutrition, but also with defects in child care and the development of diseases.

**Conclusion.** Medical professionals must have the professional knowledge and competencies to perform differential diagnosis. A child with signs of malnutrition should be prescribed additional nutrition or supplementation in a timely manner. Mother's expressed milk, donor milk, and children's adapted milk formulas can be used for additional feeding. The introduction of supplementary feeding is necessarily carried out against the background of support and stimulation of lactation in the mother. If there are signs of dehydration, you can give the baby extra water between feedings. In children aged 4 to 6 months with malnutrition, complementary foods may be prescribed, preference is given to industrial baby porridges.

**Keywords:** nutrition, newborn, infant, body weight, breast milk, supplementation, infant formula, complementary foods

**For citation:** Kiosov A. F. Assessment of the adequacy of breastfeeding in infants and the features of the introduction of complementary feeding. *Lechaschi Vrach*. 2025; 4 (28): 54-58. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.4.008>

**Conflict of interests.** Not declared.

У детей на грудном вскармливании для оценки адекватности питания наиболее часто используются показатели массы тела, кратности мочеиспускания и стула. При недостаточном питании у детей возможно развитие гипогликемии, желтухи, связанной с недостаточным потреблением грудного молока (ГМ), гипернатриемии, полицитемии и обезвоживания [1, 2]. Для обозначения состояний, связанных с проблемами вскармливания новорожденного, в «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (МКБ-10) используются определения: вялое сосание новорожденного (P92.2), недокармливание новорожденного (P92.3), трудности грудного вскармливания новорожденного (P92.5) [3, 4].

Оценка динамики массы тела ребенка считается одним из главных критериев адекватности вскармливания. Ребенка взвешивают на одних и тех же детских весах, оптимально в утреннее время. Средняя прибавка веса должна составлять до трех месяцев жизни — 26-30 г в сутки, от трех до шести месяцев — 17-18 г, от шести до 9 месяцев — 12-13 г, от 9 до 12 месяцев — 9 г. У детей от одного до трех месяцев жизни прибавка массы тела должна составлять 180-200 г в неделю, от трех до шести месяцев — 120-130 г. Если прибавка массы тела меньше нормы, необходимо выяснить причину. Низкая динамика массы тела может свидетельствовать не только о недостаточном питании и обезвоживании, но и о возможном развитии заболеваний [1-4].

Оценка динамики массы тела имеет свои особенности в неонатальном периоде (от рождения до 27 суток 23 часов 59 минут). В этот период развиваются транзиторные пограничные состояния, отражающие процесс адаптации ребенка к постнатальной жизни. Одним из таких состояний является физиологическая убыль массы тела (УМТ) после рождения. УМТ обусловлена неощутимыми потерями жидкости при дыхании или перспирации, с поверхности кожных покровов и слизистых оболочек, при мочеиспускании и отхождении мекония. Важную роль в возникновении УМТ имеет малый объем питания ребенка в первые дни жизни. Выражают УМТ в процентах по отношению к массе тела при рождении [1-3].

У доношенных новорожденных допустима УМТ в размере 3-10% от веса при рождении. У недоношенных УМТ может быть больше 10-12%. При благополучном течении беременности и родов, оптимальных условиях выхаживания, адекватном вскармливании у доношенных новорожденных УМТ, как правило, не превышает 6% от массы тела при рождении. Максимальная УМТ обычно наблюдается на 3-4-е сутки жизни, реже — на 5-е сутки. Восстановление массы тела при рождении после УМТ у 75-80% новорожденных обычно наступает к шести-восьми суткам жизни [1, 3].

Меньшая убыль веса бывает у девочек, детей с гормональным или половым кризом, у младенцев, приложенных к груди матери в первые 2 часа жизни, находящихся на свободном вскармливании, появившихся на свет от повторных родов. Факторами, способствующими высоким значениям УМТ, являются большая масса тела при рождении, недоношенность, гипогалактия у матери, высокая температура и низкая влажность воздуха в палате или кувезе. УМТ при родах через естественные родовые пути, как правило, меньше, чем после

оперативных родов. Следует помнить, что не всегда удается установить причину высоких и низких значений УМТ [1-3].

При оптимальном становлении грудного вскармливания у доношенного новорожденного УМТ не должна превышать 5-6% в первые сутки жизни, 7-8% — во вторые и 9-10% — после третьих суток. Быстрому восстановлению массы тела способствует рациональная организация ухода, раннее прикладывание к груди, соблюдение температурного режима и влажности, профилактика перегревания и дегидратации. УМТ больше 10-12% веса при рождении, а также сохранение УМТ в постнатальном возрасте после 10-14 суток жизни у доношенного новорожденного может свидетельствовать о недостаточном питании, дефектах ухода и развитии заболеваний [1, 2].

Вопрос о назначении докорма новорожденному возникает, если после 5 суток жизни УМТ составляет более 10% от веса при рождении и масса тела продолжает снижаться. При восстановлении массы тела к 10-14-м суткам жизни ключевой является третья неделя, в течение которой ребенок должен прибавить не менее 200 г, что свидетельствует о формировании достаточной лактации. Независимо от времени восстановления первоначальной массы тела, прибавка веса менее 150 г в неделю или менее 26-30 г в сутки на протяжении 2-4-й недель жизни и отсутствие тенденции к ее увеличению требуют назначения докорма [1-3].

За первый месяц жизни ребенок должен прибавить не менее 600 г. Если прибавка массы тела в первый месяц жизни составила 400-600 г, решение принимается индивидуально исходя из клинической ситуации. При удовлетворительном состоянии ребенка и отсутствии обезвоживания матери даются советы по стимуляции лактации, проводится консультирование по грудному вскармливанию. Затем через одну неделю оценивают динамику массы тела. Если прибавка массы тела составит за неделю 180-200 г и более, докорм в последующем не назначается. Родителям дают повторно советы по стимуляции лактации, продолжая наблюдение за ребенком и оценку динамики массы тела. Если прибавка массы тела в первый месяц жизни составляет менее 400 г, следует рассмотреть вопрос о назначении ребенку докорма [1, 2].

Долгое время для оценки эффективности грудного вскармливания у детей использовался метод контрольного кормления, а именно оценка массы тела ребенка до и после кормления грудью. По разнице массы тела узнают о количестве ГМ, которое ребенок высосал из материнской груди. Следует помнить, что однократное контрольное кормление не позволяет сделать выводы о достаточности лактации. Для оценки лактации необходимо провести несколько контрольных кормлений за сутки в течение 2-3 дней. В настоящее время считается, что контрольные кормления не должны использоваться как единственный метод оценки достаточности лактации [1-4].

При недостаточном питании у детей регистрируется гипогликемия. Гипогликемией у младенцев считается уровень глюкозы в крови менее 2,6 ммоль/л в любые сутки жизни независимо от срока гестации. Гипогликемия встречается у 8-11% новорожденных. Выделяют раннюю, классическую и персистирующую гипогликемию: первая возникает в первые 6-12, вторая — в 12-48 часов жизни, к третьей относятся повторяющиеся эпизоды снижения глюкозы крови после 48 часов жизни. Основными методами профилактики гипогликемии у доношенных являются раннее при-

кладывание к груди, свободное вскармливание, контакт «кожа к коже», профилактика гипотермии. Учитывая возможность бессимптомной гипогликемии, детям с проблемами вскармливания следует проводить контроль уровня глюкозы крови [1–3, 5].

При снижении лактации у мамы возможно развитие желтухи у ребенка, связанной с недостаточным потреблением ГМ. Желтуха появляется на 3–5-е сутки жизни и сопровождается большой УМТ. Новорожденный сначала может быть спокойным, затем становится сонливым, его трудно разбудить для кормления. При своевременной коррекции питания желтуха, связанная с недостаточным потреблением ГМ, обычно проходит в течение двух недель [1, 2, 5, 6].

При адекватном вскармливании мочеиспускания должны происходить не менее 5–6 раз в сутки, моча светлая, прозрачная, без резкого запаха. При недостаточном питании происходит уменьшение количества мочеиспусканий, моча становится темно-кирпичного цвета. У детей за первые 4 дня жизни стул должен быть не менее четырех раз, меконий не должен отходить дольше чем на 5-е сутки жизни. При недостаточном питании происходит урежение стула, он меняет цвет на темно-коричневый или зеленый [1–3, 5].

При недостаточном питании у новорожденных и младенцев первых месяцев жизни быстро развивается гипернатриемия, полицитемия и обезвоживание. Полицитемия диагностируется у детей с повышенным венозным гематокритом (0,65 и выше). Выделяют истинную и ложную полицитемию. Ложная, или гиповолемическая, полицитемия у детей связана с обезвоживанием. Полицитемия, возникшая вследствие дегидратации, может быть купирована за счет адекватного введения жидкости и вскармливания ребенка. Через 6 часов после адекватной регидратации уровень гематокрита, как правило, снижается [1–3].

Гипернатриемией считают состояние, при котором уровень натрия в сыворотке или плазме крови превышает 150 ммоль/л. Гипернатриемия у детей может развиваться при недостаточном питании и обезвоживании, а также при нефритическом и нефротическом синдромах, острой стадии почечной недостаточности, обструктивной уропатии, тубулярном некрозе, хронической сердечной недостаточности, циррозе печени, лимфостазе [1–3, 5].

Клинические признаки обезвоживания: беспокойство, быстро переходящее в угнетение, гиподинамия, гипорефлексия, западение родничков, сухость кожных покровов и слизистых оболочек, мраморность кожи, яркость слизистых оболочек, снижение эластичности кожи и тургора мягких тканей, патологическая УМТ, акроцианоз, одышка, тахикардия, глухость тонов сердца, уменьшение кратности мочеиспусканий. Лабораторные признаки дегидратации: полицитемия, гипернатриемия, повышение осмолярности плазмы крови (выше 285–295 мосм/л), повышение общего белка сыворотки крови (более 74 г/л), олигурия (диурез 3–5 мл/кг/сутки), повышение относительной плотности мочи (1,018–1,020) [1–3].

Следует помнить, что перечисленные клинические признаки неспецифичны и могут быть связаны не только с недостаточным питанием, но и с нарушением ухода и развитием заболеваний у ребенка. Необходимо избегать магии простых решений в виде необоснованного назначения детских смесей. Медицинские работники должны обладать профессиональными знаниями и компетенциями для проведения дифференциальной диагностики недостаточности питания и других патологических состояний и заболеваний [2, 3].

При появлении клинических и лабораторных признаков недостаточности питания и обезвоживания ребенка можно допаивать водой в промежутках между кормлениями. В каждом случае вопрос о допаивании водой решается индивиду-

ально с учетом веса ребенка, наличия эксикоза и метаболических нарушений. Во всех случаях ребенку предлагается кипяченая вода, но не растворы глюкозы. Допаивание осуществляется с ложечки или из шприца. Если малыш охотно пьет воду, значит, он нуждается в дополнительной жидкости. Суточный объем воды, который предлагается ребенку, равен объему одного кормления по возрасту [1, 2, 7].

При недостаточном количестве ГМ у матери ребенку назначают докорм. Введение докорма ребенку на грудном вскармливании всегда должно быть строго обоснованным. При введении докорма обязательно проводится стимуляция и поддержка лактации. Докорм — это дополнительное питание, которое получает ребенок при недостатке ГМ у матери [1, 2].

Для осуществления адекватного энтерального вскармливания необходимо проводить регулярный расчет должного объема питания в соответствии с календарным возрастом ребенка. Объем питания в первые 7–8 суток жизни можно рассчитать по формуле Финкельштейна в модификации А. Ф. Тура. Для определения суточного количества молока, необходимого ребенку, следует число суток жизни умножить на 70 (если масса тела при рождении ниже 3200 г) или на 80 (при массе выше 3200 г). Суточное количество молока (в мл) =  $n \times 70$  или  $80$ , где  $n$  — день жизни. Например, у ребенка с массой тела 3100 г в возрасте четырех суток суточный объем питания составляет 280 мл ( $4 \times 70 = 280$  мл), и при кормлении 8 раз в сутки через 3 часа разовый объем питания составит 35 мл ( $280 : 8 = 35$  мл).

В первые 7–8 суток жизни рассчитать объем питания можно исходя из функциональной емкости желудка. Количество молока на одно кормление (мл) =  $3 \times \text{сутки жизни} \times \text{массу тела (кг)}$ . Например, у ребенка с массой тела 3100 г в возрасте четырех суток разовый объем питания составляет 37 мл ( $3 \times 4 \times 3,1 = 37$  мл) [1–3].

После 10 суток жизни суточный объем питания можно рассчитать долевым и калорийным методом. Расчет питания всегда проводится на фактическую массу тела. Начиная с 10 суток до двух месяцев жизни ребенка суточный объем питания при долевым методе расчета составляет 1/5 от массы тела. В возрасте от двух до четырех месяцев суточный объем питания равен 1/6, от четырех до шести месяцев — 1/7 от массы тела. Например, у ребенка трех месяцев с массой тела 5400 г суточный объем питания при долевым способе расчета составляет 900 мл ( $5400 : 6 = 900$  мл).

При калорийном методе расчет питания до 6 месяцев проводится на 115 ккал на кг в сутки. При этом объем питания у ребенка трех месяцев не должен превышать 850 мл, четырех — 900 мл, а после пяти месяцев — 1000 мл в сутки. Например, у ребенка в 3 месяца с массой тела 5,4 кг суточный объем ГМ составляет 940 мл ( $5,4 \times 115 / 66 \times 100 = 940$  мл) или 117 мл на кормление при вскармливании через 3 часа 8 раз в сутки ( $940 : 8 = 117$  мл) [1–4].

Для докорма может использоваться материнское сцеженное или донорское молоко, адаптированные детские молочные смеси. Сцеженное материнское молоко является наиболее оптимальным продуктом для докорма. Кормление сцеженным материнским молоком возможно при создании индивидуального банка ГМ [1, 2, 8, 9].

Индивидуальный банк ГМ представляет собой запас охлажденного или замороженного ГМ матери, предназначенный для кормления своего ребенка. ГМ сцеживается руками или с помощью молокоотсоса и затем может храниться при комнатной температуре (не выше 25 °C) не более 2 часов. Для более длительного хранения емкость со сцеженным молоком помещают в холодильную камеру ( $4 \pm 2$  °C) на срок не более 24 часов. Охлажденное сцеженное молоко в емкостях объемом до 150 мл замораживают в морозильной камере (–18 °C). Оптимальный срок хранения молока в морозильной камере составляет 3 меся-

ца. Для размораживания материнское молоко из морозильной помещается в холодильную камеру ( $4 \pm 2^\circ\text{C}$ ) с последующим согреванием перед кормлением ребенка. Согревают молоко путем помещения емкости с ним на 20 минут в проточную теплую воду (не выше  $37\text{--}40^\circ\text{C}$ ). Размороженное и подогретое молоко следует использовать для кормления ребенка сразу. Размороженное неподогретое молоко хранится в холодильной камере ( $4 \pm 2^\circ\text{C}$ ) не более 24 часов от момента размораживания. Размороженное молоко не подлежит повторному замораживанию и должно быть утилизировано [1, 2, 8–10].

При отсутствии сцеженного материнского молока используется пастеризованное донорское ГМ. Во многих странах и в Российской Федерации работают банки донорского ГМ. Донорское ГМ с успехом используется в том числе для вскармливания недоношенных и маловесных детей [1, 2].

При отсутствии материнского и донорского ГМ для докорма используются детские адаптированные молочные смеси. Докорм молочной смесью вводится только тогда, когда поддержка и стимуляция лактации оказались неэффективными, а ребенок объективно нуждается в докорме. Под адаптированными молочными смесями понимается продукция детского питания, произведенная в жидкой или порошкообразной форме на основе молока продуктивных животных, как правило, коровьего и козьего. Адаптированные детские смеси могут быть сухие и жидкие, готовые к употреблению [1, 2, 11].

По мнению отечественных и международных экспертов, при раннем вынужденном искусственном вскармливании в первые дни и недели жизни предпочтение следует отдавать выбору смесей на основе гидролизированных белков [1, 2, 12–14].

В России выпускаются единственные отечественные адаптированные смеси на основе частично гидролизированных белков молочной сыворотки Nutrilak® Premium Гипоаллергенный и Nutrilak® Premium Комфорт.

Формулы содержат натуральный молочный жир, лактобактерии *L. rhamnosus* GG (LGG®) и комплекс из пяти основных олигосахаридов ГМ 5-HMO complex. Такие смеси более предпочтительны для старта искусственного вскармливания по сравнению со стандартными формулами на основе коровьего или козьего молока, т. к. позволяют избежать раннего контакта ребенка с белками коровьего молока. Использование для докорма гипоаллергенной смеси имеет и психологический посыл для родителей. Семья должна понимать, что докорм смесью является временным мероприятием, которое обязательно должно быть отменено при увеличении лактации у матери [1, 2, 11].

Если ребенок нуждается в назначении докорма, то его дают после кормления у груди. Объем докорма должен быть ниже объема питания, потребляемого ребенком за одно кормление. Это особенно важно в первые недели и месяцы жизни. При необходимости введения докорма в первые 7–8 суток жизни докорм ребенку дается ориентировочно в количестве 10 мл на кормление до 6–8 раз в сутки после прикладывания к груди. Детям старше 10 суток докорм вводят в количестве не менее 20 мл на кормление до 6–8 раз в сутки после прикладывания к груди. При необходимости введения докорма после 10 суток жизни ориентировочный объем докорма составляет 50 мл/кг в сутки. Например, у ребенка в 3 месяца с массой тела 5,4 кг ориентировочный объем докорма составит 270 мл в сутки ( $50 \times 5,4 = 270$  мл) или 33 мл на кормление при вскармливании через 3 часа 8 раз в сутки ( $270 : 8 = 33$  мл) [1, 2].

Докорм может быть введен ребенку разными способами: из бутылочки с соской (рожок), шприца, чашки, с ложки или из дополнительной системы докорма (Supplemental Nursing System, SNS). На сегодняшний день нет убедительных доказа-



тельств преимуществ и недостатков какого-либо из способов введения докорма. В каждом случае семья и медицинские работники принимают индивидуальное решение о способе докорма в зависимости от предпочтений и особенностей ребенка [1-4].

Отмена докорма проводится после ликвидации обезвоживания, получения положительных прибавок массы тела, учащения мочеиспусканий и кратности отхождения стула. Возможны два варианта отмены докорма. Первый предполагает сохранение частоты докорма с постепенным уменьшением его объема на кормление. Второй вариант предполагает сохранение объема докорма с постепенным уменьшением его частоты. Длительность отмены докорма всегда индивидуальна [1, 2, 4].

Детям от четырех до шести месяцев жизни при недостаточности питания можно вводить прикорм. Под прикормом подразумеваются все продукты, кроме ГМ и детских молочных смесей, дополняющие рацион пищевыми веществами, необходимыми для обеспечения дальнейшего роста и развития ребенка. В случае введения прикорма предпочтение отдается зерновому — безглютеновым кашам промышленного производства. Линейка детских каш «Нутрилак®» представлена продуктами из цельного зерна. Каша из такого зерна не нужно обогащать дополнительно, в отличие от инстантных детских каш из глубоководной муки злаков. Пищевые волокна из оболочки зерна помогают регулярной работе пищеварительной системы ребенка и росту полезных бактерий в кишечнике. Низкоаллергенные безмолочные гречневая и рисовая каши подходят для первого прикорма. Учитывая возраст ребенка и его предпочтения, консистенцию каши можно менять, добавляя большее или меньшее количество воды. Отсутствие в кашах сахара и соли способствует формированию у ребенка правильных вкусовых привычек [1, 2, 4, 14].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В грудном возрасте для проведения адекватного вскармливания следует регулярно проводить клиническую оценку состояния ребенка и расчет должного объема питания. При недостаточном питании новорожденного и грудного ребенка возможны патологическая УМТ, снижение темпа весовых прибавок, урежение мочеиспусканий и уменьшение кратности стула. При гипогалактии регистрируется гипогликемия, развитие желтухи, связанной с недостаточным потреблением ГМ, гипернатриемия, полицитемия и обезвоживание. При прогрессировании дегидратации отмечается повышение осмолярности плазмы, общего белка сыворотки, повышение относительной плотности мочи, олигурия. Следует помнить, что все перечисленные клинические признаки неспецифичны и могут быть связаны не только с недостаточным питанием, но и с нарушением правил ухода за ребенком и развитием заболеваний. Медицинские работники должны обладать профессиональными знаниями и компетенциями для проведения дифференциальной диагностики недостаточности питания и других патологических состояний и заболеваний. При гипогалактии и недостаточности питания ребенок нуждается в дополнительном питании или докорме. Для докорма может использоваться материнское сцеженное и донорское молоко, а также детские адаптированные молочные смеси. При обезвоживании ребенка можно допаивать водой между кормлениями. При введении докорма обязательно проводится стимуляция и поддержка лактации. Следует понимать, что докорм является временным мероприятием и обязательно должен быть отменен при увеличении лактации у матери. Детям от четырех до шести месяцев при недостаточности питания можно назначать прикорм, предпочтение отдается детским кашам промышленного производства. **ЛВ**

## Литература/References

1. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Союз педиатров России. М., 2019. 156 с. Program of optimization of infant feeding for the first year of life in the Russian Federation. Union of Pediatricians of Russia. M., 2019. 156 p. (In Russ.)
2. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Проект. Союз педиатров России. М., 2024. 202 с. National program for optimization of infant feeding in the Russian Federation. Project. Union of pediatricians of Russia. M., 2024. 202 p. (In Russ.)
3. Неонатология: национальное руководство: в двух томах. Под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева. Т. 1. М.: ГЕОТАР-медиа, 2023. 752 с. Neonatology: national guide: in two volumes. Edited by N. N. Volodin, D. N. Degtyarev. T. 1. Moscow: GEOTAR-media, 2023. 752 p. (In Russ.)
4. Нутрициология и клиническая диетология: национальное руководство. Под ред. В. А. Тутельяна, Д. Б. Никитюка. М.: ГЕОТАР-медиа, 2020. 656 с. Nutricology and clinical dietetics: national guide. Edited by V. A. Tutelyan, D. B. Nikityuk. Moscow: GEOTAR-media, 2020. 656 p.
5. Bartick M., Hernandez-Aguilar M. T., Wight N., et al, and the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #35: Supporting Breastfeeding During Maternal or Child Hospitalization. Breastfeeding medicine. 2021; 9 (16). DOI: 10.1089/bfm.2021.29190.mba.
6. Flaherman V. J., Maisels M. J., the Academy of breastfeeding medicine. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation — Revised. 2017; 5 (12): 2017. DOI: 10.1089/bfm.2017.29042.vjf.
7. Куосов А. Ф., Пищальников А. Ю. Допоевание водой детей грудного возраста. Лечащий Врач. 2023; 2 (26): 92-95. Kiosov A. F., Pishchalnikov A. Yu. Supplementation of infants with water. Lechaschi Vrach. 2023; 2 (26): 92-95. (In Russ.)
8. Организационные принципы создания индивидуального банка грудного молока в медицинских учреждениях и домашних условиях. Под ред. Лукьяновой О. Л., Боровик Т. Э., Фисенко А. П. М.: Деловая полиграфия, 2023. 60 с. Organizational principles of creating an individual breast milk bank in medical institutions and at home. Edited by Lukyanova O. L., Borovik T. E., Fisenko A. P. M.: Business printing, 2023. 60 p. (In Russ.)
9. Eglash A., Simon L., and the Academy of breastfeeding medicine. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. Breast feeding medicine. 2017; 7 (12). DOI: 10.1089/bfm.2017.29047.aje.
10. Технический регламент Таможенного Союза «О безопасности молока и молочной продукции» (ТР ТС 033/2013) от 9 октября 2013 года N 67. Technical Regulation of the Customs Union "On the Safety of Milk and Dairy Products" (TR CU 033/2013) dated October 9, 2013 N 67. (In Russ.)
11. Куосов А. Ф., Пищальников А. Ю. Жидкие и сухие детские смеси: преимущества и недостатки. Лечащий Врач. 2023; 2 (26): 68-71. Kiosov A. F., Pishchalnikov A. Yu. Liquid and dry infant formulas: advantages and disadvantages. Lechaschi Vrach. 2023; 2 (26): 68-71. (In Russ.)
12. Ulfman L., Tsuang A., Sprickelman A. B., Goh A., van Neerven R. J. J. Relevance of Early Introduction of Cow's Milk Proteins for Prevention of Cow's Milk Allergy. Nutrients. 2022; 14: 2659. https://doi.org/10.3390/nu14132659.
13. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update) Pediatr Allergy Immunol. 2021; 32: 843-858.
14. Куосов А. Ф., Пищальников А. Ю. Введение прикорма недоношенным детям. Лечащий Врач. 2024; 5 (27): 36-41. Kiosov A. F., Pishchalnikov A. Yu. Introduction of complementary foods to premature infants. Lechaschi Vrach. 2024; 5 (27): 36-41. (In Russ.)

## Сведения об авторе:

**Киосов Андрей Федорович, к.м.н., заведующий отделением патологии новорожденных и недоношенных детей, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 2»; 454010, Россия, Челябинск, ул. Гагарина, 18; доцент кафедры педиатрии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, 64; kioskow@mail.ru**

## Information about the author:

**Andrey F. Kiosov, Cand. Of Sci. (Med.), Head of the Department of Pathology of Newborns and Premature Babies, State Budgetary Healthcare Institution Regional Clinical Hospital No. 2; 18 building Gagarin str., Chelyabinsk, 454010, Russia; Associate Professor of the Department of Pediatrics, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 64 Vorovsky str., Chelyabinsk, 454092, Russia; kioskow@mail.ru**

**Поступила/Received 11.02.2025**

**Поступила после рецензирования/Revised 14.03.2025**

**Принята в печать/Accepted 17.03.2025**