

ФОРМИРОВАНИЕ ЛАКТАЦИИ НА РАННИХ ЭТАПАХ

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ГИПОГАЛАКТИИ

По данным литературы, наиболее распространенной причиной преждевременного окончания грудного вскармливания является гипогалактия. В статье описываются факторы риска развития гипогалактии в первые дни после родов, такие как кесарево сечение, раздельное пребывание матери и ребенка, низкая частота кормления в первые сутки жизни. Кроме того, наиболее частой причиной потери естественного вскармливания вследствие гипогалактии является применение искусственных смесей без медицинских показаний, особенно в первые дни после родов, когда закладываются основы успешной лактации. Медицинские показания к докорму, а также способы подачи докорма смесью, которые бы не подавили собственную лактацию матери, подробно рассматриваются в статье на основе рекомендаций Американской медицинской академии по грудному вскармливанию. Особое внимание уделено основным факторам формирования естественной лактации – раннее прикладывание к груди в течение первого часа жизни, длительный контакт ребенка с матерью «кожа к коже», частые кормления по требованию ребенка, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Ключевые слова: гипогалактия, ранние риски формирования гипогалактии, профилактика ранней гипогалактии, лечение гипогалактии.

S.I. ZHDANOVA, Yu.V. MALINOVSKAYA, E.F. YUNUSOVA

Kazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia

ESTABLISHMENT OF LACTATION AT THE EARLY STAGES, RISK FACTORS AND PREVENTION OF HYPOGALACTIA

According to the literature, hypogalactia is the most common cause of early termination of breast-feeding. The article describes the risk factors for the development of hypogalactia in the first days after birth, such as cesarean section, mother-child separation, and the low frequency of newborn feeding in the first day of life. In addition, the use of formulas without medical indications, especially in the first days after birth, when the success lactation is being established, is the most common cause of termination of breastfeeding due to hypogalactia. Medical indications for supplementary feeding, as well as ways of feeding with a formula that would not suppress the mother's own lactation, are discussed in detail in the article on the basis of the guidelines of the American Academy of Breastfeeding Medicine. Particular attention is paid to the main factors of the establishment of natural lactation: early application to the breast during the first hour of life, prolonged skin-to-skin contact between mother and child, frequent feeding upon request of the child, recommended by the World Health Organization (WHO).

Keywords: hypogalactia, early risks of hypogalactia, prevention of early hypogalactia, treatment of hypogalactia.

Грудное молоко – это нормальная видовая пища для младенцев. Оно легко усваивается из-за высокой биодоступности макро- и микронутриентов [1]. Грудное вскармливание снижает риск детских инфекций, а также синдрома внезапной младенческой смерти [2–5]; в долгосрочной перспективе были также продемонстрированы увеличение интеллектуального развития, уменьшение рисков ожирения и диабета в зрелом возрасте [2, 5, 6–8]. Кроме того, грудное вскармливание обеспечивает как краткосрочные, так и долгосрочные преимущества для здоровья кормящих матерей [2, 5, 9]. По всем этим причинам ВОЗ и Американская академия педиатрии рекомендуют исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев после родов и любое грудное вскармливание до 2 лет и более [2, 10]. Несмотря на установленные преимущества грудного молока, показатели грудного вскармливания по-прежнему гораздо ниже рекомендуемых, особенно в странах с высоким уровнем дохода, что обуславливает поиск причин и выявления факторов риска досрочного прекраще-

ния грудного вскармливания [5, 11]. Rollins N.C., Bhandari N., Hajeerhoy N. et al. (2016) оценивают интеллектуальные и экономические потери от отсутствия грудного вскармливания в размере около 302 млрд долл. в год, или 0,49% мирового валового национального дохода. Причем маркетинг заменителей грудного молока негативно влияет на грудное вскармливание: глобальные продажи в 2014 г. в размере 44,8 млрд долл. свидетельствуют об их конкуренции к естественному вскармливанию младенцев. Грудное вскармливание обеспечивает краткосрочные и долгосрочные преимущества для здоровья и экономические и экологические преимущества для детей, женщин и общества. Авторы делают выводы, что для реализации этих достижений необходима политическая поддержка и финансовые инвестиции для защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания на государственном уровне [12].

По данным Федеральной службы государственной статистики, численность детей, находившихся на грудном вскармливании в России, в процентах от числа детей в

возрасте до 1 года: в возрасте от 3 до 6 мес. составило 43,4%, от 6 до 12 мес. – 41,2% по данным за 2016 г. [13]. В распоряжении Правительства РФ от 25 октября 2010 г. №1873-р «Об утверждении Основ государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020» говорится, что в России на 2010 г. только 41% детей до 3 месяцев получали грудное молоко и необходимо увеличить долю детей в возрасте 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании, до 50% к 2020 г. [14].

По данным отдела репродуктивного здоровья Центров по контролю и профилактике заболеваний [15], распространенность детей на любом грудном вскармливании до 3 месяцев – $68,6 \pm 1,3\%$ и $46,6 \pm 1,4\%$ на исключительно грудном вскармливании; до 6 месяцев $55,3 \pm 1,4\%$ детей на любом грудном вскармливании и $24,9 \pm 1,3\%$ на исключительно грудном вскармливании, на грудном вскармливании до 1 года $33,7 \pm 1,3\%$ и до 1 года 6 месяцев – $13,5 \pm 1,0\%$ детей по данным 2014 г. Причем на 2020 г. в национальной программе «Здоровые люди – 2020» ставятся задачи довести количество детей на любом ГВ до 60%, а на исключительном ГВ в 6 месяцев до 25,5% [16]. Таким образом, грудное вскармливание является национальной политикой ведущих стран мира.

Известно, что расширение масштабов грудного вскармливания ежегодно может предотвратить около 823 тыс. случаев детских смертей и 20 тыс. смертельных исходов женщин от рака молочной железы [5, 17]. Кроме этого, по некоторым данным, грудное вскармливание является актуальной защитой от инфекций, в основном для развивающихся стран. По данным Американской академии педиатрии, любое грудное вскармливание, по сравнению с искусственным, уменьшает заболеваемость отитом на 23%, причем исключительное грудное вскармливание в течение более чем 3 месяцев снижает риск отита на 50%. Заболеваемость инфекциями верхних дыхательных путей была на 63% ниже у младенцев, которые находились на исключительно грудном вскармливании в течение 6 месяцев, по сравнению с теми, которых кормили смесью [18]. Японские авторы на примере 203 задокументированных случаев заболевания респираторно-синцитиальной инфекцией у младенцев первых трех месяцев жизни выявили, что потребность в кислородной терапии была значительно ниже в группе полного грудного вскармливания ($p = 0,032$; коэффициент шансов 0,256; 95% доверительный интервал 0,074–0,892). Авторы делают вывод, что грудное вскармливание снижает тяжесть респираторной синцитиальной вирусной инфекции в раннем младенчестве [19]. Итальянские исследователи Lanari M, Prinelli F, Adorni (2015) также установили, что у детей до года, находившихся на грудном вскармливании, тяжесть течения бронхопневмонии менее выражена [20].

В то же время, по данным литературы, наиболее частой причиной потери грудного вскармливания является недостаточное количество молока – гипогалактия [21–23]. Кроме того, значимую роль играет восприятие кормящей грудью женщины недостаточного количества молока, то есть мнение матери о том, что грудное молоко не соответствует количеству или качеству питания для

удовлетворения потребностей ее ребенка [24]. Дополнительное введение смеси в родильном отделении также является основным фактором раннего отлучения от ГВ [25]. Подробное исследование докорма смесью в стационаре представили калифорнийские авторы Chantry C. J. et al. (2014). Они исследовали 410 первородящих женщин, родивших доношенных новорожденных, намеревающихся кормить исключительно грудью, без дополнительного введения допаивания или докорма как минимум 1 неделю и раздельное пребывание которых было возможно не более чем на 24 часа. В результате анкетирования было выяснено, что, несмотря на политику больницы, доброжелательной к ребенку, использующей 10 шагов, рекомендованных ВОЗ, а также намерения всех женщин на исключительно грудное вскармливание, почти половина опрошенных – 47% использовали докорм смесью. Основными причинами введения докорма были: на первом месте – недостаточное количество молока у матери (гипогалактия) – 18%, на втором – признаки недостаточного потребления молока младенцем, например избыточная потеря веса, гипогликемия – 16%, далее следовали проблемы с грудным вскармливанием (такие как плохой захват груди ребенком по причине плоских или даже втянутых сосков, трещин сосков) – 14% и раздельное пребывание в течение 24 часов – 9% женщин. Причем докорм смесью в первые дни после родов во время нахождения в стационаре был связан с почти в 2 раза большим риском неполного грудного вскармливания (докорм смесью) в возрасте 30 и 60 дней и почти в 3 раза большим риском прекращения грудного вскармливания к 60-му дню. Авторы делают вывод, что следует стремиться к тому, чтобы избежать ненужного применения докорма смесью в первые дни после родов во время нахождения в стационаре и поддерживать грудное вскармливание, когда введение докорма неизбежно. Более подробный анализ выявил, что статистически значимо увеличивают применение докорма смесью в роддоме следующие причины: кесарево сечение (в группе естественных родов применяли докорм смесью только 36%, в группе после кесарева сечения – 69%), кровопотеря матери более 500 мл (62% женщин с кровопотерей более 500 мл применяли докорм в сравнении с 32% с кровопотерей менее 500 мл в родах), время первого прикладывания к груди: применяли докорм смесью, если ребенок приложен в первый час после родов, 32% женщин, в случае первого прикладывания к груди в течение 2–4 часов после рождения применяли докорм смесью уже 70% женщин, при прикладывании же после 4 часов – 92% докармливали своих детей смесью. Раздельное пребывание матери и ребенка также вдвое увеличивает применение докорма смесью (74% раздельного пребывания против 35% совместного пребывания). Также значимо оказывала влияние частота прикладывания к груди в первые сутки после рождения – если ребенок прикладывался менее 8 раз в сутки, он получал докорм в 72% случаев, если 8–9 раз в сутки, то уже в 44%, если 10–12 раз, то в 35%, если 13–18 раз, то только в 23% случаев ребенок получал докорм смесью в роддоме.

Использование пустышек в первые дни после родов также статистически значимо сопряжено с введением докорма смесью (56% против 39% без пустышек, $p < 0,001$). Кроме того, проблемы с формой соска – «плоские» или «втянутые» соски, а также трещины, боль и отек сосков также сопряжены с достоверным увеличением применения докорма смесью ($p = 0,005$ и $p = 0,003$ соответственно). Применение вспомогательных приспособлений – накладок на соски ($p = 0,007$) и применение молокоотсоса ($p < 0,0001$) также сопряжено со значительным увеличением применения докорма смесью. Кроме того, вероятность неполного грудного вскармливания в период между 30 и 60 днями была значительно выше, если в больнице докорм смесью осуществлялся бутылкой по сравнению с альтернативными методами кормления.

Это исследование согласуется с выводами Howard C.R. et al. (2003), свидетельствующими о том, что докорм смесью в первые дни после родов, независимо от метода (чашка или бутылка), оказал пагубное влияние на продолжительность грудного вскармливания [26]. Причем среди младенцев, родившихся путем кесарева сечения, кормление из чашки значительно продлевало исключительную, полную и общую продолжительность грудного вскармливания. Исключительное грудное вскармливание в течение 4 недель было менее вероятным среди младенцев, которые пользовались пустышкой (коэффициент шансов: 1,5; 95% доверительный интервал: 1,0–2,0). Использование соски в неонатальном периоде пагубно сказалось на исключительном и общем грудном вскармливании. Эти данные подтверждают рекомендации ВОЗ по предотвращению воздействия бутылочного кормления на грудных детей в неонатальном периоде [27, 28]. В основном это обусловлено «путаницей сосков» ребенком и, как следствие, неправильным захватом груди и нарушением техники кормления [29].

Этими и идентичными исследованиями объясняется государственная политика США, ставящая своей целью снижение доли новорожденных на грудном вскармливании, получающих докорм смесью в течение первых двух дней жизни до 14,2% к 2020 г. в национальной программе «Здоровые люди – 2020» [16].

Клинические рекомендации 2015 г. «Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении» также уделяют основное внимание правильному формированию лактации у женщины, помощи медицинского персонала. Рекомендации также оговаривают, что, если по каким-то причинам ребенок не может сосать грудь, следует рекомендовать матери сцеживать молоко и кормить его из чашки, а не из бутылочки [30].

Показания к докорму смесью доношенных детей, находящихся в стационаре, подробно освещает протокол американской медицинской академии по грудному вскармливанию №3 Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, который был вновь пересмотрен в 2017 г. [31]. Он определяет относительные показания к докорму смесью со стороны ребенка – гипогликемия, которая не купируется частым прикладыванием к груди; признаки, указы-

вающие на недостаточное количество молока у мамы, – клинико-лабораторные признаки обезвоживания (гипернатриемия, вялость, плохое сосание груди), убыль массы тела более 8–10% на 5-й и более день жизни. До 5-го дня жизни потеря веса 8–10% у здорового доношенного новорожденного не является показанием к докорму смесью, а показанием к консультации специалиста по ГВ для выявления и устранения причин, повлекших большую потерю массы тела. Кроме того, снижение частоты дефекации – менее 4 раз на 4-й день жизни или мекониальный характер стула на 5-й день жизни могут свидетельствовать о недостаточном получении ребенком молока. Кроме того, известно, что так называемая желтуха от недостаточности грудного вскармливания (или гипербилирубинемия естественного вскармливания), вызванная недостаточным количеством молока у кормящей женщины, может быть показанием к докорму смесью [31–33]. Однако только зарубежные источники более-менее четко описывают показания к докорму смесью при развитии желтухи естественного вскармливания: гипербилирубинемия с уровнем билирубина более 18 мг/% (310 мкмоль/л), если она сопровождается значительной потерей веса, задержкой стула – менее 5 раз в день или мекониальным характером стула, а также уменьшенным количеством мочеиспусканий – менее 5 раз в день и выпадением кристаллов мочевой кислоты на 2–5 дни жизни [31]. Кроме того, известна гипербилирубинемия от состава грудного молока, когда вещества, содержащиеся в молоке женщины, такие как прегнан-3 β , 20 α -диол (прегнандиол), кортизол, эстриол, неэстерифицированные жирные кислоты, ингибируют активность микросомального фермента уридиндифосфатглюкуронилтрансферазы, кодируемого геном UGT1A1, участвующим в конъюгации непрямого билирубина [32, 33]. Причем длительная неконъюгированная гипербилирубинемия может развиваться у младенцев, гомозиготных по аллелю UGT1A1 * 6, которые получают грудное молоко. Американская академия по ГВ, в случае если уровень билирубина в крови не менее 340–425 мкмоль/л, рекомендует рассмотреть временное – на 24–48 часов – отлучение от груди как терапевтическое мероприятие второй линии при недостаточной эффективности фототерапии [31]. Со стороны матери показанием к докорму смесью могут быть: задержка лактогенеза до 3–5 суток, остатки плаценты в матке; синдром Шихана; первичная гипоплазия молочных желез, (встречается менее чем у 5% женщин – недостаточный рост груди во время беременности и малое количество молока); возможные хирургические операции в анамнезе на молочной железе, уменьшающие объем железистой ткани, и невыносимая боль при кормлении, которая не проходит после налаживания правильного прикладывания к груди [31].

Если все же докорм смесью необходим, то Американская академия по грудному вскармливанию рекомендует ограничивать объем докорма – предпочтительнее докорм по 10–15 мл после каждого кормления грудью, чтобы не уменьшить частоту прикладывания ребенка к груди, только в редких случаях может потребоваться больший объем разового кормления. В целом количество даваемого докорма должно соответствовать

Таблица. Клинический протокол №3: Рекомендации для больниц по использованию докорма для здоровых доношенных младенцев, пересмотр 2017 (The Academy of Breastfeeding Medicine, Breastfeeding medicine Volume 12, Number 3, 2017)

Время	Объем питания (мл на 1 кормление)
1 сутки жизни (0–24 часа)	2–10
2 сутки жизни (24–48 часов)	5–15
3 сутки жизни (48–72 часа)	15–30
4 сутки жизни (72–96 часов)	30–60

нормальному объему доступного молозива, размеру желудка младенца (который меняется с течением времени), а также возрасту и размеру ребенка. Примерные нормы потребления молозива и молока в первые дни жизни после рождения у детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, отражены в *таблице* [31]. Интересно, что многие авторы отмечают, что младенцы на неограниченном искусственном вскармливании в первые дни жизни меньше теряют вес по сравнению с детьми на естественном вскармливании, что в свете современных представлений уже является перекормом и повышает риск ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета в дальнейшем.

Крайне важно максимально обеспечивать на фоне введения докорма смесью по медицинским показаниям физиологическое сосание груди, в том числе в ночные часы, когда максимально вырабатывается пролактин. Правильный захват груди при сосании способствует лучшей эвакуации молока из груди, причем применение бутылочек может препятствовать правильному захвату груди, особенно если у мамы есть индивидуальные особенности формы сосков, протоков или короткая уздечка языка у младенца, формирующая у матерей так называемые трещины сосков. Поэтому консультирование и поддержка матери грамотным персоналом, обучение ее альтернативным бутылочке методам докорма – из шприца, стаканчика, ложки или пипетки – поможет вернуться к исключительно естественному вскармливанию как можно быстрее. Также рекомендуется сцеживание груди для усиления производства молока, причем в первые дни после родов предпочтительнее ручное сцеживание или сцеживание с помощью молокоотсоса, которое должно быть дополнено массажем груди руками для большей стимуляции выработки молока [31].

После налаживания правильного и частого прикладывания к груди по требованию ребенка, сцеживания грудного молока для стимуляции лактации возможно применение лекарственных препаратов, усиливающих лактацию. Подробный обзор современных препаратов, усиливающих лактацию, опубликован ранее [34, 35]. Всегда предпочтительнее применение безрецептурных

естественных травяных средств с описанной эффективностью [36]. Одним из таких препаратов на российском рынке является фиточай Лактафитол®, крупнейшего в России завода по производству лекарственных средств растительного происхождения. Фиточай Лактафитол® разработан на основе уникальной комбинации плодов фенхеля, аниса, тмина, листьев крапивы, которые обладают лактогонным действием, описанным не только в российских, но и в зарубежных исследованиях, в частности в известном пособии по грудному вскармливанию Халле и Хартмана (2007) [37]. Первое место по частоте назначения среди травяных лактогонных лекарственных средств в Швейцарии занимает фенхель, назначаемый в 80% случаев, анис применяют около половины (47%) из 338 опрошенных акушеров этой страны [38]. По данным рандомизированного клинического исследования, в котором приняли участие 78 новорожденных на исключительно грудном вскармливании, у новорожденных, матери которых получали фенхель в течение 4 недель, статистически значимо были выше вес, окружность головы, количество мочеиспусканий, частота дефекации ($p < 0,001$) [39]. Таким образом, фиточай Лактафитол® может быть обоснованно включен в комплекс лечебных мероприятий при гипогалактии, способствуя увеличению количества молока у кормящих женщин на фоне соблюдения ими рекомендаций ВОЗ по стимуляции лактации.

Таким образом, первые дни после родов являются крайне важными для формирования длительной естественной лактации. Повышение уровня грудного вскармливания является в настоящее время государственной политикой многих стран как здоровьесберегающее инвестирование в национальный доход. Для этого необходимо соблюдение инициативы ВОЗ 10 шагов «Больницы, доброжелательной к ребенку» [27, 28, 40]. Для налаживания лактации необходимо обеспечить ранний и длительный контакт «кожа к коже», первое прикладывание к груди в течение первого часа жизни, естественную частоту прикладываний младенца к груди по требованию, если это невозможно, например, вследствие пребывания в палате интенсивной терапии матери или ребенка – сцеживание в первый час жизни и затем каждые 2–3 часа; обеспечить помощь медицинского персонала для устранения проблем с налаживанием исключительно грудного вскармливания, исключить докорм смесью без медицинских показаний. Для успешной реализации в условиях родильных домов политики больницы, доброжелательной к ребенку, необходима как профессиональная поддержка обученных специалистов по ГВ, так и поддержание этой политики всем персоналом учреждения, а также дорожное просвещение беременных, чтобы сформировать правильный настрой на исключительно естественное вскармливание и затем эффективно его реализовать на практике [40, 41].



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

КОРМИТЕ ГРУДЬЮ!



Лактафитол®

Фиточай при недостатке грудного молока

- Способствует увеличению объема грудного молока до 45%
- Увеличивает продолжительность естественного вскармливания
- Уменьшает вздутие живота и улучшает аппетит малыша

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

БАД • ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ • НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ
Эксклюзивный дистрибьютор: АО «Европлант». СГР № RU.77.99.88.003.E.000531.02.16 от 04.02.2016 г. Изготовитель: АО «Красногорсклексредства», 143444, Россия, Московская обл., г. Красногорск, мкр. Опалиха, ул. Мира, 25.

ЛИТЕРАТУРА

- Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*, 2000, 106: E67.
- The American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 2012, 129: e827–e841.
- Horta B, Victora C. Short-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review on the Benefits of Breastfeeding on Diarrhoea and Pneumonia Mortality; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013: 1–54.
- Duijts L, Jaddoe VVW, Hofman A, Moll HA. Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics*, 2010, 126: e18–e25.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016, 387: 475–490.
- Horta BL, Victora CG. Long-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review, World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013: 1–68.
- Quigley MA, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew MJ, Sacker A. Breastfeeding is Associated with Improved Child Cognitive Development: A Population-Based Cohort Study. *J Pediatr*, 2012, 160: 25–32.
- Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*, 2015, 104: 30–37.
- Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*, 2015, 104: 96–113.
- World Health Organization. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
- Абольян Л.В., Новикова С.В. Современные аспекты грудного вскармливания. *Педиатрия*, 2011, 90(1): 80–83. /Abolyan LV, Novikova SV. Modern aspects of breastfeeding. *Pediatr*, 2011, 90 (1): 80–83.
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 2016, 387: 491–504.
- http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/health-care.
- Распоряжение Правительства РФ от 25 октября 2010 г. № 1873-р. /Order of the Government of the Russian Federation No. 1873-r of October 25, 2010.
- CDC, Атланта, США https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/ results. html /CDC, Atlanta, USA https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/ results. html
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. United States Department of Health and Human Services. Healthy People 2020.
- ВОЗ, Информационный бюллетень №342, Январь 2016 г. /WHO, Fact Sheet No. 342, January 2016
- Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A, Moll HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, 2010, 126(1).
- Nishimura T, Suzue J, Kaji H. Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multicenter prospective study. *Pediatr Int*, 2009 Dec, 51(6): 812–6.
- Lanari M, Prinelli F, Adorni F, Di Santo S, Vandini S, Silvestri M, et al. Risk factors for bronchiolitis hospitalization during the first year of life in a multicenter Italian birth cohort. *Ital J Pediatr*, 2015, 41: 40.10.1186/s13052-015-0149-z.
- Huang Y, Lee J, Huang C, et al. Factors related to maternal perception of milk supply while in the hospital. *J Nurs Res*, 2009, 17: 179–188.
- Lewis JA. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *Am J Matern Child Nurs*, 2009, 34: 264.
- McCann MF, Bender DE. Perceived insufficient milk as a barrier to optimal infant feeding: Examples from Bolivia. *J BiosocSci*, 2006, 38: 341–364.
- Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008, 40(4): 355–363.
- Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *Journal of Pediatrics*, 2014, 164(6): 1339.e5–1345.e5.
- Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlieck EA, Oakes D, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*, 2003, 111: 511–8.
- WHO/UNICEF Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. *J Hum Lact*, 1989, 5: 186–187.
- World Health Organisation. Unicef Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2003: 1–30. ISBN 92 4 156221 8.
- Kair LR, Colaizy TT. Association Between In-Hospital Pacifier Use and Breastfeeding Continuation and Exclusivity: Neonatal Intensive Care Unit Admission as a Possible Effect Modifier. *Breastfeed Med*, 2017, 12: 12–19.
- Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении. Клинические рекомендации, Москва, 2015. /Basic medical care for a newborn in the delivery room and in the postpartum department. Clinical guidelines, Moscow, 2015.
- The Academy of Breastfeeding Medicine, ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeeding medicine*, 2017, 12(3).
- Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н. Современные принципы диагностики и лечения негемолитической гипербилирубинемии у доношенных и «поздних» недоношенных детей в раннем неонатальном периоде. *Неонатология: новости, мнения, обучение*, 2014, 3: 67–76. /Degtyareva AV, Degtyarev DN. Modern principles of diagnosis and treatment of non-hemolytic hyperbilirubinemia in term infants and «late» preterm infants in the early neonatal period. *Neonatalogiya: Novosti, Mneniya, Obuchenie*, 2014, 3: 67–76.
- Горайнова А.Н., Анцупова М.А., Захарова И.Н. Желтухи здорового новорожденного. Причины. Течение. Прогноз. *Медицинский совет*, 2017, 19. /Goraynova AN, Antsupova MA, Zakharova IN. Jaundice of a healthy newborn. Causes. Course. Forecast. *Meditsinskiy Sovet*, 2017, 19.
- Жданова С.И. Профилактика и лечение гипогалактии, роль лактогонных средств. *Медицинский совет*, 2018, 2. Zhdanova SI. Prophylaxis and treatment of hypogalactia, the role of lactobacilli. *Meditsinskiy Sovet*, 2018, 2.
- Жданова С.И., Галимова И.Р., Идиатуллина А.Р. Инициация лактации – миф или реальность? *Неонатология*, 2017, 1: 93–97. Zhdanova SI, Galimova IR, Idiatullina AR. The initiation of lactation: a myth or reality? *Neonatalogiya*, 2017, 1: 93–97.
- Кешишян Е.С., Мархулия Х.М., Балашова Е.Д. Гипогалактия и методы ее коррекции. Практика педиатра. *Фитотерапия*, 2013, март-апрель: 23–26. Keshishyan ES, Marhulia KhM, Balashova ED. Hypogalactia and methods for its correction. The pediatric practice. *Fitoterapiya*, 2013, March-April: 23–26.
- Hale TW, Hartmann PE. Hale & Hartmann's Textbook of Human Lactation. 1st ed. Hale Publishing, L.P., Amarillo, TX, USA: 2007.
- Winterfeld U, Meyer Y, Panchaud A, Elrnsson A. Management of deficient lactation in Switzerland and Canada: a survey of midwives' current practices. *Breastfeed Med*, 2012 August, 7: 317–318.
- Ghasemi V, Kheirkhah M, Samani LN, et al. The effect of herbal tea containing fennel seed on breast milk sufficiency signs and growth parameters of Iranian infants. *Shiraz E Med J*, 2014, 15:e22262.
- Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. World Health Organization, 2017.
- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al: Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 2: CD001141.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

С.И. Жданова – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии с курсом поликлинической педиатрии, врач-неонатолог отделения новорожденных детей ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗРТ»

Ю.В. Малиновская – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии с курсом поликлинической педиатрии, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗРТ»

Э.Ф. Юнусова – студентка 6-го курса, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России