

Статья поступила в редакцию 31.01.2024 г.

Елкина Т.Н., Суrowикина Е.А., Грибанова О.А., Татаренко Ю.А., Лиханова М.Г.  
Новосибирский государственный медицинский университет,  
г. Новосибирск, Россия

## ОТ ИСТОРИИ К ПРАКТИКЕ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКИХ УЧАСТКАХ

**Цель исследования** – изучение особенностей питания детей раннего возраста и их соответствие актуальным национальным рекомендациям.

**Материалы и методы.** По специально разработанной анкете, включавшей ответы на вопросы, касающиеся особенностей вскармливания ребенка на первом году жизни, а также фактического питания на момент анкетирования, были опрошены 100 родителей здоровых детей в возрасте 18-36 месяцев. Анкетирование проводилось на педиатрических участках городских поликлиник г. Новосибирска. Среди исследуемой группы детей, мальчики и девочки составили соответственно 56 % и 44 %.

**Результаты.** Прикорм начали давать в 4 месяца 45 % родителей, в 5 месяцев – 30 %, в 6 – 23 %, позднее 6 месяцев – 2 %. Кашу первым прикормом ввели 32 %; овощи 47 %, фрукты 21 %, из них в виде сока 38 %, пюре 62 %. Первой кашей чаще отмечены безглютеновая (77 %), гречневая (65 %). Мясной прикорм в 6 месяцев ввели 37 % родителей, позднее – 59 %, раньше – 4 %. Творог ранее 6 месяцев введен у 4 % детей, в 6-7 месяцев – 24 %, в 8 месяцев – 42 %, остальные – с 9 до 12 месяцев. 65 % детей начали получать кефир/йогурт в 8 месяцев или позднее; 35 % родителей давали эти продукты ранее регламентированного срока. Соль и сахар детям до 1 года давали 35 % опрошенных. 38 % детей получали прикормы только домашнего приготовления, из них 5 % – с общего стола. Остальные использовали полностью или частично специализированные детские продукты. Все родители получали информацию о детском питании одновременно из разных источников: 80 % от участкового педиатра, 45 % в том числе из интернета, 33 % от родственников. 98 % опрошенных считали, что их дети питаются правильно; 2 % отмечали, что ребенок питается неправильно.

**Заключение.** Сроки введения первого прикорма соответствовали национальным рекомендациям у 63 % опрошенных. Последовательность введения продуктов прикорма была нарушена, в основном, из-за выбора первым прикормом фруктов, старта с глютенсодержащей каши, слишком раннего введения неадаптированных молочных продуктов. Обнаружено игнорирование и недооценка пищевой ценности специализированных детских продуктов питания промышленного производства. Отказы детей старше года от еды были зафиксированы у 42 % опрошенных.

**Ключевые слова:** прикорм; поликлиника

Elkina T.N., Surovikina E.A., Gribanova O.A., Tatarenko Iu.A., Likhanova M.G.  
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

### FROM HISTORY TO PRACTICE OF INTRODUCING COMPLEMENTARY FEEDINGS TO HEALTHY CHILDREN IN THE FIRST YEAR OF LIFE IN PEDIATRIC SITES

**The aim of the research** – study of the nutritional characteristics of young children and their compliance with current national recommendations.

**Materials and methods.** 100 parents of healthy children aged 18-36 months were interviewed using a specially designed questionnaire, which included answers to questions related to the peculiarities of feeding a child in the first year of life, as well as actual nutrition at the time of the questionnaire. The survey was carried out at the pediatric sites of the city polyclinics of Novosibirsk. Among the children studied, 56 % were boys and 44 % were girls.

**Results.** Complementary foods began to be given at 4 months 45 % of parents, at 5 months – 30 %, in 6 – 23 %, later 6 months – 2 %. Porridge was introduced as the first complementary food by 32 %; vegetables 47 %, fruits 21 %, of which juice 38 %, puree 62 %. The first porridge was more often gluten-free (77 %), buckwheat (65 %). Meat complementary foods were introduced at 6 months by 37 %, later by 59 %, and earlier by 4 %. Cottage cheese earlier than 6 months was introduced in 4 %, in 6-7 months. – 24 %, 8 months – 42 %, the rest from 9 to 12 months. 65 % of children started receiving kefir/yogurt at 8 months or later; 35 % of parents gave these products before the prescribed period. Salt and sugar were given to children under 1 year of age by 35 % of respondents. 38 % of the children received only home-made complementary foods, of which 5 % were from the common table. The rest used wholly or partially specialized children's products. All parents received information about baby food from different sources at the same time: 80 % from the local pediatrician, 45 % including from the Internet, 33 % from relatives. 98 % of those surveyed believed that their children were eating healthily. 2 % noted that the child was eating incorrectly.

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2024-2-59-63



DJDKPY

Елкина Т.Н., Суrowикина Е.А., Грибанова О.А., Татаренко Ю.А., Лиханова М.Г. ОТ ИСТОРИИ К ПРАКТИКЕ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКИХ УЧАСТКАХ //Мать и Дитя в Кузбассе. 2024. №2(97). С. 59-63.



**Conclusion.** The timing of the introduction of the first complementary foods corresponded to national recommendations for 79 % of respondents. The sequence of introduction of complementary foods was disrupted, mainly due to the choice of fruits as the first complementary food, starting with gluten-containing porridge, and too early introduction of unadapted dairy products. Ignoring and underestimating the nutritional value of specialized industrial children's food products has been revealed. Refusals to eat older than a year were recorded in 42 % of respondents.

**Key words:** lure; polyclinic

Организация правильного рационального питания занимает ведущее место в работе участкового врача-педиатра, поскольку сбалансированное питание — одна из главных составляющих здоровья в любом возрасте и имеет особое значение у детей раннего возраста. Именно в грудном возрасте бурно протекают процессы роста и развития ребенка, продолжается формирование и совершенствование основных биологических функций. Метаболические нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития таких болезней как ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, анемия, нарушение минерализации костей, аллергия; а также сниженного интеллектуального и физического развития подрастающего поколения. Бесспорно, что именно мероприятия, направленные на поддержку грудного вскармливания, организацию рационального питания в раннем возрасте, являются факторами первичной профилактики огромного числа заболеваний и занимают ведущее место в работе участкового врача-педиатра.

Самым физиологичным питанием для ребенка с первых дней жизни является грудное материнское молоко, его состав является самым важным фактором метаболического и иммунологического программирования здоровья. Расширение рациона питания на первом году жизни диктуется необходимостью дополнительного введения пищевых веществ, поступление которых только с женским молоком становится недостаточным. Ребенок в определенном возрасте начинает испытывать потребность в минеральных веществах (железо, цинк, кальций и др.), витаминах, других нутриентах (белке, жирах, углеводах, пищевых волокнах и др.), а также поступлении дополнительной энергии — возникает физиологическая необходимость введения прикормов. Вместе с тем, продукты прикорма являются важным и наиболее мощным фактором формирования вкусовых привычек, они призваны познакомить ребенка с разнообразными вкусовыми ощущениями, с различной и более сложной консистенцией пищи, развивать важные физиологические навыки, такие как жевание и глотание.

Под прикормом подразумеваются все продукты в питании ребенка первого года жизни, кроме женского молока и детских молочных смесей, дополняющие рацион пищевыми веществами, необходимыми для обеспечения дальнейшего роста и развития ребенка (Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации, 2019 г.).

В России рекомендации о возрасте начала введения блюд прикорма имеют свою историю [1]. В работах Н.Ф. Филатова и Г.Н. Сперанского большое

внимание уделялось организации грудного вскармливания младенцев, а установки по введению прикормов в питание ребенка различались. Из учебника детских болезней Н.Ф. Филатова (Филатов Н.Ф. Краткий учебник детских болезней для студентов последних семестров. 1911 г.) известно, что «начинать прикармливать» ребенка рекомендовалось на 7-м месяце жизни с разведенного пополам с водой коровьего молока, через три дня давали уже неразведенное коровье молоко, далее — бульон, яйцо всмятку и кашу. Детей, не получающих грудное молоко, как известно, в те времена вскармливали смесями, которые готовили разведением коровьего молока крупяными отварами. Сперанский Г.Н. рекомендовал введение соков в объеме 2-3 чайных ложек с 6-го месяца жизни, как и каши, с возраста 6 месяцев [2]. В руководстве по детскому питанию Н.К. Игнатова отмечено: «прикармливать детей углеводистой пищей (кашками) следует начинать не раньше 6 месяцев жизни и только в крайних случаях с 4 месяцев» [3]. Однако с 3 месяцев предлагалось давать ребенку 1 чайную ложку сока в день, а с 4,5 месяцев — немного цельного коровьего молока.

В СССР полагали, что ребенок даже на грудном вскармливании с раннего возраста нуждается в «небольших пищевых добавках», к которым относили соки, отвары, фруктовые пюре и желток. В руководстве «Основы рационального питания детей», несмотря на то, что введение основных видов прикорма (каши и овощного пюре) рекомендовалось в возрасте 4-4,5 месяцев, введение соков предлагалось начать с трехнедельного возраста, фруктового пюре — с 1,5-2 месяцев. С 3-3,5 месяцев предлагалось начать введение желтка куриного яйца и не ранее 4 месяцев — творога. Основной идеей раннего введения прикорма было «обогащение» рациона ребенка дополнительным набором питательных веществ. Эти рекомендации принципиально не отличались от рекомендаций других стран тех лет, где прикорм предлагалось вводить с 3 месяцев, а соки — с 1 месяца жизни.

В дальнейшем, благодаря исследованиям, проведенным в том числе и в Институте Питания АМН (ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва), было показано, что нет никаких оснований для такого раннего введения соков, и сроки введения соков в питание ребенка были несколько отодвинуты. До недавнего времени в Российской Федерации действовала схема введения прикорма, разработанная Институтом Питания АМН, утвержденная Минздравом РФ в 1999 г. Согласно данным рекомендациям, предлагались разные схемы введения прикорма детям на грудном и на искусственном вскармливании. При оптимальной лактации у матери основной прикорм (овощное пюре, каша и др.)

было рекомендовано вводить в возрасте 4-6 месяцев. При этом, до введения основных видов прикормов в рацион ребенка советовали ввести фруктовые соки и пюре, которые тогда обозначали как «дополнительные факторы питания», или «пищевые добавки». Таким образом, первым неадаптированным продуктом оставался, как и ранее, фруктовый сок, который рекомендовалось вводить в рацион ребенка не ранее 3 мес. Через 2 недели после введения в рацион соков при их хорошей переносимости в рацион ребенка рекомендовалось ввести фруктовые пюре. В соответствии со схемой введения прикорма (1999 г.), в 4,5-5,5 месяцев в рацион ребенка можно было вводить более густую пищу, которую и обозначают в нашей стране термином «прикорм». В качестве первого прикорма предпочтительнее было назначать овощное пюре. Для детей, находящихся на искусственном вскармливании, предлагалась похожая схема введения прикорма, при этом считалось допустимым по необходимости вводить отдельные виды прикорма в еще более ранние сроки: соки и фруктовые пюре по индивидуальным показаниям могли быть введены не с 3 и 3,5 месяцев, соответственно, а раньше – с 1,5 и 2 месяцев. Это объяснялось тем, что «дети, находящиеся на искусственном вскармливании, получали в составе заменителей женского молока значительное количество «чужеродных» пищевых веществ, что ведет к известной адаптации ребенка к «чужеродному» питанию». Кефир и другие цельные неадаптированные кисломолочные продукты было рекомендовано вводить в питание детей с возраста 6-7 месяцев. Проведенные в дальнейшем научные исследования, в т.ч. исследования сотрудников Института питания АМН, а также накопленный опыт, привели к тому, что взгляды на возраст введения прикорма в нашей стране были в значительной мере пересмотрены [4-6].

В 2002 году после нескольких лет обсуждений Всемирная организация здравоохранения выпустила рекомендации, согласно которым младенцы должны находиться исключительно на грудном вскармливании в первые 6 месяцев жизни, «чтобы достичь оптимального роста, развития и здоровья». Эта позиция была поддержана многими странами. Такие строгие рекомендации ВОЗ в отношении сроков введения прикорма во многом были основаны на результатах исследований, проведенных в развивающихся странах, и наиболее актуальны для стран с низким уровнем жизни и плохими санитарно-гигиеническими условиями, где введение младенцу иной пищи, помимо грудного молока, связано в первую очередь с риском инфицирования. Все эти рекомендации, сопровождаемые активной пропагандой грудного вскармливания и целым комплексом мер по его поддержке, осуществленных ВОЗ, позволили значительно увеличить частоту естественного вскармливания детей первого года жизни. Считается, что в тех случаях, когда прикорм вводится слишком поздно, возникает вероятность недостаточного поступления энергии, задержки роста и недостаточности питания, в т.ч. дефицита микронутриентов, особенно железа и цинка.

Еще одним следствием слишком позднего введения прикорма является то, что может быть не обеспечено в срок оптимальное развитие таких моторных навыков, как жевание, а также эмоциональная составляющая питания – положительное восприятие ребенком нового вкуса и структуры пищи [7]. В результате, в настоящее время в Программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (2019 г.) период 4-6 месяцев приводится как оптимальный для введения прикорма, несмотря на продолжающиеся дебаты [8-11]. Примерная схема назначения продуктов прикорма представлена в таблице.

**Таблица**  
**Примерная схема введения продуктов детям первого года жизни**  
**Table**

**Approximate scheme for introducing foods to children of the first year of life**

Наименование продуктов и блюд (г, мл)	Возраст (мес.)				
	4-5	6	7	8	9-12
Овощное пюре	10-150		150	150	150
Каша	10-150		150	180	200
Мясное пюре промышленного производства/отварное мясо		5-30/3-15	40-50/20-30	60-70/30-35	80-100/40-50
Фруктовое пюре*	5-50	60	70	80	90-100
Желток	-		1/4	1/2	1/2
Творог**	-		-	10-40	50
Рыбное пюре	-		-	5-30	30-60
Фруктовый сок				5-60	80-100
Кефир и др. неадаптированные кисломолочные напитки	-	-	-	200	200
Печенье	-	3-5	5	5	5
Хлеб пшеничный, сухари	-		-	5	10
Растительное масло	1-3		5	6	6
Сливочное масло	1-4		4	5	5

**Примечание:** \* – не в качестве первого прикорма; \*\* – по показаниям с 6 мес.

**Note:** \* – not as a first complementary food; \*\* – according to indications from 6 months.

Для изучения особенностей питания детей раннего возраста и их соответствия национальным рекомендациям по специально разработанной анкете были опрошены 100 родителей здоровых детей в возрасте 18-36 месяцев, мальчики и девочки составили соответственно 56 % и 44 %. Работа проводилась на педиатрических участках городских поликлиник Новосибирска. Изучение анкет показало, что на грудном вскармливании с рождения находились 75 %, на искусственном 16 %, на смешанном 9 % детей. Прикорм начали вводить в 4 месяца 45 % опрошенных родителей, в 5 месяцев – 30 %, в 6 – 23 %, позднее 6 месяцев – 2 %. Ни одного случая старта введения прикорма детям ранее 4 месяцев не зафиксировано. В качестве первого прикорма была введена каша у 32 % детей исследуемой группы, овощи у 47 %, фрукты у 21 % (из них фруктовый прикорм первым введен в виде соков у 38 %, в виде фруктового пюре у 62 % младенцев).

Первой кашей родителями чаще отмечена безглютеновая (77 %), в большинстве случаев гречневая (65 %). Глютеновую кашу первой вводили 23 % родителей, из глютеносодержащих каш чаще родителями отмечена овсяная (52 %). Первым овощем более чем в половине случаев был выбран кабачок (52 %), реже цветная капуста (22 %) и картофель (16 %). Первым фруктом большинство вводили яблоко 81 %, реже грушу 10 % или банан 8 %.

Мясной прикорм в 6 месяцев ввели 37 %, позднее 59 %, раньше 4 %. Творог ранее 6 месяцев введен у 4 %, в 6-7 мес. – 24 %, в 8 месяцев – 42 %, остальные с 9 до 12 месяцев. 65 % детей начали получать кефир/йогурт в 8 месяцев или позднее; 35 % родителей давали эти продукты ранее регламентированного срока. Соль и сахар детям до 1 года давали 35 % опрошенных. 38 % детей получали только прикормы домашнего приготовления, из них 5 % с общего стола. Остальные использовали полностью или частично специализированные детские продукты промышленного производства.

В рационе питания детей исследуемой группы в возрасте старше года присутствовали: каша у 67 %, овощи у 81 %, фрукты у 85 %, мясные/куриные блюда у 72 %, рыбные блюда у 5 %, творог у 29 %, молоко у 19 %, кефир/йогурт у 36 %, макароны у 12 %. Только 74 % родителей сообщили, что ребенок

старше года ежедневно получает необходимые молочные продукты в должном объеме.

Все опрошенные родители были информированы о детском питании одновременно из разных источников. 80 % получали необходимые сведения от участкового врача-педиатра, 45 % в том числе и из интернета, 33 % от родственников. 98 % опрошенных считали, что их дети питаются правильно, 2 % отрицательно ответили на данный вопрос.

Таким образом, сроки введения первого прикорма соответствовали национальным рекомендациям у 63 % детей исследуемой группы. Обнаружено, что последовательность введения продуктов прикорма была нарушена, в основном из-за выбора первым прикормом фруктов (21 %), причем фруктовый прикорм был изначально введен в виде соков у 38 % из них; из-за старта с глютеносодержащей каши (23 %) и слишком раннего введения неадаптированных молочных продуктов (кефир/йогурт, творог). Соль и сахар детям до 1 года ввели 35% опрошенных.

### ВЫВОДЫ:

1. Обнаружено частое, более чем у 20 %, предпочтение фруктового прикорма в качестве первого по сравнению с прикормами, более ценными по калоражу и нутриентам (овощное пюре, каши).

2. Выявлены эпизоды нарушения сроков и этапности введения прикормов.

3. В ряде случаев наблюдалось слишком раннее использование соли и сахара.

4. Игнорирование и недооценка пищевой ценности специализированных детских продуктов питания промышленного производства, в некоторых случаях неоптимальное формирование меню, несоответствие национальным рекомендациям, могли привести к нарушениям формирования пищевых стереотипов с периодическими отказами от приемов пищи более чем у 40 % детей раннего возраста исследуемой группы.

### Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Tutelyan VA, Kon IYa. Baby food: a guide for practitioners 4th ed. M.: Medical Information Agency, 2017. 784 p. Russian (Тутельян В.А., Конь И.Я. Детское питание: Руководство для врачей, 4-е изд.. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. 784 с.)
2. Speransky GN. Early child care. M.: Publishing house M. and. S. Sabashnikov. 1922. 119 p. Russian (Сперанский Г.Н. Уход за ребенком раннего возраста. М.: Издание М. и. С. Сабашниковых. 1922. 119 с.)
3. Ignatov NK. Nutrition for children of all ages. Moscow-Leningrad: Medgiz. 1931. 264 p. Russian (Игнатов НК. Питание детей всех возрастов. Москва-Ленинград: Медгиз. 1931. 264 с.)
4. Gorbachevsky PR, Paramonova NS, Ukraintsev SE. Supplementary feeding: timing of administration, products, long term effects. Overview of current data. *Pediatrics n.a. G.N. Speransky*. 2020; 99(4): 141-149. Russian (Горбачевский П.Р., Парамонова Н.С., Украинцев С.Е. Прикорм: сроки введения, продукты, долгосрочные эффекты. Обзор современных данных // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2020. Т. 99, № 4. С. 141-149.)

5. Kon IYa, Gmshinskaya MV, Abramova TV. Scientific basis of recommendations for the formation of optimal eating behavior in young children. *Farmateka*. 2015; 1: 42. Russian (Конь И.Я., Гмошинская М.В., Абрамова Т.В. Научные основы рекомендаций по формированию оптимального пищевого поведения детей раннего возраста //Фарматека. 2015. № 1. С. 42.)
6. Pyryeva EA, Safronova AI, Gmshinskaya MV. Features of the formation of food behavior in infants in the Russian Federation according to a retrospective study. *Pharmateka*. 2019; 26(1): 8-15. Russian (Пырьева Е.А., Сафронова А.И., Гмошинская М.В. Особенности формирования пищевого поведения у детей РФ на первом году жизни по данным ретроспективного исследования //Фарматека. 2019. Т. 26, № 1. С. 8-15.) DOI: 10.18565/pharmateka.2019.1.8-15
7. Skvortsova VA, Borovik TE, Fisenko AP, Bushueva TV, Roslavtseva EA, Lukoyanova OL, et al. Complementary feeding as an important factor in metabolic programming and the prevention of non-communicable diseases (in accordance with the methodological recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2019 «Program for optimizing the feeding of children of the first life in the Russian Federation»). *Pediatrics n.a. G.N. Speransky*. 2020; 99(5): 107-116. Russian (Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Фисенко А.П., Бушуева Т.В., Рославцева Е.А., Лукоянова О.Л., и др. Прикорм как важный фактор метаболического программирования и профилактики неинфекционных заболеваний (в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ, 2019 «Программа оптимизации вскармливания детей первого жизни в Российской Федерации») //Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2020. Т. 99, № 5. С. 107-116.)
8. Sugyan NG, Zakharova IN. Complementary feeding products and baby health. *Medical advice*. 2022; 16(1): 122-127. Russian (Сугян Н.Г., Захарова И.Н. Продукты прикорма и здоровье младенца //Медицинский совет. 2022. Т. 16, № 1. С. 122-127.)
9. Skvortsova VA, Borovik TE, Fisenko AP, Timofeeva AG, Bushueva TV, Lukoyanova OL, et al. Evaluation of the results of the implementation of the «National Program for Optimizing Feeding of Children of the First Year of Life in the Russian Federation» 2009. *Pediatrics. Consilium Medicum*. 2022; 4: 286-294. Russian (Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Фисенко А.П., Тимофеева А.Г., Бушуева Т.В., Лукоянова О.Л., и др. Оценка результатов внедрения «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» 2009 г. //Педиатрия. Consilium Medicum. 2022. № 4. С. 286-294.) DOI: 10.26442/26586630.2022.4.201969
10. Belyaeva IA, Namazova-Baranova LS, Bombardirova EP, Shukenbaeva RA, Turti TV. Introduction of complementary feeding: a “window of opportunity” for the formation of intestinal microbiota and modulation of immune reactions. *Issues in modern pediatrics*. 2023; 22(6): 506-512. Russian (Беляева И.А., Намазова-Баранова Л.С., Бомбардинова Е.П., Шукенбаева Р.А., Турти Т.В. Введение прикорма: «окно возможностей» формирования кишечной микробиоты и модулирования иммунных реакций //Вопросы современной педиатрии. 2023. Т. 22, № 6. С. 506-512.)
11. Gmshinskaya MV Formation of taste perception and complementary foods. *Consilium Medicum*. 2023; 25(8): 535-538. Russian (Гмошинская М.В. Формирование вкусового восприятия и продукты прикорма //Consilium Medicum. 2023. Т. 25, № 8. С. 535-538.) DOI: 10.26442/20751753.2023.8.202466

**КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:**

СУРОВИКИНА Екатерина Александровна

630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России

E-mail: es-1202@yandex.ru

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ****INFORMATION ABOUT AUTHOR**

ЕЛКИНА Татьяна Николаевна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической педиатрии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия.  
E-mail: elkinasib@mail.ru

ELKINA Tatyana Nikolaevna, doctor of medical sciences, professor, head of the department of outpatient pediatrics, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: elkinasib@mail.ru

СУРОВИКИНА Екатерина Александровна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры поликлинической педиатрии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия.  
E-mail: es-1202@yandex.ru

SUROVIKINA Ekaterina Aleksandrovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of outpatient pediatrics, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: es-1202@yandex.ru

ГРИБАНОВА Ольга Александровна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры поликлинической педиатрии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия.  
E-mail: o.a.gribanova@yandex.ru

GRIBANOVA Olga Aleksandrovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of outpatient pediatrics, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: o.a.gribanova@yandex.ru

ТАТАРЕНКО Юлия Анатольевна; кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической педиатрии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия. E-mail: jullia@mail.ru

TATARENKO Iuliia Anatolievna, candidate of medical sciences, docent of the department of outpatient pediatrics, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: jullia@mail.ru

ЛИХАНОВА Маргарита Геннадьевна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры поликлинической педиатрии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия.  
E-mail: m.g.likhanova@mail.ru

LIKHANOVA Margarita Gennadievna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of outpatient pediatrics, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: m.g.likhanova@mail.ru