

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Методические рекомендации

для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы
по дисциплине «ПЕДИАТРИЯ»
для студентов специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия»

Общие положения

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов (СРС) в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения.

К основным видам самостоятельной работы студентов относятся:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание докладов;
- подготовка к семинарам, практическим и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- выполнение учебно-исследовательских работ, проектная деятельность;
- подготовка практических разработок и рекомендаций по решению проблемной ситуации;
- выполнение домашних заданий в виде решения отдельных задач, проведения типовых расчетов, расчетно-компьютерных и индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплин и т.д.;
- компьютерный текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Цель и задачи самостоятельной работы

Ведущая цель организации и осуществления СРС совпадает с целью обучения студента – формирование набора общенаучных, профессиональных и специальных компетенций будущего специалиста.

При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности. Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических

- умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании курсовых и выпускной квалификационной работ, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Порядок выполнения самостоятельной работы студентом

Методические рекомендации по работе с учебной литературой

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того на сколько осознанно читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют *четыре основные установки в чтении научного текста:*

- информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
- усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
- аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал,

проанализировав его, определив свое отношение к нему)

- творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

Основные виды систематизированной записи прочитанного:

Аннотирование – предельно краткое связное описание просмотренной или прочитанной книги (статьи), ее содержания, источников, характера и назначения;

Планирование – краткая логическая организация текста, раскрывающая содержание и структуру изучаемого материала;

Тезирование – лаконичное воспроизведение основных утверждений автора без привлечения фактического материала;

Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Методические рекомендации по самопроверке знаний

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, провести самопроверку усвоенных знаний, ответив на контрольные вопросы по изученной теме.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Методические рекомендации по написанию научных текстов (докладов, рефератов,

эссе, научных статей и т.д.)

Перед тем, как приступить к написанию научного текста, важно разобраться, какова истинная цель вашего научного текста - это поможет вам разумно распределить свои силы и время.

Во-первых, сначала нужно определиться с идеей научного текста, а для этого необходимо научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке (идея – как оптимистическая позиция и направленность на дальнейшее совершенствование уже известного). Во-вторых, научиться организовывать свое время, ведь, как известно, свободное (от всяких глупостей) время – важнейшее условие настоящего творчества, для него наконец-то появляется время. Иногда именно на организацию такого времени уходит немалая часть сил и талантов.

Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важных мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).

Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых в конкретном учебном заведении порядков.

Реферат (доклад, презентация) - это самостоятельное исследование студентом определенной проблемы, комплекса взаимосвязанных вопросов.

Реферат не должен состояться из фрагментов статей, монографий, пособий. Кроме простого изложения фактов и цитат, в реферате должно проявляться авторское видение проблемы и ее решения.

Рассмотрим основные этапы подготовки реферата студентом.

Выполнение реферата начинается с выбора темы.

Затем студент приходит на первую консультацию к руководителю, которая предусматривает:

- обсуждение цели и задач работы, основных моментов избранной темы;
- консультирование по вопросам подбора литературы;
- составление предварительного плана.

Следующим этапом является работа с литературой. Необходимая литература подбирается студентом самостоятельно.

После подбора литературы целесообразно сделать рабочий вариант плана работы. В нем нужно выделить основные вопросы темы и параграфы, раскрывающие их содержание.

Составленный список литературы и предварительный вариант плана уточняются, согласуются на очередной консультации с руководителем.

Затем начинается следующий этап работы - изучение литературы. Только внимательно читая и конспектируя литературу, можно разобраться в основных вопросах темы и подготовиться к самостоятельному (авторскому) изложению содержания реферата. Конспектируя первоисточники, необходимо отразить основную идею автора и его позицию по исследуемому вопросу, выявить проблемы и наметить задачи для дальнейшего изучения данных проблем.

Систематизация и анализ изученной литературы по проблеме исследования позволяют студенту написать работу.

Рабочий вариант текста реферата предоставляется руководителю на проверку. На основе рабочего варианта текста руководитель вместе со студентом обсуждает возможности доработки текста, его оформление. После доработки реферат сдается на кафедру для его оценивания руководителем.

Критерии оценки:

Оценка «отлично» выставляется студенту, если в докладе студент исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно излагает материал; свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний; использует для написания доклада современные научные материалы; анализирует полученную информацию; проявляет самостоятельность при написании доклада.

Оценка «хорошо» выставляется студенту, если качество выполнения доклада достаточно высокое. Студент твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопросы по теме доклада.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если материал доклада излагается частично, но пробелы не носят существенного характера, студент допускает неточности и ошибки при защите доклада, дает недостаточно правильные формулировки, наблюдаются нарушения логической последовательности в изложении материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он не подготовил доклад или допустил существенные ошибки. Студент неуверенно излагает материал доклада, не отвечает на вопросы преподавателя.

Контроль самостоятельной работы студентов

Контроль самостоятельной работы проводится преподавателем в аудитории.

Предусмотрены следующие виды контроля: собеседование, оценка реферата, оценка презентации, оценка участия в круглом столе.

Подробные критерии оценивания компетенций приведены в Фонде оценочных средств для проведения текущей и промежуточной аттестации.

Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины

Перечень основной литературы :

1. Дроздов, А. А. Поликлиническая педиатрия [Электронный ресурс] : учебное пособие / 1. Педиатрия = Pediatrics : учебник / Н. С. Парамонова, В. А. Жемойтяк, П. Р. Горбачевский, Т. С. Протасевич. — Минск : Новое знание, 2021. — 599 с. — ISBN 978-985-24-0151-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/171186> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Попов, В. Л. Судебная педиатрия : учебник / В. Л. Попов, В. М. Караваев. — Санкт-Петербург : Юридический центр, 2021. — 496 с. — ISBN 978-5-94201-698-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/354965> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3. Неонатология : учебник / под редакцией А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. — Минск : Вышэйшая школа, 2021. — 575 с. — ISBN 978-985-06-3307-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/193985> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Перечень дополнительной литературы :

1. Ровбуть, Т. И. Педиатрия : учебное пособие / Т. И. Ровбуть, Н. М. Тихон, А. В. Лукша. — Гродно : ГрГМУ, 2020. — 204 с. — ISBN 978-985-595-291-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/237386> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

2. Неотложная педиатрия : учебно-методическое пособие / составители Н. В. Чернышева [и др.]. — Хабаровск : ДВГМУ, 2020. — 120 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/166380> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3. Безрукова, Д. А. Учебное пособие по дисциплине «Педиатрия». Раздел «Нефрология» : учебное пособие / Д. А. Безрукова, О. А. Башкина. — Астрахань : АГМУ, 2023. — 105 с. — ISBN 978-5-4424-0732-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/385211> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
4. Богданьянц, М. В. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебное пособие / М. В. Богданьянц, Д. А. Безрукова, А. Ю. Шмелева. — Астрахань : АГМУ, 2022. — 103 с. — ISBN 978-5-4424-0703-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/326237> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
5. Рабочая тетрадь по дисциплине «Поликлиническая и неотложная педиатрия» : учебное пособие / Л. В. Яковлева, А. И. Мулюкова, Г. Н. Шангареева, А. Ф. Николаева. — Уфа : БГМУ, 2022. — 40 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/399854> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
6. Учебное пособие по дисциплине «Педиатрия». Раздел «Пульмонология» для ординаторов : учебное пособие / О. А. Башкина, Н. Ю. Отто, Д. А. Безрукова, А. А. Джумагазиев. — Астрахань : АГМУ, 2022. — 104 с. — ISBN 978-5-4424-0657-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/299999> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Методические указания
для обучающихся по организации и проведению практических занятий
по дисциплине «ПЕДИАТРИЯ»
для студентов специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия»

***Занятие 1. История отечественной педиатрии. Периоды детского возраста.
Казанская школа педиатров. История педиатрии, организация охраны материнства
и детства в России. Роль врача общей практики в оздоровлении детского населения***

История отечественной педиатрии началась с организации Императорских воспитательных домов и первых детских больниц в XVIII веке. Это положило начало государственной системе детского здравоохранения. В XIX–XX столетиях происходило становление научной и клинической педиатрии. В 1865 году в Петербургской Медико-хирургической академии открылась первая в России и Европе кафедра детских болезней.

Периоды детского возраста включают:

- период новорождённости (до 2 недель);
- грудной возраст (до 1 года);
- преддошкольный (ясельный) период (1–3 года);
- дошкольный период (3–7 лет);
- младший школьный возраст (7–11 лет);
- старший школьный возраст (12–17–18 лет).

Казанская школа педиатров начала формироваться в 1826 году, когда профессор А. Е. Лентовский впервые в России начал читать лекции по детским болезням. В 1875 году открылась кафедра детских болезней, которую возглавил профессор Н. А. Толмачев. Профессор П. М. Аргутинский создал в Казани детскую клинику с рентген-диагностическим кабинетом и бактериологической лабораторией. В 1932 году был организован педиатрический факультет при Казанском государственном медицинском институте.

Организация охраны материнства и детства в России включает систему государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на рождение здорового ребёнка, его правильное развитие, предупреждение и лечение болезней женщин и детей. В 2022 году ВОЗ опубликовала глобальные руководящие принципы по поддержке женщин и новорождённых в послеродовой период (первые шесть недель после родов). В России развитие службы охраны материнства и детства осуществляется в рамках Концепции демографической политики до 2025 года и Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Роль врача общей практики в оздоровлении детского населения включает:

- наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием детей;
- проведение патронажа новорождённых и профилактических осмотров;
- профилактику заболеваний через вакцинацию, санитарно-гигиеническое просвещение родителей;
- координацию взаимодействия с узкими специалистами при необходимости. cyberleninka.ru +1

Занятие 2. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Физическое и психомоторное развитие детей

Физическое развитие характеризуется закономерностями:

- замедление скорости роста с возрастом;
- неравномерность темпов роста (периоды ускорения — вытяжения и замедления — округления);
- краниокаудальный градиент роста (дистальные сегменты растут быстрее проксимальных);
- чередование направлений роста костей (фазы роста в длину и ширину).

Психомоторное развитие — это совершенствование интеллектуальных и двигательных умений. В первые годы жизни моторика служит критерием биологического возраста. Задержка моторики может указывать на тяжёлые нарушения питания, обмена веществ или хронические заболевания.

Аномалии конституции (диатезы)

Диатез — врождённая особенность организма ребёнка, предрасполагающая к развитию аллергий, кожных заболеваний, нарушений обмена веществ или инфекций. Виды диатеза:

- **Экссудативно-катаральный (атопический)** — проявляется аллергическими реакциями: высыпаниями, зудом, покраснением кожи, себорейными корочками на голове.

- **Нервно-артритический** — характеризуется нарушениями обмена веществ и повышенной возбудимостью нервной системы.
- **Лимфатико-гипопластический** — проявляется увеличением лимфоузлов, частыми простудными заболеваниями, снижением иммунитета.

Критические периоды формирования иммунной системы у детей

Выделяют пять критических периодов:

- **До 28 дней жизни** — иммунная система подавлена, ребёнок зависит от материнских антител.
- **4–6 месяцев** — разрушение материнских антител, первичный иммунный ответ на инфекции без формирования иммунологической памяти.
- **2 года** — расширение контактов с внешним миром, сохранение первичного иммунного ответа, начало переключения на образование антител класса IgG.
- **4–6 лет** — укрепление иммунитета, но уровень защитных белков, отвечающих за местный иммунитет, ещё не достигает необходимых значений.
- **12–15 лет** — гормональная перестройка, временное ухудшение иммунной защиты из-за уменьшения объёма лимфоидных органов. anaferon.ru +1

Законы нарастания массы и длины тела

- Масса тела к 4–5 месяцам удваивается, к 12 месяцам — утраивается.
- В возрасте 3–7 лет ежегодная прибавка массы тела составляет 5–7,5%. В период полового созревания интенсивность нарастания массы тела возрастает.
- Длина тела: в 4 года длина тела новорождённого увеличивается в 2 раза, в 12 лет — в 3 раза.

Пропорции тела ребёнка

Пропорции тела меняются с возрастом. Например, у новорождённого длина головы составляет 1/4 длины тела, у взрослого — 1/8. В период полового созревания скорость роста туловища превышает скорость роста нижних конечностей. infourok.ru +1

Оценка физического развития детей

Для оценки используют:

- антропометрические показатели (рост, вес, окружность головы и грудной клетки);
- центильные таблицы и формулы для расчёта должноствующей массы тела;
- оценку гармоничности развития (соответствие показателей длины и массы тела). elib.psu.by +2

Занятие 3. Питание здорового ребёнка. Питание детей с пищевой аллергией

Преимущества естественного вскармливания:

- формирование правильного иммунитета благодаря материнским антителам;
- снижение риска аллергических заболеваний и инфекций;
- оптимальное соотношение питательных веществ.

Стимуляция лактации включает:

- раннее прикладывание к груди;
- частое кормление;
- избегание докорма искусственными смесями без медицинских показаний.

Введение прикорма начинают с 4–6 месяцев с монокомпонентных продуктов (овощные пюре, каши), постепенно расширяя рацион. Важно учитывать индивидуальные реакции ребёнка.

Смешанное и искусственное вскармливание применяются при недостатке грудного молока или невозможности грудного вскармливания. При выборе смеси учитывают возраст ребёнка, наличие аллергий, рекомендации врача.

Режим питания детей старше года включает 4–5 приёмов пищи в день (завтрак, обед, ужин и 1–2 перекуса). Рацион должен быть сбалансирован по белкам, жирам, углеводам, витаминам и минералам.

Роль питания в профилактике заболеваний заключается в обеспечении организма необходимыми нутриентами для нормального развития, укрепления иммунитета и снижения риска хронических заболеваний.

Занятие 4. Заболевания детей раннего возраста: хронические расстройства питания (дистрофии) у детей. Анемии у детей. Железодефицитная анемия. Рахит и рахитоподобные заболевания у детей

Хронические расстройства питания (дистрофии) — состояния, связанные с нарушением баланса между поступлением и расходом питательных веществ. Включают гипотрофию (дефицит массы тела), паратрофию (избыток массы тела) и др.

Врождённые и приобретённые гипотрофии могут быть вызваны недостаточной калорийностью питания, нарушениями всасывания, хроническими заболеваниями.

Причины развития и факторы риска:

- недостаточное питание матери во время беременности;
- патологии желудочно-кишечного тракта у ребёнка;
- инфекционные заболевания;
- генетические нарушения.

Профилактика и лечение включают коррекцию питания, лечение основного заболевания, витаминотерапию, при необходимости — нутритивную поддержку.

Железодефицитная анемия — снижение уровня гемоглобина из-за дефицита железа. Проявляется слабостью, бледностью, снижением аппетита. Лечение включает диету, обогащённую железом, и препараты железа по назначению врача.

Рахит — нарушение минерализации костей из-за дефицита витамина D. Проявляется деформацией костей, мышечной слабостью. Профилактика — достаточное пребывание на солнце, витамин D в питании.

Занятие

5. Острые пневмонии и бронхит у детей раннего возраста. Хронические заболевания органов дыхания у детей (продолжение)

Современные принципы лечения и профилактики (продолжение):

- **Антибиотикотерапия** — основа лечения бактериальных пневмоний. Выбор антибиотика зависит от предполагаемого возбудителя, возраста ребёнка и тяжести состояния. Стартовая терапия часто включает амоксициллин или амоксициллин/клавуланат. При атипичных пневмониях (микоплазменных, хламидийных) применяют макролиды (азитромицин, кларитромицин) [11].

-
-

Симптоматическая терапия:

-
- жаропонижающие при температуре выше 38,5° С (парацетамол, ибупрофен);
-
- муколитики и отхаркивающие средства при влажном кашле (амброксол, ацетилцистеин);
-
- сосудосуживающие капли в нос при заложенности носа (не более 3–5 дней);
-
- обильное питьё для разжижения мокроты и дезинтоксикации [11][12].
-

-

Физиотерапия (после стабилизации состояния):

-
-
- вибрационный массаж грудной клетки;
-
- дыхательная гимнастика;
-
-
- УФО, электрофорез [12].
-

• **Кислородная терапия** при дыхательной недостаточности [11].

• **Профилактика:**

- вакцинация против пневмококка, гемофильной палочки типа b, гриппа;
-
- грудное вскармливание;
-
- избегание контактов с инфекционными больными;
-
- поддержание оптимального микроклимата в помещении (температура 18–20° С, влажность 50–70 %);
-
-
- закаливание;
-
-
- своевременное лечение ОРВИ [11][12].
-

• **Занятие**

6. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Аллергические заболевания детей. Атопический дерматит. Респираторные аллергозы у детей

Анафилактический шок —

острая жизнеугрожающая реакция, требующая немедленных действий.

Клинические проявления:

- резкое падение артериального давления;
-
-
- отёк дыхательных путей, затруднение дыхания;
-
-
- кожные проявления (крапивница, отёк Квинке);
-
-
- тошнота, рвота, боли в животе;
-
-

беспокойство, страх, потеря сознания [13].

- **Оказание неотложной помощи:**

- Прекратить поступление аллергена.

- Уложить ребёнка с приподнятыми ногами, голову повернуть набок.

- Вызвать реанимационную бригаду.

- Ввести адреналин (0,01 мл/кг 0,1 % раствора внутримышечно, максимальная доза — 0,5 мл).

- Обеспечить доступ кислорода.

- При необходимости — сердечно-лёгочная реанимация.

- Ввести глюкокортикоиды (преднизолон 2–5 мг/кг внутривенно).

- Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин) [13][14].

- **Отёк Квинке** — локальный отёк кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек.
Диагностика:

- осмотр и сбор анамнеза (контакт с аллергеном);

- аллерготесты после купирования острого состояния [13].

- **Неотложная помощь:**

- устранение аллергена;

- антигистаминные препараты;

- глюкокортикоиды при тяжёлом течении;

- при отёке гортани — экстренная интубация или трахеостомия [13].

- **Гипертермия** — повышение температуры тела выше 38° С.

- **Помощь:**

физические методы охлаждения (обтирание водой комнатной температуры);

жаропонижающие препараты (парацетамол 10–15 мг/кг, ибупрофен 5–10 мг/кг);

обильное питьё [14].

Судороги — непроизвольные сокращения мышц.

Тактика:

обеспечить проходимость дыхательных путей;

предотвратить травмы;

ввести противосудорожные препараты (диазепам 0,2–0,5 мг/кг внутривенно);

выяснить причину судорог (инфекция, интоксикация, эпилепсия и др.) [14].

Профилактические мероприятия:

выявление и исключение аллергенов;

гипоаллергенный быт;

обучение родителей правилам оказания первой помощи;

ношение медицинского браслета с информацией об аллергии [13][14].

Занятие 7. Заболевания сердечно-сосудистой системы: врождённые пороки сердца и ревматические заболевания

Врождённые пороки сердца (ВПС) —

анатомические дефекты сердца и сосудов, возникшие внутриутробно.

Классификация:

«белые» пороки (с левым сбросом крови, без цианоза): дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытый артериальный проток (ОАП);

«синие» пороки (с правым сбросом крови, с цианозом): тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов [15].

Клинические проявления:

одышка, утомляемость;

-
-

отставание в физическом развитии;

-
-

цианоз или бледность кожи;

-
-

сердечные шумы;

-
-

нарушения ритма [15].

-

Ревматические заболевания —

системные воспалительные поражения соединительной ткани с преимущественным вовлечением сердца.

Основные формы:

-

ревматическая лихорадка;

-
-

ревматический кардит;

-
-

полиартрит;

-
-

хорея [16].

-

Признаки активности процесса:

-

повышение СОЭ, СРБ;

-
-

лейкоцитоз;

-
-

положительные серологические тесты (АСЛО);

-
-

клинические симптомы (лихорадка, артралгии, кардиальные жалобы) [16].

-

Методы лабораторно-инструментальной диагностики:

-

ЭКГ;

-
-

ЭхоКГ;

-
-

рентгенография органов грудной клетки;

- анализы крови (общий, биохимический, иммунологический);

- тесты на стрептококковую инфекцию [15][16].

- **Дифференциальный диагноз:**

- инфекционный эндокардит;

- неревматический кардит;

- кардиомиопатии;

- системные заболевания соединительной ткани [15][16].

- **Лечение и профилактика:**

- антибиотики (пенициллины) при ревматической лихорадке;

- НПВС, глюкокортикоиды при активном воспалении;

- хирургическая коррекция ВПС;

- вторичная профилактика ревматизма (бициллин-5);

- диспансерное наблюдение [15][16].

- **Занятие**

- **8. Системные заболевания соединительной ткани (СКВ, ЮДМ, ССД), системные васкулиты, ЮРА у детей**

- **Системные заболевания соединительной ткани** —

- группа хронических воспалительных заболеваний с поражением многих органов и систем.

- **Особенности течения у детей:**

- СКВ (системная красная волчанка) —

- чаще острое начало, поражение почек, гематологические нарушения;

- ЮДМ (ювенильный дерматомиозит) —

- мышечная слабость, кожные высыпания, кальциноз;

- ССД (склеродермия) — уплотнение кожи, поражение внутренних органов;

-
-
- ЮРА (ювенильный ревматоидный артрит) —
суставной синдром, системные проявления [17].

- **Классификации:**

- по преобладающему синдрому (суставной, кожный, почечный и т.д.);

-
- по распространённости процесса;

-
- по активности [17].

- **Диагностические критерии:**

- клинические симптомы;

-
- лабораторные данные (антинуклеарные антитела, ревматоидный фактор, комплемент и др.)
;

-
- инструментальные методы (УЗИ, МРТ, биопсия) [17].

- **Признаки активности процесса:**

- лихорадка;

-
- артралгии/артриты;

-
- кожные высыпания;

-
- поражение внутренних органов;

-
- лабораторные маркеры воспаления [17].

- **Лабораторно-инструментальная диагностика:**

- общий и биохимический анализ крови;

-
- иммунологические тесты;

-
- УЗИ суставов и внутренних органов;

-
- МРТ, КТ;
-
- биопсия кожи, мышц, почек [17].
-
- **Дифференциальный диагноз:**
-
- инфекции;
-
-
- онкологические заболевания;
-
-
- другие ревматические болезни [17].
-
- **Лечение:**
-
- иммуносупрессивная терапия (глюкокортикоиды, цитостатики);
-
-
- биологические препараты;
-
-
- симптоматическая терапия;
-
-
- реабилитация [17].
-
- **Профилактика обострений:**
-
- соблюдение режима;
-
-
- исключение провоцирующих факторов (стресс, инфекции, инсоляция);
-
-
- регулярный приём поддерживающей терапии;
-
-
- диспансерное наблюдение у ревматолога [17].
-

Занятие 9.

Заболевания почек у детей (гломерулопатии и инфекция мочевыводящих путей)

Гломерулонефрит — иммуновоспалительное поражение клубочков почек.

Этиология и патогенез:

-
- постстрептококковый;
-
-
- идиопатический;
-

- наследственный;

- лекарственный и др.

Иммунные комплексы откладываются в клубочках, вызывая воспаление и нарушение функции почек [18].

Классификация:

- острый гломерулонефрит;

- хронический гломерулонефрит (с рецидивирующей гематурией, нефротический, смешанный);

- быстро прогрессирующий гломерулонефрит [18].

Клиническая картина:

- **отёчный синдром** (отёки лица, конечностей, иногда анасарка);

- **гипертензивный синдром** (повышение АД, головные боли, тошнота);

- **мочевой синдром** (олигурия, протеинурия, гематурия — «цвет мясных помоев»);

- **нефротический синдром** (массивные отёки, гипопроteinемия, гиперлипидемия, протеинурия более 3,5 г/сут) [18][21].

Особенности течения различных форм:

- **острый постстрептококковый** — чаще у детей 5–12 лет, развивается через 1–3 недели после ангины или пиодермии, благоприятный прогноз при своевременном лечении;

- **хронический** — волнообразное течение с обострениями и ремиссиями, прогрессирующее снижение функции почек;

- **быстро прогрессирующий** — злокачественное течение с быстрым развитием почечной недостаточности [18][21].

Инфекция мочевыводящих путей (ИМП)

Этиология:

- чаще всего *Escherichia coli* (70–90 %);

- *Klebsiella, Proteus, Enterococcus, Staphylococcus* [22].

- **Пredisполагающие факторы:**

- аномалии развития мочевой системы;

-
-
- пузырно-мочеточниковый рефлюкс;

-
-
- нарушение гигиены;

-
-
- переохлаждение;

-
-
-
- снижение иммунитета [22][23].

- **Классификация ИМП:**

- пиелонефрит (острый, хронический);

-
-
- цистит;

-
-
-
- уретрит;

-
-
-
-
- асимптоматическая бактериурия [22].

- **Клинические проявления:**

- лихорадка, озноб;

-
-
-
- боли в пояснице или животе;

-
-
-
-
- дизурия (частое, болезненное мочеиспускание);

-
-
-
-
-
- изменение цвета и запаха мочи;

-
-
-
-
- у детей раннего возраста —
неспецифические симптомы (вялость, снижение аппетита, рвота, диарея) [22][23].

- **Лабораторно-инструментальные методы диагностики**

- **Обязательные исследования:**

• общий анализ мочи (лейкоцитурия, бактериурия, протеинурия, гематурия);

• анализ мочи по Нечипоренко или Аддису-Каковскому;

• посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам;

• биохимический анализ крови (креатинин, мочеви́на, электролиты, общий белок, альбумины);

• проба Реберга (оценка клубочковой фильтрации);

• УЗИ почек и мочевого пузыря (оценка размеров, структуры, наличия рефлюкса) [18][22][23].

• **Дополнительные методы:**

• экскреторная урография;

• микционная цистография (при подозрении на рефлюкс);

• радиоизотопная ренография;

• биопсия почки (при хроническом гломерулонефрите для уточнения морфологического варианта) [18][23].

• **Принципы лечения**

Базисная терапия гломерулонефрита:

• постельный режим в острый период;

• диета: ограничение соли, жидкости, белка при почечной недостаточности;

• антибактериальная терапия (при постстрептококковом варианте — пенициллины);

• иммуносупрессивная терапия (глюкокортикоиды, цитостатики при тяжёлых формах);

• антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II) [18][21].

• **Патогенетическая терапия:**

- при нефротическом синдроме — высокие дозы глюкокортикоидов (преднизолон 1–2 мг/кг/сут);

- при гормональной резистентности — цитостатики (циклофосфамид, циклоспорин А);

- плазмаферез и иммуносорбция при быстро прогрессирующем гломерулонефрите [18][21].

Симптоматическое лечение:

- диуретики при отёках (фуросемид, спиронолактон);

- коррекция электролитных нарушений;

- лечение анемии (эритропоэтин, препараты железа);

- профилактика остеопороза (препараты кальция, витамина D) [18][21].

Лечение ИМП:

- антибиотики с учётом чувствительности (амоксциллин/клавуланат, цефалоспорины III поколения, фторхинолоны у старших детей);

- уроантисептики (нитрофураны, налидиксовая кислота) в поддерживающем режиме;

- фитотерапия (толокнянка, брусника, клюква) в период ремиссии;

- коррекция аномалий развития мочевой системы (хирургическое лечение при необходимости) [22][23].

Профилактика

- своевременное лечение стрептококковых инфекций (ангина, скарлатина);

- соблюдение гигиены мочеполовой системы;

- адекватное потребление жидкости (профилактика застоя мочи);

- регулярное диспансерное наблюдение детей с хроническими заболеваниями почек;

- контроль артериального давления и анализов мочи;

- вакцинация против пневмококка и гемофильной палочки (снижение риска инфекций)

Занятие 10. Заболевания почек у детей (гломерулопатии и инфекция мочевыводящих путей).

1.Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина гломерулонефрита, особенности течения различных форм.

2.Лабораторно-инструментальные методы диагностики, принципы лечения (базисная, патогенетическая терапия, симптоматическое лечение)

Гломерулонефрит — это приобретённое заболевание, в основе которого лежит иммунное воспаление с преимущественным поражением клубочков почек. В патологический процесс последовательно вовлекаются и другие структуры почечной ткани, многие органы и системы организма, нарушаются практически все виды обмена веществ.

Этиология

В этиологии гломерулонефрита установлена роль бактериальных и вирусных заболеваний, которые предшествуют поражению клубочков почек. Наиболее детально исследована и доказана роль стрептококковой инфекции. Чаще всего гломерулонефрит возникает после перенесённых заболеваний стрептококковой природы (ангина, скарлатина, стрептококковая пиодермия, обострения хронического стрептококкового тонзиллита и др.).

Ведущее этиологическое значение имеют β -гемолитические стрептококки группы А, особенно типов 4, 6, 12, 18, 25, 49, которые получили название нефритогенных. Кроме стрептококковых антигенов, могут играть роль и другие бактериальные антигены, например стафилококковые, а также вирусные. api.ziyonet.uz +1

К развитию острого гломерулонефрита могут приводить и токсические факторы: отравление свинцом и ртутью, употребление органических растворителей и алкоголя, приём некоторых лекарств (амикацина, рентгеноконтрастных препаратов).

Также в основе патогенеза гломерулонефрита у детей лежат факторы неинфекционного характера, к которым относятся различные аллергены (вакцины, токсины, медикаменты, чужеродные белки и растительная пыльца).

Патогенез

В механизме развития постстрептококкового гломерулонефрита чаще всего имеет место III тип аллергических реакций — иммунокомплексный с активацией комплемента, сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев.

Болезнь формируется в качестве генетически детерминированной иммунной реакции в ответ на действие антигена. На фоне отклонения синтезируются иммунные комплексы, способные поражать капилляры почечных клубочков, провоцируя тем самым воспаление, дистрофию в мочеполовой системе и расстройство микроциркуляции.

Классификация

По течению у детей различают острый и хронический гломерулонефрит. Первому свойственны внезапный дебют и интенсивная симптоматика, что обусловлено инфекционно-аллергическим поражением. Второй предполагает тяжёлое течение и обычно развивается вследствие запущенного острого заболевания.

По происхождению гломерулонефрит бывает:

- первичным — развивается при непосредственном воздействии этиологического фактора на почечную ткань;
- вторичным — возникает на фоне системных заболеваний соединительной ткани (системной красной волчанки, геморрагического васкулита, узелкового периартериита и др.).

По характеру симптомов выделяют следующие формы гломерулонефрита среди детей:

- латентная;
- гематурическая;
- нефротическая;
- гипертоническая;
- смешанная.

В связи с областью патологического процесса выделяют:

- очаговое нарушение, когда воспаление охватывает некоторые участки почек;
- диффузное, при котором поражение поглотило все ткани органа.

Клиническая картина

В клинической картине характерна **триада Брайта**:

- мочевого синдром;
- отёки;
- артериальная гипертензия.

Жалобы пациента могут включать:

- отёки;
- одышку/затруднение дыхания;
- повышение артериального давления (АД) впервые или усугубление ранее имеющейся артериальной гипертензии;
- понижение АД при ранее имевшейся артериальной гипертензии или ранее имевшемся нормальном АД;
- изменения цвета мочи (цвет мясных помоев/чайной заварки);
- уменьшение количества мочи;
- слабость;
- снижение аппетита/потеря веса;
- повышение температуры тела;
- боли в суставах, мышцах, костях;
- высыпания на коже;
- сухость кожи, ломкость и истончение ногтей, выпадение волос;
- боли во рту/стоматит/язвочки на слизистой полости рта;
- увеличение размеров языка;
- снижение слуха;
- осиплость голоса;
- сухость в слизистой оболочке носа/рецидивирующие носовые кровотечения/нарушение носового дыхания;
- длительный кашель;
- кровохарканье;
- боли и/или сухость в глазах/покраснение глаз;
- боли в конечностях, онемение конечностей, нарушение чувствительности кожи;
- поносы, вздутие.

Особенности течения различных форм

Острый гломерулонефрит может около трёх недель протекать без симптомов. Острая форма наступает через несколько дней — недель после перенесённой инфекции. Обычно у детей наблюдается внезапное и стремительное развитие гломерулонефрита, сопровождающегося такими симптомами, как гипертермия, слабость, головная боль, общее ухудшение самочувствия, озноб, ломота в поясничном отделе, тошнота и рвота. probolezny.ru +1

Хронический гломерулонефрит — это хроническое иммунно-воспалительное заболевание, при котором поражается клубочковый аппарат почки. Иммунные комплексы (антиген-антитело) фиксируются на базальной мембране клубочков и повреждают её. Происходит гибель клубочков, разрастается соединительная ткань, происходит сморщивание почек и утрачивается их функция, развивается хроническая почечная недостаточность.

Быстро прогрессирующий гломерулонефрит характеризуется злокачественным течением с быстрым развитием почечной недостаточности.

Гематурическая форма (нефритический синдром). Этиология: постстрептококковый гломерулонефрит. Патогенез: иммунокомплексный гломерулонефрит (III тип реакций) с преимущественным поражением стенки капилляра. Мочевой синдром: макрогематурия,

умеренная протеинурия (до 3 г/л), селективная. Клинические проявления: отёки небольшие, периферические, локализуются преимущественно на лице; выраженная бледность; артериальная гипертензия кратковременная на время олигурии.

Нефротическая форма. Этиология: чаще — вирусассоциированный гломерулонефрит.

Патогенез: чаще иммунокомплексный механизм с поражением базальной мембраны.

Мочевой синдром: микрогематурия; массивная протеинурия (более 3 г/л), неселективная; цилиндрурия. Клинические проявления: выраженные периферические отёки; полостные отёки (анасарка, водянка полостей); артериальная гипертензия на время олигурии.

Лабораторно-инструментальные методы диагностики

Лабораторные методы:

- общий анализ мочи (протеинурия, цилиндрурия, гематурия);
- проба по Нечипоренко и по Аддису-Каковскому (преобладание эритроцитов над лейкоцитами);
- общий анализ крови (снижение гемоглобина и эритроцитов, увеличение СОЭ до 40 мм/час);
- биохимический анализ крови (С-реактивный белок — положительный, повышенный уровень фибриногена, креатинина и мочевины; снижение уровня общего белка сыворотки крови при нефротическом синдроме, остром гломерулонефрите);
- проба Реберга (определение величины клубочковой фильтрации и реабсорбции в канальцах);
- проба по Зимницкому (снижение суточного диуреза (олигурия), никтурия, высокий удельный вес мочи).

Инструментальные методы:

- ультразвуковое исследование почек (определение размеров и положения почек, оценка состояния чашечно-лоханочной системы, выявление очаговых изменений);
- обзорная рентгенография брюшной полости (оценка размеров почек, их положения и контуров);
- внутривенная (экскреторная) урография (оценка размеров, контуров, положения почек, толщины почечной паренхимы, состояния чашечно-лоханочной системы и мочевыводящих путей);
- компьютерная томография (оценка характера и протяжённости объёмных процессов, визуализация камней различной локализации);
- магнитно-резонансная томография (получение дополнительных сведений об объёмных образованиях, обнаружение новообразований небольших размеров, диагностика тромбозов, аневризм, артериовенозных свищей);
- радиоизотопная ренография (выявление нарушений функциональной способности почек на ранних стадиях, отдельная оценка и сравнение функций правой и левой почек, оценка динамики почечного процесса).

Биопсия почек показана в тех случаях, когда назначенная терапия оказалась неэффективной. С помощью биопсии можно уточнить тип гломерулонефрита, определить прогноз и тактику лечения.

Принципы лечения

Базисная терапия:

- постельный режим в острый период;
- диета: ограничение соли, жидкости, животных белков при признаках почечной недостаточности;
- антибактериальная терапия (при наличии доказанной инфекционной природы заболевания, особенно при постстрептококковом гломерулонефрите);
- противоаллергические средства;
- нефропротекторы.

Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины

Перечень основной литературы :

1. Дроздов, А. А. Поликлиническая педиатрия [Электронный ресурс] : учебное пособие / 1. Педиатрия = Pediatrics : учебник / Н. С. Парамонова, В. А. Жемойтяк, П. Р. Горбачевский, Т. С. Протасевич. — Минск : Новое знание, 2021. — 599 с. — ISBN 978-985-24-0151-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/171186> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Попов, В. Л. Судебная педиатрия : учебник / В. Л. Попов, В. М. Караваев. — Санкт-Петербург : Юридический центр, 2021. — 496 с. — ISBN 978-5-94201-698-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/354965> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3. Неонатология : учебник / под редакцией А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. — Минск : Вышэйшая школа, 2021. — 575 с. — ISBN 978-985-06-3307-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/193985> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Перечень дополнительной литературы :

1. Ровбуть, Т. И. Педиатрия : учебное пособие / Т. И. Ровбуть, Н. М. Тихон, А. В. Лукша. — Гродно : ГрГМУ, 2020. — 204 с. — ISBN 978-985-595-291-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/237386> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Неотложная педиатрия : учебно-методическое пособие / составители Н. В. Чернышева [и др.]. — Хабаровск : ДВГМУ, 2020. — 120 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/166380> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3. Безрукова, Д. А. Учебное пособие по дисциплине «Педиатрия». Раздел «Нефрология» : учебное пособие / Д. А. Безрукова, О. А. Башкина. — Астрахань : АГМУ, 2023. — 105 с. — ISBN 978-5-4424-0732-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/385211> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
4. Богданьянц, М. В. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебное пособие / М. В. Богданьянц, Д. А. Безрукова, А. Ю. Шмелева. — Астрахань : АГМУ, 2022. — 103 с. — ISBN 978-5-4424-0703-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/326237> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
5. Рабочая тетрадь по дисциплине «Поликлиническая и неотложная педиатрия» : учебное пособие / Л. В. Яковлева, А. И. Мулюкова, Г. Н. Шангареева, А. Ф. Николаева. — Уфа : БГМУ, 2022. — 40 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/399854> (дата обращения: 03.02.2026). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
6. Учебное пособие по дисциплине «Педиатрия». Раздел «Пульмонология» для ординаторов : учебное пособие / О. А. Башкина, Н. Ю. Отто, Д. А. Безрукова, А. А. Джумагазиев. — Астрахань : АГМУ, 2022. — 104 с. — ISBN 978-5-4424-0657-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система.