МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

УТВЕРЖДАЮ
Директор
(должность)
Алексеева С.С.
(ФИО)
4-11 2026 г.

Стоматология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста**

Учебный план 310502_26_1 пд.plx
Специальность 31.05.02 - РФ, 560002 - КР Педиатрия

Квалификация **врач-педиатр**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**
Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 32
самостоятельная работа 39,7

Виды контроля в семестрах:
зачет 8

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	8 (4.2)		Итого	
Недель	16			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	8	8	8	8
Практические	24	24	24	24
Контактная работа в период теоретического обучения	0,3	0,3	0,3	0,3
В том числе инт.	3		3	
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32,3	32,3	32,3	32,3
Сам. работа	39,7	39,7	39,7	39,7
Итого	72	72	72	72

Программу
составил(и):

доцент, к.м.н., зав.каф, Сабирова Азиза Ибрагимовна;ст.преп., Жантаева Жамиля Закировна _____

Рецензент(ы):

д.м.н., проф, Чолокова Гульнар Сатаркуловна _____

Согласовано РОП:

Нурмухамедова Б. _____

Рабочая программа
дисциплины
Стоматология

разработана в соответствии
с ФГОС 3++:
Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - специалитет по специальности 31.05.02
Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 12.08.2020 г. № 965)

составлена на основании
учебного плана:

Специальность 31.05.02 - РФ, 560002 - КР Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.2026 протокол № 11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста

Протокол от 7сентября 2026 г. № 2
Срок действия программы: 2026-2027 уч.г.
Руководитель подразделения: Сабирова Азиза Ибрагимовна

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ
к рабочей программе дисциплины (модуля)

Стоматология

_____ *наименование дисциплины*

№ п/п	Основание внесения изменения	Раздел/ пункт	Содержание изменения
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Целью освоения дисциплины «Стоматология» является формирование у обучающихся по направлению подготовки «Педиатрия» системных знаний об анатомо-физиологических особенностях челюстно-лицевой области у детей, этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, диагностике, лечении и профилактике основных стоматологических заболеваний, а также формирование практических навыков распознавания стоматологической патологии, оказания первой и неотложной медицинской помощи и своевременного направления пациентов к профильным специалистам.
1.2	В процессе освоения дисциплины предусматривается формирование у будущих врачей-педиатров стоматологической настороженности, способности выявлять признаки воспалительных, травматических и опухолевых заболеваний челюстно-лицевой области, оценивать возможную взаимосвязь стоматологической патологии с общесоматическими заболеваниями ребёнка и применять междисциплинарный подход к профилактике и оказанию медицинской помощи детям.
1.3	Освоение дисциплины направлено на подготовку специалиста, способного учитывать возрастные особенности ребёнка, соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии, проводить санитарно-просветительную работу с детьми и их родителями, а также участвовать в мероприятиях по сохранению и укреплению стоматологического здоровья детского населения.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.О
2.1	**Требования к предварительной подготовке обучающегося:**
2.1.1	Б1.О.17. Медицинская информатика
2.1.2	Б1.О.20. Топографическая анатомия и оперативная хирургия
2.1.3	Б1.О.19. Анатомия
2.1.4	Б1.О.08. Психология общения
2.1.5	История медицины (История Кыргызстана, история медицины)
2.1.6	Б1.О.59. Пропедевтика детских болезней
2.1.7	Б1.О.58. Основы формирования здоровья детей
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Б1.О.68. Доказательная медицина
2.2.2	Б1.О.47. Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия
2.2.3	Б2.О.06(П). Практика по неотложным медицинским манипуляциям (Помощник врача скорой медицинской помощи)
2.2.4	Б1.О.52. Онкология, лучевая терапия
2.2.5	Б1.В.02. Поликлиническая и неотложная педиатрия
2.2.6	Б1.О.61. Госпитальная педиатрия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ОПК-4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	
Знать:	
Уровень 1	Знать основы санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на укрепление стоматологического здоровья
Уровень 2	Знать методы клинического обследования органов и тканей полости рта.
Уровень 3	Знать современные методы диагностики стоматологических заболеваний, показания и противопоказания к применению диагностических медицинских изделий, правила их безопасного использования, обработки и контроля технического состояния
Уметь:	
Уровень 1	Уметь проводить профилактическое обучение пациентов и их родственников по вопросам здорового образа жизни, правильному питанию; проводить мероприятия по профессиональной и индивидуальной гигиене, навыкам самоконтроля с различными контингентами населения
Уровень 2	Уметь применять стоматологические инструменты, медицинские изделия и диагностическое оборудование при проведении обследования пациента; выполнять основные методы стоматологического осмотра и оценивать полученные результаты.

Уровень 3	Уметь самостоятельно проводить комплексное обследование стоматологического пациента с использованием необходимых медицинских изделий и диагностического оборудования, интерпретировать результаты обследования и обосновывать предварительный диагноз.

Владеть:	
Уровень 1	Владеть навыками и способностью проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения
Уровень 2	Владеть навыками работы со стоматологическими инструментами, медицинскими изделиями и диагностическим оборудованием, методами клинического обследования пациента и соблюдения требований инфекционной безопасности.
Уровень 3	Владеть навыками комплексного обследования пациентов с применением современных медицинских изделий и диагностического оборудования, оценки и интерпретации полученных данных для установления диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациента.

ОПК-7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	
Знать:	
Уровень 1	Знать алгоритм неотложной медицинской помощи; знаком с основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях в условиях чрезвычайной ситуации
Уровень 2	Знать основные принципы и методы лечения стоматологических заболеваний, показания и противопоказания к применению лекарственных препаратов и лечебных методов; возможные осложнения и побочные реакции при проведении стоматологического лечения.
Уровень 3	Знать современные клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи, принципы выбора индивидуальной тактики лечения, критерии оценки эффективности и безопасности проводимой терапии, методы профилактики и коррекции осложнений.
Уметь:	
Уровень 1	Уметь анализировать особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и катастрофах в мирное и военное время
Уровень 2	Уметь назначать лечение пациентам с основными стоматологическими заболеваниями с учетом установленного диагноза, возраста, общего состояния организма, показаний и противопоказаний; определять дозировки и режим применения лекарственных препаратов.
Уровень 3	Уметь оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения, выявлять побочные реакции и осложнения, своевременно корректировать лечебную тактику с учетом клинического состояния пациента и результатов дополнительных исследований
Владеть:	
Уровень 1	Владеть основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях в условиях чрезвычайной ситуации, эпидемий и в очагах массового поражения
Уровень 2	Владеть методами проведения основных лечебных стоматологических манипуляций, навыками рационального выбора лекарственных средств и немедикаментозных методов лечения, соблюдения требований безопасности при оказании стоматологической помощи.
Уровень 3	Владеть навыками комплексного лечения стоматологических заболеваний, контроля эффективности и безопасности назначенной терапии, профилактики и устранения возможных осложнений, оказания неотложной помощи при критических состояниях в стоматологической практике.

ПК-1: Готов к сбору и анализу жалоб у ребенка, сбор данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	
Знать:	
Уровень 1	Знать методы и средства сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования
Уровень 2	Необходимость проведения сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза
Уровень 3	Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику основных стоматологических заболеваний
Уметь:	
Уровень 1	Уметь собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза; назначать лабораторные, инструментальные, патологоанатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологических заболеваний;
Уровень 2	Уметь проводить клиническое обследование детей с учетом возрастных особенностей, оценивать состояние зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта и челюстно-лицевой области; интерпретировать результаты дополнительных методов исследования
Уровень 3	Уметь проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей, анализировать совокупность полученных клинических и дополнительных данных, устанавливать предварительный и клинический диагноз.

Владеть:

Уровень 1	Владеть способностью критически оценивать результаты лабораторных, патологоанатомических исследований в целях распознавания состояния или установление факта наличия, или отсутствия стоматологического заболевания, соблюдает принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами.
Уровень 2	Владеть методами сбора стоматологического анамнеза, клинического обследования детей, проведения основных диагностических манипуляций и интерпретации результатов лабораторных и инструментальных исследований.
Уровень 3	Владеть навыками комплексной оценки состояния стоматологического здоровья ребенка, проведения дифференциальной диагностики, обоснования клинического диагноза на основании анализа жалоб, анамнеза, объективных данных и результатов дополнительных исследований.

ПК-2: Способен к определению у детей и подростков основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.	
Знать:	
Уровень 1	Знать методики проведения физикальных исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм
Уровень 2	Специфику выявления различных видов патологических состояний зубочелюстной системы, диагностики зубочелюстной деформации и аномалии зубов и челюстей
Уровень 3	Значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.
Уметь:	
Уровень 1	Уметь осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм стоматологических заболеваний;
Уровень 2	Анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ).
Уровень 3	Умеет отметить практическую ценность при сравнении конкретных патологических синдромов, симптомов стоматологических заболеваний
Владеть:	
Уровень 1	Владеть навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний
Уровень 2	Приемами поиска, выявления и систематизации основных патологических состояний, симптомов синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ)
Уровень 3	Навыками собственного обоснования объединения различных симптомов, синдромов в нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.

ПК-4: Способен к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами	
Знать:	
Уровень 1	Знать основные виды диспансеризации и меры профилактики у больных со стоматологическими заболеваниями и патологией;
Уровень 2	Знать современные клинические рекомендации, стандарты оказания стоматологической помощи, алгоритмы комплексного лечения и диспансерного наблюдения пациентов с различными нозологическими формами стоматологических заболеваний.
Уровень 3	Знать принципы диагностики, классификацию, клинические проявления и особенности течения основных стоматологических заболеваний; показания и противопоказания к различным методам лечения; принципы выбора лечебной тактики в зависимости от диагноза, возраста и общего состояния пациента.
Уметь:	
Уровень 1	Уметь проводить профилактический медицинский осмотр;
Уровень 2	Формировать план профилактической стоматологической помощи пациенту
Уровень 3	Осуществлять диспансерное наблюдение за пациентами со стоматологической патологией
Владеть:	
Уровень 1	Владеть способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией
Уровень 2	Владеть методами клинического обследования стоматологических пациентов, алгоритмами определения диагноза и выбора рациональной тактики лечения при основных стоматологических заболеваниях.

Уровень 3	Владеть навыками разработки и реализации индивидуального комплексного плана лечения, профилактики и реабилитации пациентов с различными нозологическими формами стоматологических заболеваний, а также оценки результатов лечения и динамического наблюдения.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	**Знать:**
3.1.1	Предмет, задачи и основные этапы развития стоматологии;
3.1.2	Анатомо-физиологические и возрастные особенности строения зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта и челюстно-лицевой области у детей;
3.1.3	Этиологию, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний: кариеса, пульпита, периодонтита, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта;
3.1.4	Основные методы обследования стоматологических больных, показания к применению дополнительных методов диагностики;
3.1.5	Показания и противопоказания к удалению зубов у детей, принципы обезболивания и возможные осложнения хирургических вмешательств;
3.1.6	Этиологию, клиническую картину, осложнения и принципы лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи;
3.1.7	Классификацию и клинические признаки травматических повреждений зубов, мягких тканей лица и костей лицевого скелета;
3.1.8	Основные признаки предраковых заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей челюстно-лицевой области, принципы онкологической настороженности;
3.1.9	Основные виды врождённых и приобретённых дефектов и деформаций челюстно-лицевой области;
3.1.10	Принципы оказания первой и неотложной медицинской помощи при стоматологических заболеваниях и травмах, а также показания к направлению ребёнка к врачу-стоматологу и другим профильным специалистам.
3.2	**Уметь:**
3.2.1	Собирать жалобы и анамнез у ребёнка и его родителей, оценивать общее состояние пациента;
3.2.2	Проводить первичный осмотр лица, челюстей и полости рта, выявлять патологические изменения зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта;
3.2.3	Распознавать основные клинические признаки кариеса, пульпита, периодонтита, воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области;
3.2.4	Проводить предварительную оценку выявленных изменений и определять необходимость дополнительных методов обследования;
3.2.5	Выявлять признаки одонтогенной инфекции и потенциально опасных осложнений, требующих экстренной медицинской помощи;
3.2.6	Оказывать первую помощь при травмах зубов и мягких тканей лица, острой зубной боли и других неотложных стоматологических состояниях в пределах своей профессиональной компетенции;
3.2.7	Определять показания для консультации стоматолога, челюстно-лицевого хирурга, онколога и других специалистов;
3.2.8	Выявлять признаки возможных опухолевых и предраковых поражений челюстно-лицевой области и своевременно направлять пациента на специализированное обследование;
3.2.9	Проводить санитарно-просветительную работу с детьми и родителями по вопросам гигиены полости рта, профилактики кариеса и других стоматологических заболеваний;
3.2.10	Учитывать возрастные особенности ребёнка и сопутствующие соматические заболевания при оценке стоматологического статуса.
3.3	**Владеть:**
3.3.1	Сбора стоматологического анамнеза и проведения первичного осмотра челюстно-лицевой области и полости рта у детей;
3.3.2	Выявления основных симптомов стоматологических заболеваний и оценки их клинической значимости;
3.3.3	Распознавания признаков острой одонтогенной инфекции, травматических повреждений и состояний, требующих неотложного вмешательства;
3.3.4	Применения алгоритмов первой помощи при неотложных стоматологических состояниях в соответствии с действующими клиническими рекомендациями;
3.3.5	Определения показаний к экстренному и плановому направлению ребёнка к профильному специалисту;
3.3.6	Взаимодействия с врачами-стоматологами, челюстно-лицевыми хирургами, педиатрами и другими специалистами при оказании комплексной медицинской помощи;
3.3.7	Консультирования детей и родителей по вопросам индивидуальной и профессиональной профилактики стоматологических заболеваний;
3.3.8	Соблюдения принципов медицинской этики, деонтологии, инфекционной безопасности и профессиональной ответственности при работе с детьми.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)								
Код занятия	**Наименование разделов и тем /вид занятия/**	**Семестр / Курс**	**Часов**	**Компетен-ции**	**Литература**	**Инте ракт.**	**Пр. подг.**	**Примечание**
	Раздел 1.							
1.1	Введение в стоматологию. Основные стоматологические заболевания. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей /Пр/	8	3					
1.2	Методы обследования и диагностики стоматологических заболеваний у детей /Пр/	8	3					
1.3	Удаление зубов у детей. Показания, противопоказания и особенности проведения операции /Пр/	8	3					
1.4	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи у детей /Пр/	8	3					
1.5	Травматические повреждения челюстно-лицевой области у детей /Пр/	8	3					
1.6	Основы онкостоматологии. Предраковые заболевания и профилактика опухолей /Пр/	8	3					
1.7	Опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли челюстно-лицевой области у детей /Пр/	8	3					
1.8	Восстановительная хирургия. Врожденные и приобретённые дефекты и деформации. Итоговое занятие /Пр/	8	3					
1.9	Введение в стоматологию. Основные стоматологические заболевания. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей Методы обследования и диагностики стоматологических заболеваний у детей /Лек/	8	2					
1.10	Удаление зубов у детей. Показания, противопоказания и особенности проведения операции Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи у детей /Лек/	8	2					
1.11	Травматические повреждения челюстно-лицевой области у детей Основы онкостоматологии. Предраковые заболевания и профилактика опухолей /Лек/	8	2					

1.12	Опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли челюстно-лицевой области у детей Восстановительная хирургия. Врожденные и приобретённые дефекты и деформации. Итоговое занятие /Лек/	8	2					
1.13	Зачет /КрТО/	8	0,3					
1.14	История развития стоматологии и её значение в подготовке врача-педиатра /Ср/	8	4					
1.15	Возрастные особенности строения зубов и органов полости рта у детей /Ср/	8	4					
1.16	Кариес, пульпит и периодонтит у детей: этиология, клиника, профилактика /Ср/	8	4					
1.17	Методы обследования и диагностики стоматологических заболеваний у детей /Ср/	8	4					
1.18	Удаление зубов у детей: показания, противопоказания и профилактика осложнений /Ср/	8	4					
1.19	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей /Ср/	8	4					
1.20	Травмы зубов, мягких тканей лица и костей лицевого скелета. Первая помощь /Ср/	8	4					
1.21	Предраковые заболевания и профилактика опухолей челюстно-лицевой области /Ср/	8	4					
1.22	Опухолеподобные образования и опухоли челюстно-лицевой области у детей /Ср/	8	4					
1.23	Врожденные и приобретённые дефекты челюстно-лицевой области. Принципы реабилитации /Ср/	8	3,7					

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

1. Предмет, цели и задачи стоматологии.
2. Основные этапы развития стоматологии.
3. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей.
4. Этиология, патогенез и клинические проявления кариеса зубов.
5. Клинические признаки пульпита и периодонтита у детей.
6. Основные заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта.
7. Методы профилактики стоматологических заболеваний у детей.
8. Принципы оказания первой помощи при острой зубной боли.
9. Основные этапы обследования стоматологического пациента.
10. Особенности сбора анамнеза у детей и их родителей.
11. Методика наружного осмотра челюстно-лицевой области.
12. Методы обследования полости рта.
13. Показания к рентгенологическому исследованию в стоматологии.
14. Дифференциальная диагностика кариеса, пульпита и периодонтита.
15. Основные методы диагностики заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.
16. Принципы выбора лечебной тактики при стоматологических заболеваниях.

17. Показания и противопоказания к удалению временных и постоянных зубов.
18. Виды местного обезболивания в детской стоматологии.
19. Основные инструменты для удаления зубов.
20. Этапы операции удаления зуба.
21. Возможные осложнения во время и после удаления зуба.
22. Особенности подготовки детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
23. Особенности стоматологической помощи пациентам с заболеваниями крови.
24. Рекомендации по уходу за послеоперационной раной.
25. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.
26. Клинические проявления острого периодонтита и периостита.
27. Абсцесс и флегмона: основные клинические различия.
28. Этиология, клиника и диагностика остеомиелита челюстей.
29. Пути распространения одонтогенной инфекции.
30. Воспалительные заболевания слюнных желёз у детей.
31. Принципы лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
32. Показания к экстренной госпитализации ребёнка.
33. Алгоритм оказания неотложной помощи при распространённой одонтогенной инфекции.
34. Классификация травм челюстно-лицевой области.
35. Клинические признаки повреждений мягких тканей лица.
36. Травматические повреждения зубов и альвеолярного отростка.
37. Основные симптомы переломов костей лицевого скелета.
38. Особенности заживления ран лица у детей.
39. Принципы первичной хирургической обработки ран.
40. Первая помощь при травмах челюстно-лицевой области.
41. Показания к госпитализации пострадавшего ребёнка.
42. Понятие об онкостоматологии и её основные задачи.
43. Факторы риска развития опухолей челюстно-лицевой области.
44. Предраковые и потенциально злокачественные заболевания слизистой оболочки полости рта.
45. Ранние клинические признаки опухолевых поражений.
46. Понятие об онкологической настороженности врача-педиатра.
47. Методы раннего выявления опухолей.
48. Принципы профилактики и своевременного направления пациента к онкологу.
49. Классификация опухолей челюстно-лицевой области.
50. Основные клинические признаки доброкачественных опухолей.
51. Клинические особенности злокачественных опухолей у детей.
52. Опухолеподобные образования челюстей.
53. Методы диагностики опухолей челюстно-лицевой области.
54. Показания к морфологическому исследованию.
55. Принципы маршрутизации детей с подозрением на опухолевый процесс.
56. Понятие о восстановительной и реконструктивной хирургии.
57. Основные виды врождённых аномалий челюстно-лицевой области.
58. Этиология и клинические проявления расщелин губы и нёба.
59. Причины приобретённых дефектов лица и челюстей.
60. Основные принципы хирургической коррекции врождённых деформаций.
61. Комплексная реабилитация детей с дефектами челюстно-лицевой области.
62. Роль врача-педиатра в междисциплинарном наблюдении таких пациентов.
63. Составить алгоритм сбора жалоб и анамнеза у ребёнка с зубной болью.
64. Провести анализ клинической ситуации с признаками кариеса, пульпита или периодонтита.
65. Составить план первичного обследования ребёнка с отёком мягких тканей лица.
66. Определить признаки, требующие экстренного направления ребёнка в стационар.
67. Составить алгоритм первой помощи при травме зубов и мягких тканей лица.
68. Проанализировать клинический случай с подозрением на одонтогенный воспалительный процесс.
69. Определить тактику врача-педиатра при выявлении подозрительного образования слизистой оболочки полости рта.
70. Разработать памятку для родителей по профилактике кариеса у детей.
71. Составить рекомендации по профилактике осложнений после удаления зуба.
72. Разработать схему междисциплинарного наблюдения ребёнка с врождённой патологией челюстно-лицевой области.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

5.3. Фонд оценочных средств

1.Для определения нормальных величин окружности головы ребенка на 1-ом году жизни необходимо использовать следующие данные:
1. окружность головы при рождении
2. окружность головы в 6 месяцев
3. 1,5 см на недостающий месяц младше 6 месяцев
4. + 0,5 см на последующий месяц старше 6 месяцев

5. + 0,6 см/мес. к окружности головы при рождении

2.Для определения массы тела ребенка в 6 лет можно использовать следующие формулы:
1. 10 + 2n
2. 10 + 3n
3. 19 кг, на недостающий год - 1,5, на послед. + 2
4. 19 кг, на недостающий год - 2, на последующий + 3 1
5. 17 кг, на недостающий год - 2, на последующий + 1,5

3.Для определения долженствующей массы тела ребенка на 1-ом году жизни можно воспользоваться следующими формулами:
1. 800 - 50n
2. М + 600 (500) х n
3. 600 + 50n
4. М + (800 х n) + 400 х (n - 6)
5. М + (600 х n) + 500 (n - 6)

4. Ползание ребенка устанавливается к (мес.):
1) 3-4
2) 5-6
3) 7-8
4) 9-10
5) 11-12

5. Кожа состоит из:
1) железистой ткани
2) эпидермиса
3) дермы
4) жировой ткани
5) хрящевой ткани

6. Содержание воды в роговом слое эпидермиса у новорожденных по сравнению со взрослыми:
1) больше
2) меньше
3) одинаковое
4) отсутствует
5) очень маленькое

7. Пути образования костной ткани в процессе онтогенеза:
1) дермальный
2) периостальный
3) эпифизарный
4) хондральный
5) трабекулярный

8. Постоянство концентрации кальция в крови обеспечивается его:
1) кишечным всасыванием
2) желудочным всасыванием
3) всасыванием в полости рта
4) почечной экскрецией и реабсорбцией
5) экскрецией желчи

9. Кашель при поражении гортани:
1) влажный
2) болезненный
3) сухой
4) грубый
5) лающий

10. Гнусавый оттенок голоса бывает при:
1) гипотиреозе
2) парагриппе
3) фарингите
4) аденоидах
5) гайморите

11. К внутриутробно-функционирующим протокам и шунтам сердечно-сосудистой системы плода относят:
1) аранциев проток

2) сильвиев водопровод
3) овальное окно
4) боталлов проток
5) межжелудочковое отверстие

12. Верхушка сердца у новорожденного представлена:
1) правым желудочком
2) левым предсердием
3) левым желудочком
4) конусом легочной артерии
5) дугой аорты

13. Качественными особенностями костномозгового кроветворения у детей является:
1) функциональная лабильность
2) быстрый возврат к эмбриональному типу кроветворения
3) плохая регенерация
4) быстрая истощаемость
5) хорошая регенерация

14. Количество эритроцитов у ребенка первого дня жизни составляет (млн.):
1) 8,0-9,0
2) 6,0-7,0
3) 5,0-6,0
4) 4,5-5,0
5) 4,0-4,5

15. Обильное слюноотделение наблюдается у детей с (мес.):
1)1-2
2) 3-4
3) 6-7
4) 8-9
5) 10-12

16. Особенности полости рта у новорожденного, обеспечивающие акт сосания:
1) относительно малый объем полости рта и большой язык
2) хорошее развитие мышц языка, губ
3) недостаточное слюноотделение
4) поперечные складки на губах, комочки Биша в толще щек
5) валикообразные дубликатуры слизистой на деснах

17. Особенности почек у новорожденных детей:
1) дольчатый характер строения
2) слабо выраженные соединительнотканные прослойки
3) хорошо развитый корковый слой
4) плохо развитый корковый слой
5) хорошо выражена жировая капсула

18. Структурно-функциональной единицей почки является:
1) капсула Шумлянског о-Боумена
2) нефрон
3) петля Генле
4) извитой каналец
5) собирательная трубка

19. Молозиво выделяется в (сроки):
1)вконцебеременности
2) 1-й месяц беременности
3) первые 4-5 дней после родов
4) первые 2 недели после родов
5) первый месяц после родов

20. Преимущества естественного вскармливания для ребенка:
1) физическое развитиесоответствует возрасту
2) психомоторное развитие в срок
3) обеспечивает достаточную иммунную защиту
4) повышает функциональную нагрузку на ЖКТ
5) осуществляется "импритинг" и тесная взаимосвязь с матерью

21. Смешанное вскармливание-это вскармливание:
1) молоком животных
2) только молочными смесями
3) женским молоком
4) грудным молоком и докормом - смесями
5) кисломолочными смесями

22. Прикорм при естественном вскармливании вводится с (мес):
1) 4
2) 4,5
3) 5
4) 5,5
5) 6

23. Правила дачи прикорма:
1) дается перед кормлением грудью
2) дается после кормления грудью
3) вводится в малых количествах и постепенно увеличивается до нужного объема
4) должен быть гомогенным, не вызывать затрудненный при глотании
5) можно сразу вводить в виде прикорма овощное пюре, каши, фруктовые пюре

24. Адаптированными называются смеси, состав которых:
1) приближен к женскому молоку
2) обогащены витаминами, микроэлементами
3) приближены к коровьему молоку
4) белок подвергнут спец. обработке
5) белок не подвергнут спец. обработке

25.. В первое полугодие жизниребенок прибавляет ежемесячно в среднем по (в граммах):
1) 400
2) 500
3) 600
4) 700
5) 800

26. В первой четверти первого года жизни ребенок прибавляет в длине тела ежемесячно (см):
1) 1,0
2) 1,5
3) 2,0
4) 3,0
5) 4,0

27. Особенности спинного мозга при рождении:
1) масса -20 г
2) нижний сегмент расположен на уровне 3 поясничного позвонка
3) нижний сегмент расположен между 1 и 2 поясничным позвонком
4) по строению и функционально более совершенен, чем головной мозг
5) миелинизация рогов спинного мозга происходит уже внутриутробно

28. Выберите показатели нормального развития ребенка в возрасте 1 месяц
1) слежение взглядом за движущимся предметом
2) зрительное сосредоточение
3) слуховоесосредоточение
4) появление улыбки в ответ на общение
5) приподнимание головки, лежа на животе

29. Образованиемеланинавэпидермисеуноворожденных:
1) недостаточ ное
2) избыточное
3) обычное
4) отсутствует
5) не образуется

30. В клетках зернистого слоя эпидермиса у новорожденных отсутствует:
1) меланин
2) кератогиалин
3) гиалин
4) муцин

5) гиалуронидаза

31. Пути образования костной ткани в процессе онтогенеза:
1) дермальный
2) периостальный
3) эпифизарный
4) хондральный
5) трабекулярный

32. Постоянство концентрации кальция в крови обеспечивается его:
1) кишечным всасыванием
2) желудочным всасыванием
3) всасыванием в полости рта
4) почечной экскрецией и реабсорбцией
5) экскрецией желчи

33. Одышкой у детей после 1 года жизни считать частоту дыхания более (в мин):
1) 30
2) 40
3) 50
4) 60
5) 70

34. Изменение голоса характерно для:
1)бронхита
2)ларингита
3)ларинготрахеита
4)коклюша
5)крупа

35. К внутриутробно-функционирующим протокам и шунтам сердечно-сосудистой системы плода относят:
1) аранциев проток
2) сильвиев водопровод
3) овальное окно
4) боталлов проток
5) межжелудочковое отверстие

36. Гистологические особенности миокарда новорожденных:
1) тонкие мышечные волокна
2) хорошо выражена продольная фибриллярность и поперечная исчерченность
3) слабо выражена продольная фибриллярность и поперечная исчерченность
4) ядра мелкие, малодифференцированные 5) соединительная ткань слабо развита

37. Основной формой гемоглобина внутриутробно является:
1) гемоглобин - А
2) фетальный гемоглобин - F
3) примитивный гемоглобин - Р
4) гемоглобин - S
5) гемоглобин – Т

38. Первый физиологический перекрест нейтрофилов с лимфоцитами происходит (на день жизни):
1) 20-19
2) 15-16
3) 10-11
4) 5-6
5) 2-3

39. Легкое травмирование слизистой оболочки полости рта у детей первых месяцев жизни связано
1) неправильным уходом за слизистой
2) кислой реакцией полости рта
3) сухостью вследствие гипосаливации
4) высокой активностью ферментов слюнных желез
5) тонкостью слизистой оболочки

40. Комочки Биша у детей состоят из:
1) холестерина
2) полиеновых жирных кислот
3) пальмитиновой кислоты

4) стеариновой кислоты
5) олеиновой кислоты

41. Канальцы у новорожденного:
1) короче
2) длиннее
3) широкие
4) узкие
5) извитые

42. Мочеточники у детей по сравнению совзрослыми:
1) относительно меньше в диаметре
2) относительно больше в диаметре
3) относительно короче
4) длиннее, с многочисленными изгибами
5) более прямые

43. Первое прикладывание ребенка к груди после родов:
1) через 2 часа после рождения
2) сразу после родов
3) через 12 часов
4) через 6 часов после рождения
5) на следующий день

44. Преимущества раннего прикладывания ребенка к груди:
1) осуществление "импритинга"
2) активное сосание ребенка
3) стимуляция лактации
4) увеличение выработки окситоцина
5) уменьшение выработки окситоцина

45. Искусственное вскармливание-это вскармливание:
1) женским молоком
2) молочными смесями
3) молоком животных
4) женским молоком и молоком животных в равных объемах
5) только кисломолочными смесями

46. Белок в женском молоке:
1) удовлетворяет потребности ребенка
2) всасывается в неизмененном виде
3) дает большую нагрузку на почки
4) легко переваривается
5) створаживается в желудке крупными хлопьями

47. Правила дачи прикорма:
1) дается перед кормлением грудью
2) дается после кормления грудью
3) вводится в малых количествах и постепенно увеличивается до нужного объема
4) должен быть гомогенным, не вызывать затрудненный при глотании
5) можно сразу вводить в виде прикорма овощное пюре, каши, фруктовые пюре

48. Преимущества кисломолочных смесей:
1) повышают секреторную деятельность ЖКТ
2) витамины гр. В снижены
3) трудно перевариваются
4) повышают содержание витаминов гр "В"
5) белок в створоженном состоянии

49. Средний рост ребенка в 1 год составляет (в см) :
1) 60
2) 65
3) 70
4) 75
5) 80

50. Окружность головы при рождении по сравнению с окружностью груди:
1) меньше на 1-2 см

2) одинаковы
3) больше на 1-2 см
4) меньше на 0,5 см
5) больше на 4-5 см

51. Большинство детей начинают ходить в возрасте (в мес.):
1) 4-5
2) 6-7
3) 8-9
4) 12-13
5) 14-15

52. У новорожденного недостаточно развиты следующие структуры головного мозга:
1) крупные борозды и извилины
2) мелкие борозды
3)аксоны и дендриты
4) нервные центры, стриарное, тело, пирамидные пути
5) миелинизация клеток и проводящих путей

53. Потовые железы в первую очередь формируются на:
1) лбу
2) спине
3) шее
4) голове
5) ладонях и подошвах

54. Сальные железы у новорожденных отсутствуют на:
1) ладонях
2) туловище
3) подошве
4) волосистой части головы
5) лбу

55. Особенности черепа у доношенных новорожденных:
1) преобладание мозговой части
2) закрыт малый родничок
3) открыты швы
4) большой родничок открыт
5) открыты боковые роднички

56. Утолщения на ребрах в месте перехода костной части в хрящевую - это:
1) рахитические "чётки"
2) рахитические "браслеты"
3) "нити жемчуга"
4) рахитическая остеомаляция
5) Гаррисонова борозда

57. При воспалительных заболеваниях зева и миндалин у детей отмечаются:
1) гиперемия
2) гипертрофия миндалин
3) отек
4) гнойный налет
5) атрофия сосочков языка
58. Крепитация образуется за счет:
1) слипания альвеол
2) разлипания альвеол
3) прохождения струи воздуха через жидкость в бронхах
4) синдрома обструкции
5) парезе дыхательных мышц

59. Пупочная вена после рождения превращается в:
1) пупочную артерию
2) воротную вену
3) аранциев проток
4) круглую связку печени
5) артериальный проток

60. У новорожденного частота пульса в 1 минуту:

1) 100
2) 80
3) 180
4) 200
5) 140

61. Гемоглобин у ребенка первого дня жизни равен (в г/л):
1) 140
2) 150
3) 160
4) 170
5) 240

62. Физиологическая анемия вызвана:
1) быстрым нарастанием массы тела
2) исчезновением гипоксии
3) увеличением ОЦК
4) недостаточной выработкой эритропоэтинов
5)недостаточным поступлением железа с грудным молоком

63. Легкое травмирование слизистой оболочки полости рта у детей первых месяцев жизни связано
1) неправильнымуходом за слизистой
2) кислой реакцией полости рта
3) сухостью вследствие гипосаливации
4) высокой активностью ферментов слюнных желез
5) тонкостью слизистой оболочки

64. Движения пищи у детей 1 года жизни по желудочно-кишечному тракту:
1) происходит быстрее, чем у взрослых
2) происходит медленнее, чем у взрослых
3) при искусственном вскармливании пища проходит быстрее
4) при естественном вскармливании пища проходит быстрее
5) вид вскармливания не имеет значения

65. Влияют на диурез:
1) температура воздуха
2) питьевой режим
3) лихорадочные заболевания
4) режим дня
5) диарея

66. Проба Зимницкого отражает функцию почек:
1) выделительную
2) концентрирования
3) эритропоэтическую
4) регуляцию АД
5)регуляции кислотно-основного состояния

67. Докорм вводится:
1) перед кормлением грудью
2) после кормления грудью
3) во время кормления грудью
4) между кормлениями
5) только на ночь

68. Преимущества кисломолочных смесей:
1) повышают секреторную деятельность ЖКТ
2) витамины гр. В снижены
3) трудно перевариваются
4)повышаютсодержаниевитаминовгр "В"
5) белоквствороженномсостоянии

69. Показания для перевода ребенка на смешанное вскармливание:
1) гипогалактия
2) социально-бытовые факторы
3) нежелание матери кормить ребенка грудным молоком
4) паратрофия
5) низкая санитарная культура матери

70. Прикорм при естественном вскармливании вводится с (мес):
1) 4
2) 4,5
3) 5
4) 5,5
5) 6

71. Для становления лактации и профилактики гипогалактии необходимо:
1) кормить ребенка по часам
2) кормить ребенка по его "требованию"
3) после кормления сцеживать грудь
4) осуществлять ночной перерыв
5) кормить ночью

72. Редкость желудочно-кишечных расстройств при естественном вскармливании у детей обусловлена:
1) сродством грудного молока к организму ребенка
2) низким содержанием Б,Ж,У в грудном молоке
3) бактерицидностью грудного молока
4) легкой усвояемостью грудного молока
5) подавлением роста бифидум - бактерий

73. Окружность головы при рождении по сравнению с окружностью груди:
1) меньше на 1-2 см
2) одинаковы
3) больше на 1-2 см
4) меньше на 0,5 см
5) больше на 4-5 см

74. Ежемесячная прибавка массы во 2-м полугодии (в гр.):
1) 800
2) 750
3) 300
4) 400
5) 500

75. Психомоторное развитие ребенка в возрасте 6 месяцев:
1) 2-3 разовый дневной сон
2) имеются безусловные врожденные рефлексы (хватательный, автоматической ходьбы)
3) сам встает и стоит, держась за опору
4) переворачивается в постели, сидит
5) удерживает длительно игрушки, тянет их в рот, бросает, произносит отдельные слоги

76. Гидроцефалию у ребенка можно диагностировать:
1) по окружности головы, превышающей норму на 2 см
2) по раскрытым швам и родничкам у ребенка в 2-3 мес.
3) по окружности головы, превышающей норму на 3-4 см,
4) по раскрытым швам у ребенка 6-8 мес., симптому Греффе
5) по наличию симптома Греффе, при нормальном росте головы и нормальном психомоторном развитии

77. Сыровидная смазка содержит:
1) жиры
2) холестерин
3) гликоген
4)меланин
5) белок

78. Основная функция бурой жировой ткани:
1) гликонеогенез
2) сократительный термогенез
3) несократительный термогенез
4) депо жира
5) депо гликогена

79. Патологические формы черепа:
1) башенный
2) седловидный
3) ягодицеобразный

4) квадратный
5) округлый

80. Для полноценного формирования белкового матрикса (первая стадия остеогенеза) ребенок должен быть прежде всего обеспечен:
1) белками
2) энергией
3) витаминами
4) кальцием
5) микроэлементами

81. В механизме образования сухих хрипов играет роль:
1) струя воздуха и стенка бронха
2) наличие жидкости в просвете бронха
3) наличие сурфактанта
4) сужение бронха
5) жидкость в плевральной полости

82. В механизме образования влажных хрипов играет роль:
1) наличие жидкости в просвете бронха
2) прохождение воздуха через жидкость
3) наличие сурфактанта
4) скопление жидкости в плевре
5) бронхоспазм

83. Причинывозникновения одышки при заболеваниях ССС:
1) застойные явления в малом круге кровообращения
2) застойные явления в большом круге кровообращения
3) ухудшение газообмена
4) ускорение тока крови в большом круге кровообращения
5) накопление в крови углекислоты и недоокисленных продуктов обмена

84. Методом пальпации ССС определяют:
1) ширину сосудистого пучка
2) "пляску каротид"
3) верхушечный толчок
4) сердечный горб
5) сердечный толчок

85. Первый физиологический перекрест нейтрофилов с лимфоцитами происходит (на день жизни):
1) 20-19
2) 15-16
3) 10-11
4) 5-6
5) 2-3

86. Под анемией у детей 1 годажизни понимается снижение количества гемоглобина менее (г\л):
1) 180
2) 150
3) 130
4) 120
5) 110

87. Основные жалобы, характерные для поражения органов пищеварения:
1) боли в животе
2) кашель
3) рвота
4) одышка
5) нарушение стула

88. Гнилостный запах изо рта отмечается при:
1) рахите
2) гангрене легких
3) бронхоэктаза х
4) дифтерии зева
5) анемии

89. Изменения прозрачности мочи может быть обусловлено:

1) избыточным содержанием солей
2) избыточным содержанием клеточных элементов
3) гематурией
4) глюкозурией
5) протеинурией

90. Морфологически мочеиспускательный канал характеризуется:
1) слабым развитием эластической ткани
2) хорошим развитием эластической ткани
3) слабым развитием соединительной ткани
4) хорошо развитой слизистой оболочкой
5) плохо развитой слизистой оболочкой

91. Женское молоко становится зрелым:
1) в конце беременности
2) в первые 4-5 дней после родов
3) после 2-х недель после родов
4) с 2 месяцев после родов
5) сразу после родов

92. Первое прикладывание ребенка к груди после родов:
1) через 2 часа послерождения
2) сразу после родов
3) через 12 часов
4) через 6 часов после рождения
5) на следующий день

93. Причины гипогалактии:
1) осложненное течение родов
2) нарушение техники кормления грудью
3) заболевания матери
4) позднее прикладывание ребенка к груди
5) влияние сезонов года

94. Смешанное вскармливание-это вскармливание:
1) молоком животных
2) только молочными смесями
3) женским молоком
4) грудным молоком и докормом - смесями
5) кисломолочными смесями

95. Содержание белка в коровьем молоке по сравнению с женским:
1) больше в 2 раза
2) меньше в 2 раза
3) одинаково
4) больше в 5 раз
5) меньше в 5 раз

96. В качестве докорма используются:
1) фруктовые соки
2) творог
3) молочные смеси
4) мясной бульон
5) молочные каши

97. Пик физиологической убыли массы у новорожденных наблюдается на … день:
1) 1-2
2) 3-4
3) 5-7
4) 10-12
5) 12-15

98. Средний рост ребенка в 1 год составляет (в см) :
1) 60
2) 65
3) 70
4) 75
5) 80

99. Особенностью вегетативной нервной системы у новорожденного являются:
1) ваготония
2) симпатикотония
3) периферические ветви n.vagus миелинизированы
4) периферические ветви n. vagus не миелинизированы
5) имеется равновесие между симпатической и парасимпатической нервной системами

100. К безусловным рефлексам орального автоматизма периода новорожденности относятся:
1) сосательный
2) хоботковый
3) защитный
4) хватательный
5) поисковый

101. Физиологический катар кожи новорожденных это ее:
1) гиперемия
2) бледность
3) желтушность
4) мраморность
5) синюшность

102. Цианоз дистальных участков тела называется:
1) периорбитальный
2) периоральный
3) акроцианоз
4) дистанционный
5) оксицианоз

103. Остеомаляция-это процесс...(костей):
1) уплотнения
2) образования
3) разрушения
4) обызвествления
5) размягчения

104. Особенности мышечной системы у детей:
1) тонкие миофибриллы
2) рост за счет числа миофибрилл
3) рост за счет утолщения миофибрилл
4) много миофибриллярных белков
5) бедность сократительными белками

105. Выбухание грудной клетки на стороне поражения отмечается при:
1) хронической пневмонии
2) бронхиальной астме
3) ателектазе легких
4) экссудативном плеврите
5) бронхите

106. Местом локализации крепитации являются:
1) бронхи
2) плевра
3) крупные бронхи
4) трахея
5) альвеолы

107. Правая граница сердца у детей образована отделом сердца:
1) правым желудочком
2) правым предсердием
3) левым желудочком
4) ушком левого предсердия
5) конусом легочной артерии

108. У детей с возрастом происходит ротация сердца:
1) кнаружи
2) кнутри
3) вверх

4) вниз
5) влево

109. Гемоглобин у ребенка первого дня жизни равен (в г/л):
1) 140
2) 150
3) 160
4) 170
5) 240

110. Физиологическая анемия наблюдается у детей в возрасте (мес.):
1) 3-6
2) 7-9
3) 10-12
4) 13-15
5) 16-18

111. Комочки Биша у детей состоят из:
1) холестерина
2) полиеновых жирных кислот
3) пальмитиновой кислоты
4) стеариновой кислоты
5) олеиновой кислоты

112. Язык при дефицитных анемиях у детей:
1) географический
2) полированный
3) малиновый
4) сухой
5) обложен

113. Почечные лоханки у детей:
1) хорошо развиты
2) плохо развиты
3) расположены преимущественно внутрипочечно
4) расположены преимущественно внепочечно
5) имеют развитую мышечную и эластическую ткань

114. Скрытые отеки выявляют:
1) пробой "Мак-Клюра"
2) пробой Зимницкого
3) пробой с сухоедением
4) взвешиванием
5) измерением диуреза

115. Преимущества естественного вскармливания для ребенка:
1) физическое развитие соответствует возрасту
2) психомоторное развитие в срок
3) обеспечивает достаточную иммунную защиту
4) повышает функциональную нагрузку на ЖКТ
5) осуществляется "импритинг" и тесная взаимосвязь с матерью

116. Для становления лактации и профилактики гипогалактии необходимо:
1) кормить ребенка по часам
2) кормить ребенка по его "требованию"
3) после кормления сцеживать грудь
4) осуществлять ночной перерыв
5) кормить ночью

117. Искусственное вскармливание-это вскармливание:
1) женским молоком
2) молочными смесями
3) молоком животных
4) женским молоком и молоком животных в равных объемах
5) только кисломолочными смесями

118. Преимущества грудного молока:
1) сродство к тканям организма ребенка

2) удовлетворяетпотребности ребенка в Б,Ж,У
3) стерильность
4) высокое содержание белка
5) содержит насыщенные жирные кислоты

119. Клинические симптомы голодания грудного ребенка:
1) уплощение весовой кривой
2) беспокойство
3) редкие мочеиспускания
4) редкий стул
5) подъем температуры тела

120. Адаптированными называются смеси, состав которых:
1) приближен к женскому молоку
2) обогащены витаминами, микроэлементами
3) приближены к коровьему молоку
4) белок подвергнут спец. обработке
5) белок не подвергнут спец. обработке

121. Болезни раннего возраста
1. Начальным звеном впатогенезе витамин D-дефицитного рахита является:
1. гиперфункция паращитовидных желез
2. нарушение всасывания Са из кишечника
3. уменьшение реабсорбции фосфора в почечных канальцах
4. ацидоз
5. уменьшение отложения Са и Р в костях

122. Характерные костные изменения для подострого течения рахита:
1. краниотабес
2. «квадратная» голова
3. «куриная» грудь
4. искривление нижних конечностей
5. «гаррисонова борозда»

123. В начальном периоде рахита уровень Са в крови:
1. резко снижен
2. резко увеличен
3. в норме
4. умеренно снижен
5. умеренно увеличен

124. У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес:
Вы считаете необходимым:
1. определить Са, Р, щелочную фосфатазу
2. ограничиться наблюдением
3. сделать рентгенографию черепа
4. сразу назначить витамин D до 500 МЕ в сутки
5. назначить препараты кальция

125. Типичным ранним клиническим симптомомрахита является:
1. опрелость
2. эритематозная сыпь
3. извращения вкуса
4. частый жидкий стул
5. нарушение функционального состояния вегетативной нервной системы

126. Характерные изменения со стороны костной системы при остром течении рахита:
1. размягчение костей черепа
2. остеоидная гиперплазия
3. рахитические «браслетки»
4. лобные бугры
5. «четки»

127. 25-гидрохолекальциферол образуется в:
1. почках
2. печени
3.кишечнике
4. костях

128. Нормальный уровень кальция в сыворотке крови у детей грудного возраста составляет _____ ммоль/л:

1. 1,29 – 2,26
2. 2,2 – 2,7
3. 1,2 – 2,55
4. 1,25 – 1,35

129. Нормальный уровень фосфора в сыворотке крови у детей грудного возраста составляет _____ ммоль/л:

1. 1,1 – 1,4
2. 0,2 – 0,7
3. 3,0 – 3,3
4. 2,2 – 2,7

130. Для рахита характерен:

1. метаболический ацидоз
2. дыхательный ацидоз
3. алкалоз
4. метаболический алкалоз

131. К начальным признакам рахита относят:

1. квадратный череп
2. реберные четки
3. Х – или О – образная форма ног
4. податливость и размягчение краев родничка, потливость
5. “симптом перочинного ножа”

132. Характерные клинические проявления цветущего рахита 2-ой степени тяжести острого течения:
1. гнейс
2. краниотабес
3. ”бугры”, “четки”, “браслеты”
4. тяжелая анемия
5. изменение функций внутренних органов

133. Рахитические четки у детей образуются:
1. по ходу ламбдовидного шва
2. на запастье
3. на границе костной и хрящевой части ребер
4. по центру грудины
5. на нижней аппертуре ребер

134. В начальном периоде рахита у детей уровень фосфора в крови:
1. снижен
2. увеличен
3. близок к норме
4. периодически повышается
5. периодически понижается

135. Курсовой метод профилактики рахита заключается в приеме витамина D:
1. ежедневно, в течение года
2. ежедневно, в течение недели
3. 1 раз в неделю
4. 1 раз в месяц
5. на протяжении первого года трехкратно по 1 месяцу, с интервалом в 3 месяца

136. К профилактическому методу приема витамина D относят:
1. ударный
2. дробный
3. фракционный
4. витаминных толчков
5. уплотненный

137. Для гипервитаминоза D не характерна:
1. гипокальциемия
2. гиперкальциемия

3. гиперфосфатемия
4. нормальная активность щелочной фосфатазы
5. гиперкальциурия

138. В развитии рахита предрасполагающую роль играет все кроме:
1. недоношенность
2. тугое пеленание
3. пол ребенка
4. нерациональное вскармливание
5. нерациональный уход

139. Для начального периода рахита характерно все кроме:
1. плаксивость
2. потливость
3. костные деформации
4. снижение аппетита
5. раздражительность

140. Степень тяжести рахита определяется на основании:
1. количества вовлеченных в патологический процесс систем организма
2. появления потливости и вздрагивания
3. продолжительности заболевания
4. анализа крови
5. ЭКГ

141. Наименее специфическим для рахита является:
1. Наличие «реберных четок»
2. Задержка процессов роста
3. Наличие лобных и теменных бугров
4. Рентгенологическое изменение в зонах роста трубчатых костей
5. Наличие гиперплазии остеоидной ткани в эпифизарных зонах

142. Острое течение рахита характеризуется преобладанием процессов:
1. гиперплазии остеоидной ткани
2. остеомаляции
3. трофических нарушений
4. отставания в физическом развитии
5. задержки нервно– психического развития

143. Дробный метод профилактического приема вит. D заключается в следующем:
1. 1 раз в неделю в течение года
2.ежедневновтечениегода, заисключением 3-хлетнихмесяцев
3. в течение 1 месяца
4. месячными курсами с перерывами в 3 месяца
5. 1 раз в месяц осенью и весной

144. Лечение витамин-Д-дефицитного рахита включает назначение препаратов витамина Д в суточной дозе _____ ме:
1. 500
2. 2000 – 4000
3. 1000 – 2000
4. 6000

145. Для диагностики витамин-Д-дефицитного рахита необходимо определение в крови:
1. паратгормона
2. остеокальцина, кальция, калия и магния
3. кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
4. тироксина

146. При витамин-Д-дефицитномрахите наблюдается сдвиг кислотно-основного состояния в сторону:
1. дыхательного алкалоза
2. метаболического алкалоза
3. дыхательного ацидоза
4. метаболического ацидоза

147. Специфическая профилактика витамин-Д-дефицитного рахита здоровым доношенным детям проводится препаратами витамина д в суточной дозе равной _____ ме:
1. 400 – 500
2. 500 – 1000

3. 2000 – 4000
4. 5000

148. Причиной судорог при спазмофилии является:
1. гипофосфатемия
2. гипокальциемия
3. снижение активности фосфатазы
4. гиперкальциемия
5. гипокалемия

149. Одним из клинических проявлений явной спазмофилии является:
1. рвота
2. лихорадка
3. ларингоспазм
4. диарея
5. гипертония

150. Заподозрить у ребенка тетанию можно по:
1. плохому аппетиту
2. адинамии
3. анемии
4. беспокойству, вздрагиванию

151. В лечении гипервитаминоза D не используются:
1. препараты Са
2. овощная диета
3. глюкокортикостероиды
4. дезинтоксикационная терапия
5. витамины “А” и “Е”

152. Для острого простого бронхита характерен _____ перкуторный звук:
1. притупленный
2. легочный
3. коробочный
4. укороченный легочный

153. Детям с обструктивным бронхитом показано назначение:
1. антибактериальной терапии
2. ингаляционной терапии с альфа-адреномиметиками
3. базисной терапии глюкокортикостероидами
4. ингаляционной терапии бета2-агонистами

154. «Золотым стандартом» в диагностике острой пневмонии являются:
1. инфильтративные изменения в легких на рентгенограмме
2. разнокалиберные влажные хрипы при аускультации
3. воспалительные изменения в общем анализе крови
4. повышение температуры, кашель влажный, симптомы

155. К показателю тяжести пневмонии относят:
1. температуру
2. кашель
3. степень дыхательной недостаточности
4. локализованные хрипы

156. Основным возбудителем внебольничной пневмонии у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является:
1. стафилококк
2. стрептококк
3. энтерококк
4. пневмококк

157. Основными физикальными признаками очаговой пневмонии являются _____ хрипы:
1. рассеянные сухие свистящие
2. локальные мелкопузырчатые или крепитирующие
3. локальные сухие свистящие
4. рассеянные мелкопузырчатые влажные

ТЕСТЫ СТАРШИЙ ВОЗРАСТ

1. ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, НАЛИЧИЕМ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ, ТАКИХ КАК СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ, ОДЫШКА, ЗАЛОЖЕННОСТЬ В ГРУДИ И КАШЕЛЬ, КОТОРЫЕ ВАРЬИРУЮТ ПО ВРЕМЕНИ И ИНТЕНСИВНОСТИ И ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВМЕСТЕ С ВАРИАБЕЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. фиброзирующий альвеолит
2. эозинофильная пневмония
3. бронхиальная астма
4. гиперчувствительный пневмонит

2. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ПРИСТУПАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ И НОЧНЫМИ, ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ, КОТОРЫЕ КУПИРУЮТСЯ ПОВТОРНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРОНХОЛИТИКОВ И ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК
1. тяжелая персистирующая
2. среднетяжелая персистирующая
3. легкая интермиттирующая
4. легкая персистирующая

3. ДЛЯ БЫСТРОГО КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ
1. теофиллины замедленного высвобождения
2. ингаляционные глюкокортикостероиды
3. бета-2 агонисты короткого действия
4. антигистаминные препараты

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. недостаточность коры надпочечников
2. остеопороз
3. гипогликемия
4. кандидоз полости рта

5. К БЫСТРОМУ И ПРОЛОНГИРОВАННОМУ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩЕМУ ЭФФЕКТУ ПРИВОДИТ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАТРОПИУМ-БРОМИДА И
1. β2-агонистов
2. кромогликата натрия
3. Мхолинолитиков
4. Адреналина

6. ПЕРВЫМИПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ЭУФИЛЛИНА ЯВЛЯЮТСЯ
1. головная боль, боли в животе, тошнота, рвота
2. падение артериального давления и головокружение
3. нарушение сердечного ритма и обморок
4. повышение артериального давления и шум в ушах

7. РЕБЕНКУ И ЕГО СЕМЬЕ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ У НЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВРАЧ ДОЛЖЕН РЕКОМЕНДОВАТЬ
1. обучение на дому
2. исключение всех физических нагрузок
3. смену места жительства
4. посещение астма-школы

8. ОСНОВУ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА
1. укрепление иммунитета
2. предотвращение развития аллергической сенсибилизации
3. исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периодах
4. устранение контакта со значимыми аллергенами

9. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1. оральный кортикостероид
2. бета-2-агонист короткого действия
3. ингаляционный кортикостероид
4. теофиллин короткого действия

10. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ НАЗНАЧАЮТ
1. цитостатики
2. антибиотики
3. антигистаминные
4. адреноблокаторы

11. ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1. повышение хлоридов в поте и моче
2. повышение IgEв крови
3. повышение эозинофилов в крови
4. нарушение функции внешнего дыхания

12. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ
1. сатурация кислорода
2. напряжение кислорода в крови
3. максимальная (пиковая) скорость выдоха
4. напряжение углекислого газа в крови

13. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МЕНЕЕ ____%
1. 60
2. 70
3. 80
4. 90

14. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ
1. ослабленное дыхание
2. жесткое дыхание
3. везикулярное дыхание
4. «немое легкое»

15. ПРИ ПИКФЛУОМЕТРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ
1. жизненную емкость легких
2. объем форсированного выдоха
3. форсированную жизненную емкость легких
4. пиковую скорость выдоха

16 ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ТИПИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД ОТНОСЯТСЯ:
1. нарушения подвижности грудной клетки
2. вздутия грудной клетки
3. увеличения лимфоузлов средостения
4. расширение межреберных промежутков

17. КАКОЙ ВАРИАНТ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ТРЕТЬЕЙ СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:
1. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов плюс 2-агонист длительного действия
2. средние или высокие дозы ингаляционных кортикостероидов
3. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов плюс антилейкотриены
4. минимальная доза перорального глюкокортикоида

18. КРИТЕРИЯМИ ТЯЖЕЛОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
1. вынужденное положение ребенка в постели
2. свистящее дыхание и затруднение речи
3. нерезкая экспираторная одышка
4. участие вспомогательных мышц резко выражено

19. ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА
1. кашель с гнойной мокротой
2. кровохарканье
3. приступы удушья
4. боль в грудной клетке

20. ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
1. крепитации
2. влажных мелкопузырчатых хрипов
3. шума трения плевры
4. сухих свистящих хрипов

21. ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА
1. Е

2. A
3. M
4. G

22. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К _____ АЛЛЕРГЕНАМ
1. эпидермальным
2. пыльцевым
3. пищевым
4. грибковым

23. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО
1. хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
2. хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
3. заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
4. хроническое заболевание дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

24. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МЕНЕЕ ____%
1. 60
2. 70
3. 80
4. 90

25. ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ – ЭТО
1. неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и неспецифические триггеры
2. повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям
3. склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов
4. изменение реологических свойств мокроты

26. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ВТОРОЙ СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:
1. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов или антилейкотриеновый препарат
2. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов и теофилин пролонгированного действия
3. средние или высокие дозы ингаляционных кортикостероидов
4. минимальная доза перорального глюкокортикоида

27. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ИМЕЕТ
1. общий анализ крови
2. определение общего IgE в сыворотке крови
3. исследование функции внешнего дыхания
4. рентгенография органов грудной клетки

28. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ
1. флутиказон
2. эуфиллин
3. цетиризин
4. сальбутамол

29. КАКИМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ ЗАФИРЛУКАСТ?
1. блокирует гистаминовые рецепторы
2. оказывает отхаркивающее действие
3. является антагонистом лейкотриеновых рецепторов
4. является ингибитором синтеза простагландинов

30. ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
1. повышение хлоридов в поте и моче
2. жесткое дыхание
3. гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
4. рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы

31. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ
1. жизненная емкость легких
2. остаточный объем легких

3. общая емкость выдоха
4. максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)

32. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ В КЛИНИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. затрудненный вдох
2. асимметричные влажные хрипы в легких
3. затрудненный выдох
4. ослабление дыхания при аускультации легких

33. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. экспираторной одышкой
2. афонией
3. инспираторной одышкой
4. Дизурией

34. КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ, В СОСТАВ КОТОРОГО ВХОДЯТ ФЕНОТЕРОЛ + ИПРАТРОПИУМ БРОМИД, ЯВЛЯЕТСЯ
1. сальбутамол
2. аскорил
3. бронхолитин
4. беродуал

35. ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ
1. сальбутамол
2. монтелукаст
3. кетотифен
4. преднизолон

36. ОСНОВНОЙ, ПОСТОЯННО ПРИСУТСТВУЮЩИЙ СИМПТОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О НАЛИЧИИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:
1. сухой кашель
2. влажность кожных покровов
3. постоянное выделение слизисто-гнойной мокроты
4. ОРВИ частотой 1-2 раза в год

37. УКАЖИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ «БРОНХОЭКТАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ»:
1. деформация грудины
2. стафилококковые буллы
3. осиплый голос
4. стойкая деформация бронхов

38.ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЭБ ЯВЛЯЕТСЯ:
1. двухсторонний распространенный хронический процесс
2. небольшой объем поражения с редкими обострениями
3. вторичный хронический воспалительный процесс
4. локализация мешотчатых бронхоэктазов в пределах одной доли, при частых обострениях

39. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БРОНХОЭКТАЗОВ ПОЗВОЛИТ УСТАНОВИТЬ:
1. рентгенография органов грудной клетки
2. спирография
3. бронхография
4. бронхоскопия

40. К НЕОБРАТИМЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ:
1. инфильтрация легочной ткани
2. пневмосклероз
3. деформация бронхов без бронхоэктазов
4. симптомы интоксикации

41.ПРИ ВЫСЛУШИВАНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПАТОЛОГИЮ_____ КЛАПАНА
1. аортального
2. митрального
3. легочного
4. трехстворчатого

42.ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ОБРАТИМОЙ СТАДИЕЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЮТСЯ
1. склероз
2. гранулематоз
3. фибриноидные изменения
4. мукоидное набухание

43.В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ
1. волчаночные клетки
2. гранулемы Ашоффа-Талалаева
3. клетки Гоше
4. клетки Березовского-Штернберга

44.ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРЕН
1. грубый систолический шум над всей областью сердца
2. рокочущий диастолический шум на верхушке после усиленного I тона
3. дующий систолический шум после ослабленного I тона на верхушке
4. громкий, протяжный систолический шум в области нижней трети грудины

45. ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
1. гипертония
2. гиполипидемия
3. протеинурия
4. гипофибриногенемия

46. ОСНОВНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. спазмолитическая терапия
2. диетотерапия
3. антибактериальная терапия
4. диуретическая терапия

47. ВТОРИЧНЫМ БУДЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ
1. возникающий на фоне какого-либо другого заболевания
2. возникающий после какого-либо другого заболевания
3. при обострениях частотой 2 и более раз в год
4. возникающий при установленной дизметаболической нефропатии

48. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ __ МЕС. И БОЛЕЕ
1. 1
2. 3
3. 4
4. 6

49. ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ
1. макрогематурии, протеинурии
2. лейкоцитурии более 4-5 в поле зрения и бактериурии более 50 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность
3. изолированной пиурии и положительного нитратного теста
4. лейкоцитурии более 10 в поле зрения, бактериурии более 100 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность

50.К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ
1. пенетрация
2. холестаз
3. хронический запор
4. рефлюксная болезнь

51.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. биохимический анализ крови
4. копрограмма

52.ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. гипопротеинемия
2. гипербилирубинемия
3. гиперурикемия

4. амилаземия

53.ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. липаземия
2. гипопротеинемия
3. гипербилирубинемия
4. гиперурикемия

54.ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ
1. белка в крови
2. белка в моче
3. ферментов в крови
4. глюкозы в крови

55.НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
1. забросе желудочного содержимого в пищевод
2. повышенной кислотности желудочного содержимого
3. язвенной болезни желудка
4. диафрагмальной грыже

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

З А Д А Ч А № 1
Ребенку 1 месяц 15 дней, вес при рождении 3200 г, а в настоящее время - 4100 г, начал держать головку, улыбается. Со слов матери в последнее время ребенок стал беспокойным, не выдерживает между кормлениями 1-1,5 часа. При контрольном взвешивании, в среднем за одно кормление высасывает по 70 мл грудного молока.
Вопросы:
1. Предполагаемая причина нарушения поведения ребенка?
2. Как убедиться в правильности данного предположения?
3. Какое количество молока ребенок должен высасывать за одно кормление в возрасте 1,5 месяцев? Проведите расчет
с помощью объемного метода.
4. Достаточно ли молока получает ребенок?
5. Ваши действия.

З А Д А Ч А № 2
Ребенку 8 мес., находится на естественном вскармливании.
Вопросы:
1. Рассчитать его долженствующий вес (ДВ), суточный объем пищи, разовое количество пищи, если вес при рождении 3100.
1. Режим кормления.
2. Надо ли вводить пищевые добавки?
3. Надо ли вводить прикорм?

З А Д А Ч А № 3
Ребенок родился с массой 3000 г, длиной 49 см. В настоящее время ребенку 3 месяца, находится на естественном вскармливании.
Рассчитать:
1.Какую долженствующую массу имеет ребенок?
2. Суточный и разовый объем пищи?
3. Потребность в белках, жирах, углеводах и калориях в сутки?
4. Режим кормления.

З А Д А Ч А № 4
Ребенку 4 месяца. Масса при рождении 3000 г, длина 50 см, окружность головы 36 см, окружность груди 34см.
Рассчитайте:
1. Какую долженствующую массу, рост, окружность головы и груди имеет ребенок?
2. Сколько должен получать ребенок в сутки килокалорий, суточное количество молока и количество его на одно кормление калорийным способом?
3. Сравните с контрольным кормлением (высасывает в среднем по 120 мл), сделайте выводы.
4. Оценить физическое развитие по ВОЗ рекомендациям.

В
З А Д А Ч А № 5
Ребенок 10 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, отделение гнойной мокротыв течение последних 4 лет, одышку даже при легкой физической нагрузке, непостоянный субфебрилитет. Из анамнеза известно, что мальчик часто болел на первом году жизни ОРВИ, развивался с некоторой задержкой. В 6 – летнем возрасте перенес пневмонию,

лечился дома в течение 10 дней пенициллином и горчичниками. Стех пор постоянно беспокоит кашель. При поступлении ребенок бледен, при физической нагрузке выявляется цианоз и одышка, грудная клетка вздута пальцы в виде барабанных палочек, ногти - в виде часовых стекол. Рост 125 см, вес 25 кг. Откашливает гнойную мокроту. Перкуторно над легкими коробочный оттенок звука, аускультативно постоянно выслушивают средне - и мелкопузырчатые хрипы, преимущественно под правой лопаткой.
Вопросы:
1.На каком уровне отмечается поражение дыхательной системы?
2. Оцените физическое развитие.
3.Оцените тяжесть состояния.
4.Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения патологии?
5. Острое или хроническое заболевание у ребенка?

З А Д А Ч А № 6
Ребенку 5 лет. Поступил в клинику с жалобами на кашель, одышку, общую слабость утомляемость. Обмороки с раннего возраста. Развивался слабым ребенком, часто болел, отмечался стойкий цианоз. При ходьбе появляются приступы одышки, ребенок садится на корточки или лежит, подгибая к груди ноги. При осмотре пальцы в виде «барабанных палочек», цианотичны. Грудная клетка в области сердца выбухает, пальпаторно – систолическое дрожание. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум во всех точках, максимум во 2 межреберье слева.
Вопросы:
1. О каком врожденном или приобретенном пороке сердца может идти речь?
2. Сочетанием каких аномалий характеризуется этот порок?
3. Почему ребенок часто садится на корточки?
4. Дополнительные методы исследования.

З А Д А Ч А № 7 Девочка 5 лет. Поступила в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, быструю утомляемость, боль в икроножных мышцах. При объективном осмотре обращают на себя внимание хорошо развитые верхние и в меньшей мере нижние конечности. А/Д на верхних конечностях 140/40 мм.рт. ст., на нижних – не определяется. Пульс на лучевой артерии напряжен. Левая граница относительной сердечной тупости: на 1,5 см кнаружи от левой средне – ключичной линии. Выслушивается систолический шум у основания сердца и межлопаточном пространстве, акцент 2 тона на аорте.
Вопросы:
1. Каком поражение сердца можно предполагать?
2. Оцените А/Д на верхних конечностях? Какое должно быть в норме?
3. Чем обусловлен акцент 2 тона на аорте?
4. Где в норме А/Д выше: на нижних или верхних конечностях?
5. Дополнительные методы исследования.

З А Д А Ч А № 8
Ребенку 5 месяцев, поступил с жалобами матери на кашель в течение 3-х дней, одышку, усиливающуюся
при кормлении грудью, повышение температуры тела до 39 С, вялость. Дома давали жаропонижающие и отхаркивающие средства, без эффекта, вызвали скорую помощь, направлены на стационарное лечение. При осмотре состояние ребенка тяжелое, выраженные симптомы интоксикации, температура тела 39,2С, ЧД 54 в мин, перкуторно - укорочение в нижних отделах справа, аскультативно – ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы в этих же отделах, в остальных участках жесткое дыхание.
Вопросы:
1. О поражении каких отделов дыхательной системы можно думать?
2. Укажите норму ЧД для ребенка 5-тимесяцев.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
4. «Золотой стандарт» для постановки диагноза?

ЗАДАЧА № 9
Ребенку 10 месяцев, поступил с жалобами на плохой аппетит, плохую прибавку в весе, субфебрильную температуру, редкие мочеиспускания. Мать ребенка страдает хроническим пиелонефритом. Родился доношенным с массой тела 3100, длиной 50 см. Вышеуказанные жалобы появились с 6 месячного возраста. При осмотре температура 37,8, вялый, капризный, пониженного питания (рост – 72 см, масса – 8200г), кожные покровы с сероватым оттенком, подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Живот безболезненный при пальпации. Справа прощупывается почка. Общий анализ крови Нв – 109г/л, эр.-3.4 млн, лейк.-12.2 тыс, э -1%, п-12%, с-68%, л-15%, м4%, СОЭ -30 мм/час. Общий анализ мочи – цвет соломенно-желтый, прозрачная, реакция кислая, удельный вес – 1015, сахар – нет, белок – 0.066 ‰, лейкоциты – 50-60 в поле зрения, эритроциты- 1-2 в поле зрения, слизь – немного, бактерии. Биохимический анализ крови – креатинин- 0.05 ммоль/л. При урологическом обследовании – расширение чашечно-лоханочной системы, гипотония обоих мочеточников.
Вопросы:
1. Как оценить общее состояние ребенка?
2. Имеется ли у ребенка врожденная или приобретенная патология почек и какая?
3. Какие синдромы имеются у ребенка?
4. Оцените физическое развитие.
5. Оцените общий анализ мочи.
6. Оцените общий анализ крови.

ЗАДАЧА № 10
Ребенку 7 лет, заболел 4 года назад. Когда через две недели после перенесенной скарлатины появилась головная боль, бледность, отечность лица, нижних конечностей. Неоднократно лечился в стационаре. При осмотре – положение вынужденное, заторможенный, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы и слизистые бледные. Отмечается отечность лица, конечностей, поясницы. Выражена мышечная гипотония. Дыхание ослаблено. Границы сердца увеличены влево. Живот увеличен в размерах, кожа на животе истончена, пупок сглажен, выражен венозный рисунок. Симптом флюктуации положительный. Печень и селезенка не пальпируются. Почки прощупать не удается. Моча цвета мясных помоев. АД 130/90, выпито – 700мл, выделено- 200мл. Общий анализ крови – эр -2.6 млн, НВ- 84 г/л, ц.п. 1.0, лейк -9.4 тыс, э -0%, п-12%, с -70%, л15%, СОЭ-62 мм/час. Общий анализ мочи – цвет- мясных помоев, мутная, реакция кислая, удельный вес- мало мочи, белок – 6.6%о, эр – рыхло покрывают все поля зрения, цилиндры гиалиновые, зернистые, восковидные – по 10-30 в поле зрения, лейкоциты – 10-12 в поле зрения. В биохимическом анализе крови – диспротеинемия, гипоальбуминемия. Креатинин – 1.1 ммоль/л, калий – 5.5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л, кальций – 1.6 ммоль/л. Клиренс по эндогенному креатинину – 24 мл/мин. Анализ мочи по Зимницкому 9 – 1012 – 20 мл 12 – 1005 – 12 мл 15 – 1010 – 26 мл 18 – 1007 – 18 мл 21 – 1012 – 22 мл 3 – 1006 – 15 мл 6 – 1008 – 10 мл 9 – 1008-20 мл
Вопросы:
1. Оцените состояние больного.
2. Какие синдромы выражены у больного ребенка?
3. Оцените пробу по Зимницкому.
4. Острая или хроническая почечная недостаточность у ребенка?

ЗАДАЧА №11
Ребенок 2-х лет поступил с непрекращающимся в течение 2-х дней кровотечением из прикуса языка. Родители ребенка здоровы. Дед по матери страдает кровотечениямипосле небольших травм. В момент осмотра кровотечения нет. Бледность кожи и слизистых оболочек. На коже разной величины и давности кровоизлияния (экхимозы, гематомы). Гемартроз правого коленного сустава. В анализе крови НВ 90г/л, Эр 3.1млн, ц.п. 0.9, ретикулоциты 20. Лейкоциты 11,0 тыс., э-3, п-6, с-45, л-40, м-6, СОЭ 12мм/час, Тр 186тыс. Время свертывания крови 35 мин. Время кровотечения 2 мин. В коагулограмме время свертывания венозной крови 2 часа. Протромбиновый индекс- 98%, фибриноген 3 г/л, УШ фактор 1%, 1Х фактор 99%, V фактор 100%.
Вопросы:
1. Какого рода заболевание у ребенка – наследственное или приобретенное.
2. Какие клиническиесиндромы имеются у ребенка.
3. Какие изменения выявлены в анализе крови.
4. Какие изменения выявлены в коагулограмме.
5. Какова тяжесть анемического синдрома. 6. О каком заболевании можно думать.

ЗАДАЧА № 12
Ребенок С. 10 лет поступил с жалобами на боли в животе и поясничной области, повышение температуры тела до 38°, учащенные болезненные мочеиспускания. За неделю до поступления перенес ОРВИ. При осмотре температура тела 38°, вялый, адинамичный. Кожа бледная суховата, отеков нет. Пульс 102 в мин. АД 105/50. При пальпации области почек отмечается болезненность. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускания частые, болезненные. Общий анализ крови НВ 106 г/л, Эр 3.2 млн, ц.п. 0.9, лейк.-10.2 тыс, э-0, п-14, с-70, л-15, м-1, СОЭ28мм/час. Общий анализ мочи цвет с/ж, прозрачная, реакция кислая, уд.вес 1024, сахара нет, белок 0.033%о, лейкоциты сплошь покрывают все
поля зрения, эр.- 3-4, много слизи, бактерий. Биохимия кретинин-0.05 ммоль/л. Коэффициент реабсорбции 98%. Анализ мочи по Зимницкому: 9 – удельный вес 1027 – 220 мл. 12 ----------1011 – 100 мл 15 ----------1015 -80 мл 18 ----------1022 – 110 мл 21 ----------1012 – 75 мл 24 ----------1024 – 180 мл 3 ----------1020 – 90 мл 6 ----------1028 – 100 мл.
Вопросы:
Какие синдромы выражены у ребенка?
Имеются ли у ребенка признаки ОПН, если да, то какая стадия. Оцените тяжесть состояния.
Для какой патологии почек характерны имеющиеся синдромы.
Оценить анализ крови.
Оцените анализ мочи.
Оценить пробу Зимницкого.

З А Д А Ч А № 1 3
Ребенок 5 лет, поступил с жалобами на повышение температуры до 39 градусов, многократную рвоту, понос (стул гомогенный, желтого цвета), разлитые боли в животе. При осмотре кожа сухая, бледная. Заостренные черты лица, глазные яблоки запавшие. Пульс 150 в 1 минуту. Живот несколько вздут. При пальпации живота определяется умеренная болезненность и урчание. В семье все здоровы. Накануне мальчик ел творог, хранившийся в помещении вне холодильника.
Вопросы:
Какие клинические синдромы имеются у ребенка?
Какое заключение можно сделать по анамнезу заболевания?
Оцените тяжесть состояния ребенка, чем она обусловлена?

З А Д А Ч А № 1 4
В поликлинику обратилась мать с ребенком 3 лет. Жалобы – на плохой аппетит, быструю утомляемость ребенка. При осмотре обращают на себя внимание бледность и сухость кожных покровов, периорбитальный цианоз,

отсутствие подкожного жирового слоя на животе, груди и нижних конечностях. Масса тела ребенка 10 кг, длина тела 82 см.
Вопросы:
1. О поражении какой системы можно думать?
2. Рассчитать долженствующий рост и массу у ребенка 3 лет
3. Оценить его физическое развитие.

З А Д А Ч А № 1 5
Девочка от I беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Закричала сразу, к груди через 2 часа после рождения. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, кожные покровы слегка субэктеричные, на коже лица на крыльях носа, переносице имеются беловато – желтоватые мелкие узелки, на кожегруди и живота – крупно пластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены до 2 см, при надавливании выделяются бело – молочная жидкость.
Вопросы:
1. Перечислите изменения на коже соответствующие 5 дню жизни.
2. О каком состоянии идет речь?
3. Рассчитайте массу и рост ребенка в возрасте 3 месяца.

З А Д А Ч А № 1 6
Ребенку 8 мес, с 3 мес. на искусственном вскармливании. Из анамнеза известно, что в первые после введения в пищу смеси «Малютка» появились покраснение и зуд на щеках, ягодицах, в физиологических складках кожи. Позже, изменения на коже появлялись после употребления апельсинов, коровьего молока.
При осмотре: ребенок повышенного питания. Кожа на щеках, в паховых складках и на запястьях гиперемирована, инфильтрирована с мокнутием и корками. На волосистой части головы себорейные чешуйки. Слизистая полости рта чистая, язык «географический». В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, стул неустойчивый.
Вопросы:
1. О поражении какой системы можно думать?
2. При каком заболевании встречается данная клиническая картина?
3. Провоцирующие факторы?
4. Рассчитайте массу и рост ребенка в 8 месяцев, если масса при рождении 3400 г., рост 52см.

З А Д А Ч А № 1 7
Ребенку 7мес. Обратились с жалобами на беспокойство, потливость. Вскармливание с 1,5 мес искусственное. Объективно: облысение затылка, уплощение костей черепа, размягчение их вдоль сагиттального шва и по краям
родничка, большой родничок 2,0х2,0. Гиперестезия. Опора на ноги отсутствует. Живот распластан. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердце ясные, ритмичные. Печень выступает из- под реберные дуги на 3,5 см., стул со склонностью к запорам.
Вопросы:
1. О поражении какой системы можно думать?
2. При каком заболевании встречается данная клиническая картина?
3. Провоцирующий заболевание фактор?
4. Рассчитать массу и рост ребенка в 5 месяцев, если масса при рождении 3300г, рост 50 см.

ЗАДАЧА № 18
Мальчику 2 года. Родители обратились к врачу с жалобами на отставание ребенка в физическом развитии, быструю утомляемость, одышку при подъеме по лестнице. Из анамнеза: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Мать на втором месяце беременности перенесла грипп с интоксикацией, температурой, принимала ремантадин. Во второй половине беременности дважды находилась на сохранении ввиду угрозы ее прерывания. При обследовании больного обнаружен порок сердца: «Дефект межжелудочковой перегородки в мембранозной части с выраженной перегрузкой малого круга кровообращения».
Вопросы:
1.Какие факторы (по данным анамнеза) могли быть причиной развития порока сердца у ребенка?
2.На какой стадии внутриутробного развития произошло формирование порока сердца?
3.Как называются подобные пороки развития?

ЗАДАЧА № 19
Ребенку 4 дня. Родился в срок, с массой 2000 г., ростом 47см., закричал тихо. К груди приложен через 2 дня из-за слабости, сосет вяло, быстро устает. Из анамнеза выяснено, что девочка от 6 беременности, протекавшей с угрозой прерывания. У матери имеются хронические заболевания: аднексит, кольпит, хронический пиелонефрит, анемия. Предыдущие беременности все закончились родами, со слов матери дети живы, но последние двое часто болеют простудными заболеваниями, у них обнаружили – анемию и рахит. Между родами временной интервал не более 1-2 лет.
Вопросы:
1. Какие причины рождения ребенка с низкой массой?
2. Как оценить состояние ребенка, его зрелость?
3. Имеется ли внутриутробная патология и к какой группе она относится?
4. Рационален ли интергенетический интервал в плане Национальной программы планирования семьи?

ЗАДАЧА №20
Ребенок 2-х лет поступил в связи с отставанием в физическом развитии, поносом. Родители ребенка здоровы. Мальчик

родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов, с массой 3300г, длинной 50 см. В возрасте 10 месяцев перенес дизентерию, длительно лечился антибиотиками. После заболевания ребенок плохо прибавляет в весе, аппетит хороший. Стул жидкий, обильный. При бактериологическом исследовании диагноз кишечной инфекции исключен. При осмотре масса 8500г, рост 78 см. Кожа бледная, сухая. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Живот увеличен в объеме, стул обильный, жидкий.
Вопросы:
1. Какой клинический синдром имеется у ребенка.
2. Какого рода заболевание (наследственное или приобретенное?)
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
4. Как оценивается физическое развитие ребенка.
5. Оцените тяжесть состояния ребенка.

ЗАДАЧА №21
Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°С и выраженным возбуждением. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до 3 7,4-3 7,7°С, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. В доме старшая сестра больна ОРВИ. На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°С.
При осмотре врачом «скорой помощи» отмечаются бледность кожи, резкое возбуждение ребенка, конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, разрыхлен, налетов нет.
ЧД — 54 в. минуту. Над всей поверхностью легких перкуторно — звук легочный. Аускультативно дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя -II ребро, левая — на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС — 138 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +2 см ниже реберной дуги. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.
Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии
Общий анализ крови: НЬ — 112 г/л, Эр — 3,8х1012/л, Ц.п. — 0,83, Лейк — 9,8х 109/л, п/я — 4%, с — 32%, э — 1 %, л — 56%, м — 7%, СОЭ — 11 мм/час. ООбщий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.
Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, мочевина — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,180 (норма — до 0,200).
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
3. Объясните механизм развития гипертермического синдрома у данного больного.
4. О какой этиологии заболеванияможно думать в данном случае?
5. Какова тактика ведения данного ребенка? План неотложных мероприятий?

ЗАДАЧА № 22
Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступасудорогсостановкойдыханияицианозом. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбула-торно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты.
Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клони-ческими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.
При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°С, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0×2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо — положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя — II межреберье, левая -по левой среднеключичной линии, правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, обще- мозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.
Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии
Общий анализ крови: НЬ — 120 г/л, Эр — 3,8х1012/л, Ц.п. — 0,83, Лейк — 7,2х 109/л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 8 мм/час.
Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.
Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, мочевина — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций ионизированный — 0,6 ммоль/л (норма — 0,8-1,1), кальций общий — 1,6

ммоль/л (норма — 1,8-2,1), фосфор — 0,6 ммоль/л (норма
— 0,6-1,6), АлТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АсТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,180 (норма — до 0,200).
Исследование спинномозговой жидкости: ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность — прозрачная, белок — 160 г/л, цитоз — 2 в 3 мкл: нейтрофилы — 0%, лимфоциты — 2%.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. Какие мероприятия Высочли бы первичными и неотложными?
4. С какой целью больному проведена спинномозговая пункция?
5. Какие специалисты должны вести наблюдение за данным ребенком в поликлинике?

ЗАДАЧА № 23
Ребенок 6,5 месяцев, родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 мес, затем переведен на кормление ацидофильной «Малюткой». С 4 мес получает манную кашу.
С 2 мес потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность.
Объективно: масса тела 7800 г, длина 63 см. Тургор тканей и мышечной тонус снижены. Голова гидроцёфальной
формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3×3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются «четки». Границы сердца: правая -по правой парастернальной линии, левая — на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. ЧСС — 130 ударов в мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Статомоторное развитие: не поворачивается, двигательная активность снижена.
Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии
Общий анализ крови: НЬ — 118 г/л, Эр — 4,3х1012/л, Лейк — 6,4х109/л, п/я — 3%, с — 23%, э — 4%, л — 60%, м — 10%, СОЭ — 6 мм/час.
Общий анализ мочи: эпителия — нет, слизи — нет, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.
Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. В чем причина развития заболевания?
3. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
4. Какие изменения в биохимическом анализе крови должны быть у ребенка?
5. Назначьте специфическую терапию.

ЗАДАЧА №24
Ребенок 5 месяцев от молодых, здоровых родителей, родился в срок, осенью. Масса при рождении 3850 г, длина 50 см. Оценка по шкале Ап-гар 7/8. К груди приложенна 2-е сутки. Грудное вскармливание до 1,5 месяцев, затем — искусственное. В последние 2 месяца у ребенка отмечается беспокойство, усилилась потливость.
Объективно: облысение затылка, уплощение костей черепа, размягчение их вдоль сагиттального шва и по краям родничка, очаг размягчения теменной кости диаметром 0,8-0,9 см. Мышечный тонус резко снижен. Гиперестезия. Опора на ноги отсутствует. Живот распластан. Тургор тканей снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД — 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 120 ударов вмин. Печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.
Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии
Общий анализ крови: НЬ — 110 г/л, Эр — 3,6х1012/л; Лейк — 5,6х109/л, п/я — 2%, с — 31%, э — 2%, л — 56%, м — 9%, СОЭ — 6 мм/час.
Общий анализ мочи: количество — 40 мл, лейкоциты — 2—3 в п/з, эритроциты — нет.
Вопросы:
1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какие условия способствовали заболеванию?
4. Какие биохимические показатели могут подтвердить диагноз?
5. Тактика лечебных мероприятий?

ЗАДАЧА №25
Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с кашлем, резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией. Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. — в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе.
Заболевание началось с 1,5 мес, когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ. При осмотре: температура тела 37,4°С. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые оболочки полости рта бледные. Зубы — 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, «олимпийский лоб». Грудная клетка деформирована — «куриная грудь». При попытке посадить ребенка видна' деформация позвоночника (кифоз). Ноги: Х-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Дыхание шумное с удлиненным выдохом. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания — сухие свистя.щие хрипы. ЧД — 36 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно:

дующий систолический шум на верхушке и в V точке. ЧСС — 136 ударов в мин. Печень +4 см из-под реберного края. Селезенка — +2 см из подреберья. Стул через день, «овечий». Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано.
Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии
Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — 3,5х1012/л, Лейк — 7,5х109/л, п/я — 2%, с — 31%, э — 1%, л — 63%, м — 3%, СОЭ — 10 мм/час.
Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.
Биохимический анализ крови: общий белок — 65,0 г/л, холестерин -4,6 ммоль/л, глюкоза — 4,3 ммоль/л, кальций — 2,0 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л, ЩФ — 950 Ед/л (норма — до 600). Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.
Задание к задаче
1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какие изменения биохимических показателей следует ожидать у ребенка?
4. Ваши представления о патогенезе заболевания.
5. Как проводить лечение?

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест
Доклад с презентацией
Реферат
Теоретические задания
Ситуационная задача

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	1С
6.3.1.2	Microsoft Office 365:
6.3.1.3	Outlook: Корпоративная почта студентов и сотрудников.
6.3.1.4	Microsoft Teams: Программное обеспечение для проведения видеоконференций, онлайн-лекций и вебинаров.
6.3.1.5	OneDrive: Облачное хранилище данных для обмена учебными файлами.
6.3.1.6	Word, Excel, PowerPoint: Офисные приложения для работы с документами, презентациями и таблицами, включая доступ к ИИ-ассистенту MS Copilot
6.3.1.7	Moodle (LMS): Основная система дистанционного и электронного обучения. Развернута на доменах do.krsu.kg и lms.krsu.kg для прохождения курсов, тестов и взаимодействия преподавателей со студентами.
6.3.1.8	Студенческий портал и Личный кабинет: Внутренняя система автоматизации учебного процесса вуза (student.krsu.edu.kg), где студенты отслеживают успеваемость и зачетные книжки
6.3.1.9	Антиплагиат: для контроля оригинальности курсовых, дипломных и научных работ.
6.3.1.10	Цифровая платформа «Наука»: Внутреннее ПО и базы данных для регистрации и мониторинга научно-исследовательской деятельности профессорско-преподавательского состава

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Библиографическая база данных: основной каталог книжного фонда университета.
6.3.2.2	База данных книг в ЭБ: электронная библиотека учебной литературы и полнотекстовых учебников.
6.3.2.3	База данных лекций: материалы лекционных курсов профессорско-преподавательского состава.
6.3.2.4	База данных учебно-методических материалов и пособий: методические рекомендации, практикумы и рабочие тетради.
6.3.2.5	База данных авторефератов и диссертаций: научные работы и исследования, защищенные в вузе.
6.3.2.6	Труды и статьи: полнотекстовая коллекция материалов научного журнала «Вестник КРСУ»
6.3.2.7	Электронная библиотека МЗ КР
6.3.2.8	Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России (https://e-stomatology.ru/link/common/)
6.3.2.9	Профессиональный стоматологический портал (сайт) «Клуб стоматологов» (https://stomatologclub.ru/)
6.3.2.10	Scopus (https://www.scopus.com/pages/home#basic)
6.3.2.11	Elibrary (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)

6.3.2.12	PubMed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)
6.3.2.13	Web of Science (https://access.clarivate.com/login?app=wos&alternative=true&shibShireURL=https:%2F%2Fwww.webofknowledge.com%2F%3Fauth%3DShibboleth&shibReturnURL=https:%2F%2Fwww.webofknowledge.com%2F%3Fmode%3DNextgen%26action%3Dtransfer%26path%3D%252Fwos%252Fwoscc%252Fbasic-search%26DestApp%3DUA&referrer=mode%3DNextgen%26path%3D%252Fwos%252Fwoscc%252Fbasic-search%26DestApp%3DUA%26action%3Dtransfer&roaming=true)
6.3.2.14	CochraneLibrary (https://www.cochranelibrary.com/)
6.3.2.15	UpToDate (https://www.uptodate.com/login)
6.3.2.16	ORCID (https://www.youtube.com/channel/UCoQ4rzTG3aE-ho-E2J0OVpA)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Учебная аудитория для проведения учебных занятий (лекционные) - секционная аудитория;
7.2	Оборудование: магнитно-маркерная доска, мультимедийный проектор, экран, АРМпреподавателя (ноутбук).
7.3	Учебная аудитория для проведения учебных занятий (практические) - учебное помещение 11/532;
7.4	Оборудование: магнитно-маркерная доска, АРМ преподавателя (ноутбук).
7.5	Фантомный кабинет для практический занятий
7.6	Оборудование: стоматологические установки
7.7	720065 Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Гражданская 119
7.8	720017 Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголок Молдо 1/13 Национальный госпиталь отделение Челюстно-лицевой хирургии
7.9	720040 ул. Касыма тыныстанова 171 Детская стоматологическая поликлиника №1

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Модульный контроль по дисциплине включает:
1.Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том Числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3.Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (5 семестр - зачет, 6 семестр - экзамен) — совокупность тесно связанных между собой зачетных, модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ
При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).
Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больного студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:
min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
20-25 баллов — Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.
1. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:
1)Организационный этап занятия (время — до 2%):
а) перекличка;
б) задание на дом следующей темы;
в) мотивация темы данного практического занятия;
г) ознакомление студентов с целями и планом занятия,
2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):
а) варианты тестового контроля I и II уровня;
б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время — до 15%);
4)Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время — до 45%);
5)Заключительный этап занятия (время — до 18%):
а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия индивидуальная оценка знаний и навыков).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА
1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.
Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:
Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции — 10-15 минут.
Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией —
10-15 минут.
Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту -
— 1 час в неделю.
Подготовка к практическому занятию — 2 час.
Всего в неделю — 3 часа 30 минут.
2. Описание последовательности действий студента
Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:
После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).
При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).
В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.
При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.
3.Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.
Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.
4.Рекомендации по работе с литературой.
Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл? что даст это на практике?
5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролям: -
Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме заучивания материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл? что даст это на практике?.
При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.
прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.
7.При подготовке к промежуточному и рубежному контролям нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
8. Отработки пропущенных занятий.
Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.
Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практический, тестовый контроль и т.д.).
Отработка практических занятий.
Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.
Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия поуважительней причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учёта часов.

Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.
Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан 1 его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ
Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.
Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.
Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.
1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.
2.Этапы подготовки презентаций
Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)
Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:
- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?
3.Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:
- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1-2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word, подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.
Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека.
Обязательно установите в MathTye основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.
4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.
5. Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;
Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.
Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:
- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения; краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;
Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчёта.
Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных

пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.
Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА
Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как обще теоретические положения, так и конкретные примеры.
Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно -популярные журналы: "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана",
"Вестник КГМА" и др., а также газеты, специализирующиеся на медицинской тематике.
План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.
Недопустимо просто скомпоновать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).
Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
Список литературы должен быть составлен в полном соответствие с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу, изданную крупными научными издательствами. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:
-Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.
Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том
. Страницы от
Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от___до__