

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

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина



УТВЕРЖДАЮ

Зарифьян А.Г.

2015 г.

Детская хирургия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой
Учебный план

Детской хирургии
a31060121_мдх.plx
31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
рофиль: Детская хирургия

Форма обучения

заочная

Общая трудоемкость

3 ЗЕТ

Часов по учебному плану
в том числе :

108

Виды контроля в семестрах:
экзамены 5

аудиторные занятия
самостоятельная работа
экзамены

14
58
35,7

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	5 (3.1)		Итого	
	УП	РПД	УП	РПД
Неделя	18			
Лекции	6	6	6	6
Практические	8	8	8	8
Контактная работа в период экзаменационной сессии	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	14	14	14	14
Контактная работа	14,3	14,3	14,3	14,3
Сам. работа	58	58	58	58
Часы на контроль	35,7	35,7	35,7	35,7
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

канд.мед.наук, доцент, Мыкыев К.М.; канд.мед.наук, доцент, Пороцай В.Н.

Рецензент(ы):

канд.мед.наук, доцент кафедры дет.хирургии КГМА им. И.К.Ахунбаева, Султаналиева А.С.; канд.мед.наук, доцент кафедры педиатрии КРСУ, Афанасенко Г.П.

Рабочая программа дисциплины Детская хирургия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 03.09.2014 г. № 1200)

составлена на основании учебного плана:

Направление подготовки 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
Профиль: Детская хирургия
утвержденного учёным советом вуза от 08.04.2015 протокол № 8.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры
Детской хирургии


Протокол от 25.01 2015 г. № 9

Срок действия программы: уч.г. Зав. кафедрой Мыкыев К.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном годуПредседатель УМС
16.11 2016 г. 


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры Детской хирургии

Протокол 29.10 2016 г. № 3
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном годуПредседатель УМС
21.05 2017 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры Детской хирургии

Протокол 21.05 2017 г. № 9
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном годуПредседатель УМС
21.05 2018 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры Детской хирургии

Протокол 18.05 2018 г. № 9
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном годуПредседатель УМС
18.09 2019 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры Детской хирургии

Протокол 29.08 2019 г. № 2
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

23.09 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Детской хирургии

Протокол 28.08 2020 г. № 1
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Изучить современные представления об этиологии и патогенезе, клинических проявлениях хирургических заболеваний и хирургических пороков развития в детском возрасте, о способах их клинической, лабораторной диагностики, дифференциальной диагностики и современных консервативных и хирургических методах лечения, для подготовки научных работников высшей квалификации в аспирантуре по специальности 14.01.19 - «Детская хирургия».

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Детская урология
2.1.2	Амбулаторная хирургия
2.1.3	Академическое письмо
2.1.4	Торакальная хирургия
2.1.5	Технологии научных исследований
2.1.6	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (педагогическая)
2.1.7	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (научно-исследовательская)
2.1.8	Научный семинар
2.1.9	Абдоминальная хирургия
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Государственный (кыргызский) язык
2.2.2	Научно-исследовательская деятельность
2.2.3	Травматология и ортопедия детского возраста
2.2.4	Хирургия новорожденных
2.2.5	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.6	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации)
2.2.7	Представление научного доклада об основных результатах подготовленной научно-квалификационной работы (диссертации)

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ОПК-5: способностью и готовностью к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных	
Знать:	
Уровень 1	предназначение оборудования для проведения исследований в эксперименте и клинике;
Уровень 2	основные клинические лабораторные и инструментальные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования;
Уровень 3	оснащение, используемые химические реактивы, основные механизмы патофизиологических, биохимических реакций происходящие в больном организме ребёнка с хирургической патологией;
Уметь:	
Уровень 1	профессионально эксплуатировать современное оборудование и научные приборы при решении научных задач;
Уровень 2	интерпретировать полученные лабораторные и инструментальные данные по профилю научного исследования;
Уровень 3	пользоваться лабораторной аппаратурой, диагностическими инструментами для получения научных данных.
Владеть:	
Уровень 1	навыками подготовки и проведения исследований с использованием лабораторного оборудования для получения данных;
Уровень 2	навыками оценки возможности и перспективы применения выбранных или выведенных в процессе исследования лабораторных и инструментальных методов по профилю научного исследования;
Уровень 3	научными методами для проведения эксперимента, лабораторных исследований с целью получения опытных данных.
ПК-1: способностью и готовностью к организации проведения прикладных научных исследований в области детской хирургии	
Знать:	

Уровень 1	этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику детей с приобретёнными хирургическими заболеваниями и пороками развития;
Уровень 2	принципы и критерии отбора больных в клиническое исследование.
Уровень 3	основные клинические особенности течения, симптомы, дифференциальную диагностику, параметры лабораторных данных характерные для пороков и хирургических заболеваний у детей.
Уметь:	
Уровень 1	проводить общее клиническое обследование больного, использовать на практике методы обследования в различных видах профессиональной и социальной деятельности;
Уровень 2	осуществлять отбор больных в исследование по клиническим критериям включения и исключения, критически анализировать и обобщать полученные данные, объективно оценивать эффективность изучаемых методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, определять соотношение риска и пользы от изучаемых методов вмешательства;
Уровень 3	проводить дифференциальную диагностику, диагностические пробы, интерпретировать лабораторные данные.
Владеть:	
Уровень 1	алгоритмом постановки предварительного диагноза заболевания с последующим направлением на дополнительное обследование и к врачам-специалистам, алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; навыками сбора, обработки, анализа и систематизации информации по теме исследования;
Уровень 2	навыками научного исследования, методами и принципами научно-исследовательской деятельности на уровне требований современной медицины.
Уровень 3	современными научными данными и результатами научных исследований для правильной постановки клинического диагноза.
ПК--5: готовностью к преподавательской деятельности по детской хирургии	
Знать:	
Уровень 1	образовательные технологии, методы и средства обучения и воспитания с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития обучающегося;
Уровень 2	средства оптимизации обучения и воспитания, обеспечивающих профессиональное и личностное развитие обучающегося;
Уровень 3	государственный образовательный стандарт и рабочий учебный план и программу по шифру «Детская хирургия»
Уметь:	
Уровень 1	отбирать образовательные технологии, методы и средства обучения и воспитания с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития обучающегося;
Уровень 2	выбирать эффективные образовательные технологии, методы и средства обучения и воспитания, обеспечивающие достижение уровня личного и профессионального развития обучающегося;
Уровень 3	вести учебно-методическую работу в высшей школе, и особенности подготовки учебного материала по требуемой тематике к лекции, практическому занятию и лабораторной работе;
Владеть:	
Уровень 1	навыками использования образовательных технологий, методов и средств обучения и воспитания с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития обучающегося;
Уровень 2	опытом проведения теоретических и практических занятий, с применением средств позволяющих обеспечить планируемый уровень личностного и профессионального развития обучающегося;
Уровень 3	навыками организации и проведения занятий с использованием новых методологических технологий обучения.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	• Правовые основы здравоохранения, основные положения законодательных актов реформы управления и финансирования здравоохранения, ответственность врача детского хирурга
3.1.2	• Морально-этические нормы, правила и принципы врачебной этики и медицинской деонтологии в детской хирургии;
3.1.3	• Принципы организации первичной хирургической помощи детям, организации работы профильных хирургических отделений детского возраста, санитарно-гигиенические требования, предъявляемые к работе хирургических отделений, кабинетов, перевязочных, операционных;
3.1.4	• Глубоко знать особенности топографической анатомии, возрастной физиологии и патофизиологии, патанатомию развития часто встречающихся хирургических заболеваний, врожденных пороков развития, основы асептики и антисептики;

3.1.5	• Эмбриогенез, этиопатогенез, клинику, особенности течение, диагностику и дифференциальную диагностики наиболее часто встречающихся хирургических пороков развития, хирургических патологий, травматических повреждений у детей и подростков;
3.1.6	• Технику наиболее часто выполняемых в детском возрасте оперативных вмешательств;
3.1.7	• Особенности реанимационного этапа лечения детей и подростков с пороками развития, осложненным течением хирургических заболеваний, травматическими повреждениями;
3.1.8	• Особенности течения послеоперационного периода при различных заболеваниях, пороках развития хирургического профиля, при травматических повреждениях;
3.1.9	• Показания и сроки к консервативным методам лечения пороков развития, хирургических заболеваний и травматических повреждений у детей
3.1.10	• Принципы диспансеризации и реабилитации детей с хирургическими заболеваниями, травматическими повреждениями;
3.1.11	• Принципы проведения профосмотра, оказания амбулаторной хирургической помощи в детском возрасте;
3.1.12	• Основы медицинской информатики с методами статистической обработки медицинской информации.
3.2 Уметь:	
3.2.1	• Оформлять и вести хирургическую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению, составлять ежеквартальный, годовой отчет работы хирургического кабинета, отделения и индивидуальный;
3.2.2	• Самостоятельно курировать больных, оформлять истории болезни, осуществлять
3.2.3	прием, выписку больных, оформлять консилиумы, этапный, выписной и
3.2.4	посмертный эпикризы;
3.2.5	• Провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста и подростка, определить показания для лабораторного и инструментального исследования больного ребенка и интерпретация данных общеклинических анализов, рентгенологических исследований, УЗИ, КТ, МРТ у детей с острыми и хроническими хирургическими заболеваниями, с врожденными пороками развития и травмами;
3.2.6	• Обосновывать план лечения, показания к экстренным и плановым операциям при хирургических заболеваний у детей;
3.2.7	• Разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушений гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма больного к операции;
3.2.8	• Оценить тяжесть состояния больного, определить сроки и объем необходимой первой и неотложной помощи при неотложных хирургических заболеваниях и травмах у детей;
3.2.9	• Обосновывать и выполнить необходимый объем дополнительных исследований и консультаций специалистов, организовывать консилиумы для уточнения диагноза детей с хирургическими патологиями;
3.2.10	• Выстраивать и поддерживать рабочие отношения со всеми членами коллектива детской хирургической клиники;
3.2.11	• Провести профилактический осмотр детей от периода новорожденности до 15 лет и детей подросткового возраста;
3.2.12	• Определить степень нарушения здоровья ребенка в связи с операцией и решать вопросы, связанные с переводом ребенка на инвалидность;
3.2.13	• Обосновать план мероприятий отдаленного послеоперационного периода, и определить сроки и виды реабилитации, диспансеризации;
3.3 Владеть:	
3.3.1	Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
3.3.2	• Основами законодательства по охране материнства и детства, здоровья населения
3.3.3	• Правильным оформлением медицинской документации;
3.3.4	• Методикой общего клинического исследования ребенка в возрастном аспекте и подростка;
3.3.5	• Принципы сбора клинического материала и основы медицинской информатики с методами статистической обработки медицинской информации;
3.3.6	• Проведением амбулаторного приема детского хирурга;
3.3.7	• Клинически оценивать результаты лабораторных, биохимических, иммунологических, электрофизиологических, функциональных, рентгенологических и других инструментальных методов исследования, определить группу крови донора и реципиента, проводить пробы на совместимость, выполнять переливание крови, выявлять возможные трансфузионные осложнения и устранить их;
3.3.8	• Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным детям хирургическими заболеваниями;
3.3.9	• Алгоритмом выполнения экстренных лечебных и организационных мероприятий по оказанию помощи детям в критических состояниях;

3.3.10	• Ведением послеоперационного периода (медикаментозные назначения, инфузионная терапия, диагностические и лечебные манипуляции, распознавание осложнений);
3.3.11	• Проведение этио- патогенетического лечения при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях, пороках развития и травматических повреждениях у детей и подростков;
3.3.12	• Проведением предоперационной подготовки больным детям, при экстренных и плановых оперативных вмешательствах;
3.3.13	• Ассистенцией при оперативных вмешательствах у новорожденных, детей, подростков;
3.3.14	• Самостоятельным выполнением при несложных наиболее частых хирургических манипуляциях, экстренных и плановых оперативных вмешательствах;
3.3.15	• Методами профилактики, диспансеризации и реабилитации детей с пороками развития, хирургическими заболеваниями, травматическими повреждениями;
3.3.16	• Методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте. ракт.	Пр. полг.	Примечание
	Раздел 1.							
1.1	1).Патологии желчного и мочевого протока. Грыжи брюшной стенки: пупочная, белой линии живота, паховая, бедренная. 2).Пороки развития сосудов и лимфатической системы у детей. 3).Хирургический сепсис у детей. /Лек/	5	6	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.2 Л1.3Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.9 Л2.11Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Л3.8 Л3.9			
1.2	1).«Лимфангиома шеи». Этиопатогенез, классификация, клиника, осложнения, методы лечения. 2).«Эпифизарный остеомиелит у детей». Определение, классификация, этиопатогенез, клиника, осложнения, диагностика и лечение. Диспансеризация и реабилитация. Ортопедические осложнения. 3).Острый и хронический парапроктит у детей. Определение, клиника, осложнения, диагностика, лечение. 4).«Медиастенит, перикардит в детском возрасте». Определение, классификация, этиопатогенез, клиника, осложнения, диагностика и лечение. /Пр/	5	8	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л2.4 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.7 Л2.9 Л2.10 Л2.11Л3.1 Л3.4 Л3.6			
1.3	Методы осмотра, дифференциальной диагностики хирургических патологий /КрЭк/	5	0,3	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.2 Л1.3Л2.2 Л1.1 Л2.4 Л2.6 Л2.7 Л2.11Л3.4 Л3.6 Л3.8			

1.4	<p>1).Этика и деонтология в хирургии детского возраста.</p> <p>2).Обследования в детской хирургии: лабораторные рентгенологические, УЗИ, КТ , ЯМР, функциональные, эндоскопические методы.</p> <p>3).Заболевания лица и шеи. Срединные и боковые кисты и свищи шеи.</p> <p>4).Лимфангиомы шеи. Ранула, Колобома, Макроглоссия.</p> <p>5).Патологии желточного протока. Виды, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.</p> <p>6).Патологии мочевого протока. Виды, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.</p> <p>7).Грыжи брюшной стенки: пупочная, белой линии живота, спигелиевой линии. бедренная.Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>8). Паховые и пахово-мошоночные грыжи у детей. Диагностика, сроки лечение. Методы хирургического лечения.</p> <p>9).Ущемлённые паховые и пахово-мошоночные грыжи у детей. Клиника, диагностика, тактика консервативного и хирургического лечения.</p> <p>10).Методы хирургического лечения при грыжах передней брюшной стенки. Техника операции.</p> <p>11).Доброкачественные опухоли мягких тканей у детей.</p> <p>12).Гемангиомы у детей. Классификация. Клиника, диагностика, методы лечения.</p> <p>13).Лимфоангиомы у детей. Классификация. Клиника, диагностика, методы лечения.</p> <p>14).Дермоидные кисты, тератомы у детей. Классификация, диагностика, лечение.</p> <p>15).Пороки развития сосудов и лимфатической системы у детей.</p> <p>16).Острый гематогенный остеомиелит у детей. Классификация, клика, диагностика, лечение.</p> <p>17).Хронический гематогенный остеомиелит у детей. Классификация, клика, диагностика, лечение.</p> <p>18).Методы реабилитации, диспансеризации больных детей с острым и хроническим гематогенным остеомиелитом. Санаторно-курортное лечение.</p>	5	58	ОПК-5 ПК-1 ПК--5	Л1.1 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л1.1 Л2.4 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.11Л3.1 Л3.2 Л3.7 Л3.8			
-----	---	---	----	------------------	---	--	--	--

	<p>19).Первично-хронический остеомиелит у детей. Виды, диагностика, тактика лечения.</p> <p>20).Медиастенит в детском возрасте.Причины, классификация, диагностика, лечение. Методы дренирования.</p> <p>21).Перикардит в детском возрасте.Причины, клиника, диагностика, лечение. Методы пункции.</p> <p>22).Панариций у детей. Классификация, клиника, лечение.</p> <p>23). Острый парапроктит у детей. Клиника, лечение, методы операции.</p> <p>24). Болезнь Крона у детей. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.</p> <p>25).Дивертикул Меккеля. Этиопатогенез, клиника при осложнениях. Методы хирургического лечения.</p> <p>26). Техника наложения стомы на тонком и толстом кишечнике. Принцип ухода.Осложнения.</p> <p>27). Нагноительные заболевания кожи, подкожи и мягких тканей у детей.</p> <p>28). Хирургический сепсис в детском возрасте. Определение, клиника, диагностика. Принцип лечения.</p> <p>29).Осложнения хронического гематогенного остеомиелита. Принцип диспансеризации, реабилитации.</p> <p>21 /Ср/</p>							
1.5	/Экзамен/	5	35,7					

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

1. Характеристика жалоб и современные методы исследования при экстренных хирургических патологиях у детей.
2. Срединные и боковые кисты и свищи шеи у детей.
3. Ранулы у детей.
- 5.Тератодермоидные опухоли у детей.
- 6.Тератомы копчиковой области.
- 7.Тератодермоидные опухоли грудной и брюшной полости у детей.
- 8.Гемангиомы у детей.
- 9.Лимфангиомы у детей.
- 10.Врожденные пороки поверхностных вен у детей.
- 11.Врожденные пороки глубоких вен у детей
- 12.Слоновость у детей.
13. Артериовенозные свищи у детей.
14. Патология желточного и мочевого протока у детей.
- 15.Энтерокистомы.
16. Паховая грыжа у детей.
- 17.Осложнения паховых грыж у детей.
18. Грыжи пупочные, околопупочные, бедренные. Осложнения.
19. Тактика лечения при ущемленных паховых грыжах у детей.
20. Кисты и водянки яичка м семенного канатика у детей.
21. Острый гематогенный остеомиелит.

22. Хронический гематогенный остеомиелит.
 23. Осложнения острого и хронического гематогенного остеомиелита у детей.
 24. Первично-хронический остеомиелит у детей.
 25. Эпифизарный остеомиелит у детей.
 26. Ближайшие и отдаленные осложнения при эпифизарном остеомиелите у детей.
 27. Панариций у детей.
 28. Сепсис у детей.
 29. Методы диагностики сепсиса у детей.
 30. Диагностическое значение инструментальных методов исследования при экстренных хирургических патологиях органов брюшной полости у детей (КТ, МРТ, УЗИ, рентгенография).
 31. Медиастенит в детском возрасте.
 32. Перикардит у детей.
 33. Показания и противопоказания к операции..
 34. Методы хирургического лечения при неущемленных и ущемленных грыжах у детей.
 35. Методика пункции при гнойном медиастените. Показания.
 36. Методы лечения при остром гематогенном остеомиелите.
 37. Методы и тактика хирургического лечения при врожденных срединных кистах и свищах шеи.
 38. Методы и тактика хирургического лечения при ранулах, колобоме, патологиях губы и неба у детей.
 39. Современные аспекты на возбудителей, диагностики и лечения при хирургическом сепсисе у детей.
 40. Эндоскопические методы хирургического лечения при хирургических патологиях брюшной полости у детей.
- Положительные и отрицательные аспекты.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

курсовых работ не планируется

5.3. Фонд оценочных средств

Тесты:

1. Наиболее частой причиной гнойного медиастинита у младенца является:
 - а. осложнение деструктивной пневмонии
 - б. перфорация пищевода при его бужировании
 - в. частичная несостоятельность швов пищевода после операции по поводу атрезии пищевода
 - г. инородное тело пищевода
 - д. гнойный лимфаденит узлов средостения
2. Отличительной особенностью гемангиом является
 - а. болезненность при пальпации
 - б. наличие воспаления в окружающих тканях
 - в. переход одной формы гемангиомы в другую
 - г. уменьшение в размерах и побледнение при надавливании
 - д. локализация опухоли на туловище
3. Для телеангиоэктазий в отличие от гемангиом характерно
 - а. расположение на лице
 - б. быстрый рост
 - в. изменение окраски
 - г. побледнение при надавливании
 - д. отсутствие роста и постоянства окраски
4. Криотерапия при лечении гемангиом показана
 - а. при глубоких кавернозных гемангиомах
 - б. при поверхностных гемангиомах
 - в. при гемангиомах печени
 - г. ангиофибромах
 - д. при гемолимфангиомах
5. Хирургическое лечение гемангиом предпочтительно в случае
 - а. возможности удаления опухоли
 - б. расположения гемангиомы на лице
 - в. расположения гемангиомы на слизистых оболочках
 - г. множественных гемангиомах
 - д. гемангиомах промежности
6. Наиболее опасным осложнением гемангиом является
 - а. изъязвление
 - б. кровотечение
 - в. воспаление окружающих тканей
 - г. нагноение
 - д. ассиметрия лица
7. В основе этиопатогенеза лимфангиомы лежит

- а. разрастание кровеносных сосудов
 - б. разрастание лимфатических сосудов
 - в. пороки развития лимфатической системы
 - г. хромосомные aberrации
 - д. инфекционная патология
8. При быстром росте лимфангиом на шее возникает опасность
- а. кровотечения
 - б. воспаления
 - в. сдавливания пищевода и трахеи
 - г. злокачественного перерождения опухоли
 - д. нагноения
9. Хирургическое лечение лимфангиом осуществляют путем
- а. прошивание лимфатических сосудов вокруг опухоли
 - б. иссечение опухоли в пределах здоровых тканей
 - в. иссечение поверхностно лежащего участка опухоли
 - г. прошивание кист лимфангиомы
 - д. интраоперационного удаления жидкого содержимого
10. Наиболее опасным осложнением лимфангиомы является
- а. воспаление
 - б. сдавление трахеи
 - в. кровотечение
 - г. изъязвление
 - д. озлокачествление
11. В основе этиологии пигментного невисуса лежит
- а. хромосомная aberrация
 - б. инфекционное поражение кожи
 - в. порок развития нейроэктодермы
 - г. порок развития сосудов кожи
 - д. эндокринная патология
12. Из перечисленных признаков наиболее характерен для невисусов
- а. гигантские размеры
 - б. болезненность
 - в. участки пигментированной гладкой или покрытой волосами кожи
 - г. быстрый рост
 - д. бесцветность
13. Методом выбора при лечении невисусов является
- а. криотерапия
 - б. гормонотерапия
 - в. хирургическое лечение
 - г. рентгенотерапия
 - д. физиотерапия
14. Из осложнений невисуса наиболее опасно
- а. кровотечение
 - б. озлокачествление
 - в. сдавление трахеи при росте
 - г. воспаление
15. Этиопатогенетическими для пороков развития вен у детей являются все следующие факторы, кроме
- а. наследственности
 - б. врожденной неполноценности венозной стенки
 - в. врожденной аплазии венозных клапанов
 - г. внутрибрюшного давления
 - д. поражения вазомоторных центров спинного мозга
16. Характерным симптомом для порока развития поверхностных вен является
- а. боль
 - б. варикозное расширение вен
 - в. атрофия мягких тканей
 - г. симптом губки
 - д. повышение флеболиты

17. Из нижеперечисленных методов наиболее информативен для диагноза синдрома Клиппеля-Тренонне:

- а. термометрия
- б. ЭКГ
- в. Реография
- г. рентгенография
- д. венография

18. Для пороков развития глубоких вен в отличие от пороков развития поверхностных вен характерно:

- а. наличие варикозного расширения вен
- б. трофические расстройства
- в. гипертрофия и утолщение пораженной конечности
- г. атрофия пораженного органа
- д. наличие флеболитов

19. В основе врожденных пороков артериальных сосудов лежит

- а. поражение вазомоторных центров спинного мозга
- б. инфекционный процесс
- в. врожденное недоразвитие стенок сосудов
- г. эндокринные заболевания
- д. наследственность

20. К местным симптомам при артерио-венозных аневризмах относится все следующее, кроме:

- а. гипертрофии конечностей
- б. варикозного расширения подкожных вен
- в. усиления пульсации сосудов
- г. гипотермии кожи над аневризмой
- д. трофических расстройств

21. Основным методом диагностики артерио-венозных соустьев является:

- а. термометрия
- б. ангиография
- в. реовазография
- г. рентгенография
- д. ЭКГ

22. После операции по поводу артерио-венозного свища больному необходимы:

- а. гормонотерапия
- б. гепаринотерапия
- в. рентгенотерапия
- г. ангиография
- д. лечебная физкультура

23. Основным фактором этиопатогенеза слоновости является:

- а. наследственность
- б. недоразвитие стенок лимфатических сосудов
- в. инфекционный процесс
- г. эндокринные заболевания
- д. порок развития венозной стенки

24. Из наиболее ранних характерных симптомов при пороках развития лимфатических сосудов имеет место:

- а. уплотнение кожи
- б. контрактуры суставов
- в. отек
- г. повышенная ломкость костей
- д. местная гиперемия и повышение температуры

25. Наиболее информативным методом диагностики порока развития лимфатических сосудов является:

- а. ЭКГ
- б. реовазография
- в. волдырная проба
- г. лимфография
- д. ангиография

26. Наиболее радикальным и эффективным методом лечения слоновости является:

- а. перевязка измененных лимфатических сосудов с их частичным иссечением
- б. склеротерапия
- в. криодеструкция
- г. рентгенотерапия

д. многоэтапная пластическая операция

27. Отличительной особенностью гемангиом является:

- а. болезненность при пальпации
- б. наличие воспаления в окружающих тканях
- в. переход одной формы гемангиомы в другую
- г. уменьшение в размерах и побледнение при надавливании
- д. локализация опухоли на туловище

28. Для телеангиоэктазий в отличие от гемангиом характерно:

- а. расположение на лице
- б. быстрый рост
- в. изменение окраски
- г. побледнение при надавливании
- д. отсутствие роста и постоянства окраски

29. Криотерапия при лечении гемангиом показана:

- а. при глубоких кавернозных гемангиомах
- б. при поверхностных гемангиомах
- в. при гемангиомах печени
- г. ангиофибромах
- д. при гемолимфангиомах

30. Хирургическое лечение гемангиом предпочтительно в случае:

- а. возможности удаления опухоли
- б. расположения гемангиомы на лице
- в. расположения гемангиомы на слизистых оболочках
- г. множественных гемангиомах
- д. гемангиомах промежности

31. Наиболее опасным осложнением гемангиом является:

- а. изъязвление
- б. кровотечение
- в. воспаление окружающих тканей
- г. нагноение
- д. асимметрия лица

32. В основе этиопатогенеза лимфангиомы лежит:

- а. разрастание кровеносных сосудов
- б. разрастание лимфатических сосудов
- в. пороки развития лимфатической системы
- г. хромосомные aberrации
- д. инфекционная патология

33. При быстром росте лимфангиом на шее возникает опасность:

- а. кровотечения
- б. воспаления
- в. сдавливания пищевода и трахеи
- г. злокачественного перерождения опухоли
- д. нагноения

34. Хирургическое лечение лимфангиом осуществляют путем:

- а. прошивание лимфатических сосудов вокруг опухоли
- б. иссечение опухоли в пределах здоровых тканей
- в. иссечение поверхностно лежащего участка опухоли
- г. прошивание кист лимфангиомы
- д. интраоперационного удаления жидкого содержимого

35. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти. Выраженный отек - особенно тыла кисти. Пальпация и движения резко болезненны. Гипертермия. Наиболее вероятный диагноз:

- а. флегмона кисти
- б. подкожный панариций
- в. костный панариций
- г. сухожильный панариций
- д. кожный панариций

36. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация тканей. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Клиническая

картина позволяет поставить диагноз:

- а. кожного панариция
- б. подкожного панариция
- в. подногтевого панариция
- г. костного панариция
- д. сухожильного панариция

37. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3 дней. Местно: отек тканей, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует:

- а. паронихию
- б. кожному панарицию
- в. подкожному панарицию
- г. подногтевому панарицию
- д. костному панарицию

38. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Температура тела повышена. Наиболее вероятный диагноз:

- а. паронихий
- б. кожный панариций
- в. подногтевой панариций
- г. подкожный панариций
- д. флегмона

39. У ребенка в области концевой фаланги указательного пальца имеется небольшой гнойник отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует:

- а. паронихию
- б. кожному панарицию
- в. подкожному панарицию
- г. подногтевому панарицию
- д. флегмона

40. У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю у ногтя определяется гной под кожей. Диагноз:

- а. паронихий
- б. кожный панариций
- в. флегмона
- г. абсцесс
- д. подкожный панариций

41. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Указанная клиническая картина характерна:

- а. для фурункулеза
- б. для карбункула
- в. для флегмоны
- г. для абсцесса
- д. для рожистого воспаления

42. О развитии шока у септического больного свидетельствует:

- а. внезапное ухудшение состояния больного
- б. резкое уменьшение диуреза
- в. резкое нарушение микроциркуляции
- г. появление одышки, гипервентиляции, дыхательный алкалоз, гипоксемия
- д. все перечисленное

43. Патогенез хирургического сепсиса определяет:

- а. возбудитель инфекции(вид, доза, вирулентность)
- б. состояние первичного очага инфекции(локализация, характер местных изменений)
- в. неспецифическая реактивность организма
- г. специфическая реактивность организма
- д. все перечисленное

44. Понятие хирургический сепсис у детей определяет:

- а. общее тяжелое инфекционное заболевание
- б. наличие местного очага инфекции
- в. изменение реактивности организма
- г. необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии
- д. все перечисленное

45. Причиной увеличения числа больных с хирургическим сепсисом является:

- а. изменения сопротивляемости микроорганизма
 - б. резистентность микрофлоры к антибактериальным препаратам
 - в. увеличение хирургической активности
 - г. распространенность внутригоспитальной инфекции
 - д. все перечисленное
46. У ребенка фурункул в области нижней губы. Ему не следует предпринимать:
- а. госпитализацию
 - б. антибиотикотерапию
 - в. физиотерапию
 - г. мазевые повязки
 - д. радикальное оперативное вмешательство
47. Необходимыми условиями для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:
- а. полное очищение раны от некротических тканей
 - б. отсутствие выраженных воспалительных изменений краев раны
 - в. возможность сопоставления раны без натяжения
 - г. активное дренирование после ушивания раны
 - д. весь комплекс перечисленных условий
48. Основным достоинством вторичных швов при гнойной ране является:
- а. сокращение сроков заживления раны
 - б. снижение опасности госпитального инфицирования раны
 - в. уменьшение потерь с раневым отделением
 - г. улучшение косметических результатов
 - д. все перечисленное
49. Наиболее эффективным методом дренирования гнойной раны является:
- а. одинарная трубка для пассивного оттока
 - б. резиновый выпускник
 - в. марлевый тампон
 - г. активное дренирование
 - д. индивидуальный подход
50. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:
- а. механическое очищение очага
 - б. антибактериальное действие
 - в. предупреждение распространения воспалительного процесса
 - г. предупреждение генерализации воспалительного процесса
 - д. все перечисленное
51. Дренирование гнойной раны показано в фазе:
- а. воспаления
 - б. очищения
 - в. регенерации
 - г. во всех перечисленных фазах
 - д. индивидуально
52. Наиболее целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны у ребенка является:
- а. общая анестезия
 - б. местная инфильтрационная анестезия
 - в. местная проводниковая анестезия
 - г. местная хлорэтил
 - д. выбор по индивидуальным показаниям
53. Основным источником госпитальной инфекции является:
- а. больной
 - б. персонал
 - в. носитель инфекции
 - г. растворы, кремы, мази
 - д. все перечисленное
54. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции является:
- а. лампасные разрезы
 - б. иссечение пораженных тканей
 - в. нейтрализация действия циркулирующих токсинов
 - г. коррекция нарушений гомеостаза
 - д. все перечисленное

55. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:
- стафилококк
 - стрептококк
 - кишечная палочка
 - протей
 - все перечисленное одинаково часто
56. Особенности течения гнойной инфекции у детей определяет:
- богатство лимфоидной ткани
 - генерализованный характер реакции
 - повышенная проницаемость естественных барьеров
 - относительная незрелость органов и тканей
 - все перечисленное
57. Для операции по поводу костного панариция у ребенка 5 лет наиболее целесообразно использовать:
- проводниковую анестезию
 - инфильтрационную анестезию
 - масочный наркоз
 - интубационный наркоз
 - местно хлорэтил
58. При выборе антибиотика в случае гнойного воспаления следует учитывать:
- характер микрофлоры
 - чувствительность микрофлоры
 - токсичность антибиотика
 - совместимость с другими лекарственными препаратами
 - все перечисленное
59. У больного с подозрением на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия включают:
- измерение внутрикостного давления
 - дополнительную остеоперфорацию
 - ушивание раны
 - промывание костномозгового канала
 - дренирование раны
60. У больного с подозрением на острый остеомиелит при диагностической остеоперфорации получена кровь. Дальнейшие действия включают:
- дополнительную остеоперфорацию
 - измерение внутрикостного давления
 - промывание костномозгового канала
 - дренирование раны
 - зашивание раны
61. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивную терапию больной погиб через двое суток. Указанный вариант течения заболевания можно отнести:
- к обрывному
 - к затяжному
 - к молниеносному
 - к гипертоксическому
 - к септикопиемическому
62. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки из стационара. Местно свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограммах конструкция кости с формированием секвестра. Указанный вариант течения заболевания следует расценить:
- как обрывной
 - как затяжной
 - как хронический
 - как местный
 - как септикопиемический
63. Ребенку в течение 10 месяцев проводилось лечение по поводу острого гематогенного остеомиелита. После последней госпитализации в течение двух лет обострения процесса не было. Местно изменений нет. Рентгенологически - невыраженные явления остеоосклероза. Указанный вариант течения заболевания следует расценить:
- как обрывной
 - как затяжной
 - как хронический

- г. как молниеносный
- д. как местный

64. При остром гематогенном остеомиелите продолжительность острого периода заболевания составляет:

- а. до 1 мес
- б. до 2-3 мес
- в. до 4-8 мес
- г. до 8-10 мес
- д. до 1 года

65. Ребенок 7 лет поступил в стационар с острым гематогенным остеомиелитом нижней трети бедра на третьи сутки от начала заболевания. Состояние тяжелое. Выражена интоксикация. Пневмония. Ребенку необходима:

- а. срочная остеоперфорация
- б. остеоперфорация после предоперационной подготовки
- в. инфузионная и антибактериальная терапия, остеоперфорация в плановом порядке
- г. разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
- д. внутрикостное введение антибиотиков

66. У ребенка 4 лет клиника острого гематогенного остеомиелита нижней трети бедра. Второй день болезни. При пункции мягких тканей гноя не получено. Операция включает:

- а. разрез мягких тканей
- б. кожный разрез, остеоперфорацию
- в. разрез мягких тканей, остеоперфорацию
- г. антибиотики внутривенно
- д. антибиотики внутримышечно

67. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде заболевания при сформированной секвестральной коробке показаны:

- а. оперативное вмешательство по Ворончихину
- б. секвестрэктомия
- в. наблюдение
- г. курс физиотерапии
- д. внутрикостное введение антибиотиков

68. Увеличение больных с хирургическим сепсисом не связано с:

- а. изменением сопротивляемости макроорганизма
- б. развитием антибиотикорезистентности микрофлоры
- в. расширением инвазивных методов диагностики и лечения
- г. распространенностью внутригоспитальной инфекции
- д. внедрением в практику новых антибактериальных препаратов

69. Об окончательном исходе течения остеомиелитического процесса можно судить по истечении:

- а. 6 месяцев
- б. 6-8 месяцев
- в. 1 года
- г. 1,5-2 лет
- д. 3-х лет

70. Патогенетическая терапия при анаэробной инфекции:

- а. лампасные разрезы иссечение пораженных тканей
- б. нейтрализация действия циркулирующих токсинов
- в. коррекция нарушений гомеостаза
- г. подбор антибиотиков
- д. все перечисленное

71. На голени воспаление ярко красного цвета с резко очерченными границами. Кожа отечна, болезненность по периферии, тенденция к распространению процесса. Диагноз:

- а. фурункул
- б. карбункул
- в. флегмона
- г. рожистое воспаление
- д. фасцит

72. У ребенка первично-хронический остеомиелит б/берцовой кости. Периодически обострение в виде болей, температуры. Необходима:

- а. срочная операция
- б. плановая операция
- в. диагностическая пункция

г. наблюдение

д. УЗИ

73. У ребенка в области шеи воспалительный инфильтрат с гнойным некрозом на верхушке. Состояние средней тяжести.

Картина характерна для:

а. фурункула

б. карбункула

в. флегмоны

г. фурункулеза

д. лимфоаденит

74. Самое частое осложнение после операции по поводу свищей шеи:

а. кровотечение

б. расхождение швов

в. нарушение акта глотания

г. рецидив свища

д. аденофлегмона

75. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана при:

а. установлении диагноза

б. в подостром периоде

в. наличии секвестральной коробки

г. в период обострения

д. через год при наличии секвестральной коробки

76. У больного, оперированного по поводу гангренозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезнен. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Дальнейшее обследование следует начинать:

а. с пальпации живота под наркозом

б. с лапароскопии

в. с рентгеноскопии грудной клетки

г. с обзорной рентгенографии брюшной полости

д. с ректального пальцевого исследования

77. Применение вторичных швов при гнойной ране не обеспечит:

а. сокращение сроков заживления

б. снижение опасности госпитального инфицирования

в. уменьшение потерь с раневым отделяемым

г. улучшение косметических результатов

д. ускорение сроков смены фаз воспаления

78. Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:

а. улучшение самочувствия больного

б. отсутствие температуры

в. нормализация лабораторных показателей

г. купирование перифокального воспаления

д. начало репаративной фазы

79. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

а. фурункулез

б. псевдофурункулез

в. абсцесс подкожной клетчатки

г. флегмона

д. рожистое воспаление

80. При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:

а. характер и чувствительность микрофлоры

б. локализацию гнойного очага

в. объем гнойного отделяемого

г. характер гнойного отделяемого

д. распространенность воспалительного процесса

81. У больного, оперированного по поводу продолженного отграниченного перитонита, при бактериологическом исследовании из брюшной полости высеяна неидентифицированная грамм-отрицательная флора. Целесообразно назначить:

а. гентамицин

б. канамицин

в. левомицетин

- г. амикацин
- д. цефазолин

82. В мальчика 6 лет появилась опухоль по внутренней стороне грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева. Боли нет. Кожа над опухолью без изменений. Есть подозрение на боковую кисту шеи. Какие дополнительные обследования надо использовать в этом случае?

- а. Рентгенография
- б. КТ
- в. УЗИ
- г. МРТ
- д. Ангиография

83. Оптимальным сроком оперативного лечения срединного свища и кисты шеи является в возрасте:

- а. 1 год
- б. 1-2 года
- в. 2-3 года
- г. 3-4 года
- д. 5-6 лет

84. В каком лечении нуждается ребенок с клиническими проявлениями хронического остеомиелита в стадии обострения с наличием свища и отхождения гноя с костными фрагментами?

- а. влияние на макроорганизм
- б. влияние на микроорганизм
- в. влияние на очаг воспаления
- г. комбинированное лечение
- д. хирургическое лечение.

85. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти. Выраженный отек - особенно тыла кисти. Пальпация и движения резко болезненны. Гипертермия. Наиболее вероятный диагноз:

- а. флегмона кисти
- б. подкожный панариций
- в. костный панариций
- г. сухожильный панариций
- д. кожный панариций

86. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация тканей. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина позволяет поставить диагноз:

- а. кожного панариция
- б. подкожного панариция
- в. подногтевого панариция
- г. костного панариция
- д. сухожильного панариция

87. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3 дней. Местно: отек тканей, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует:

- а. паронихию
- б. кожному панарицию
- в. подкожному панарицию
- г. подногтевому панарицию
- д. костному панарицию

88. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Температура тела повышена. Наиболее вероятный диагноз:

- а. паронихий
- б. кожный панариций
- в. подногтевой панариций
- г. подкожный панариций
- д. флегмона

89. У ребенка в области концевой фаланги указательного пальца имеется небольшой гнойник отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует:

- а. паронихию
- б. кожному панарицию
- в. подкожному панарицию
- г. подногтевому панарицию
- д. флегмона

90. У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю у ногтя определяется гной под кожей. Диагноз:
- а. паронихий
 - б. кожный панариций
 - в. флегмона
 - г. абсцесс
 - д. подкожный панариций
91. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Указанная клиническая картина характерна:
- а. для фурункулеза
 - б. для карбункула
 - в. для флегмоны
 - г. для абсцесса
 - д. для рожистого воспаления
92. О развитии шока у септического больного свидетельствует:
- а. внезапное ухудшение состояния больного
 - б. резкое уменьшение диуреза
 - в. резкое нарушение микроциркуляции
 - г. появление одышки, гипервентиляции, дыхательный алкалоз, гипоксемия
 - д. все перечисленное
93. Патогенез хирургического сепсиса определяет:
- а. возбудитель инфекции(вид, доза, вирулентность)
 - б. состояние первичного очага инфекции(локализация, характер местных изменений)
 - в. неспецифическая реактивность организма
 - г. специфическая реактивность организма
 - д. все перечисленное
94. Понятие хирургический сепсис у детей определяет
- а. общее тяжелое инфекционное заболевание
 - б. наличие местного очага инфекции
 - в. изменение реактивности организма
 - г. необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии
 - д. все перечисленное
95. При дермоидной кисте крестцово-копчиковой области у ребенка целесообразны:
- а. радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты
 - б. дренирование кисты
 - в. антибактериальная терапия
 - г. рентгенотерапия
 - д. наблюдение
96. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:
- а. от 6 мес. до 1 года
 - б. 1-2 года
 - в. 3-5 лет
 - г. 5-10 лет
 - д. старше 10 лет
97. Для предупреждения рецидива при операциях по поводу кисты шеи обязательным элементом является:
- а. выделение свища до поверхностной фасции
 - б. ушивание свищевого отверстия после санации
 - в. перевязка наружной яремной вены
 - г. обработка свищевого хода склерозирующими препаратами
 - д. резекция подъязычной кости
98. Наиболее частым осложнением после операции по поводу свищей шеи является:
- а. кровотечение
 - б. расхождение швов
 - в. нарушение акта глотания
 - г. рецидив свища
 - д. гиперсаливация
99. В послеоперационном периоде по поводу рецидивного свища шеи необходимы:
- а. фиксация головы
 - б. ежедневные перевязки
 - в. спиртовая повязка

г. зондовое питание
д. ранняя физиотерапия

100. Образование боковых кист и свищей связано:

- а. с хромосомными aberrациями
- б. с нарушением обратного развития щетовидно-язычного протока
- в. с нарушением обратного развития зубно-глочочного протока
- г. незаращением жаберных дуг
- д. эктопией эпителия дна полости рта

101. Для боковых кист характерны:

- а. болезненность при пальпации
- б. истончение при пальпации
- в. расположение над яремной веной
- г. расположение по внутреннему краю кивательной мышцы
- д. плотная консистенция

102. При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является:

- а. рентгенография
- б. ультразвуковое исследование
- в. фистулография
- г. венография
- д. компьютерная томография

103. Дифференциальную диагностику боковых кист шеи необходимо проводить со всеми следующими заболеваниями, кроме:

- а. лимфангиомы и липомы
- б. периростита нижней челюсти
- в. лимфаденита
- г. флебэктазии яремной вены
- д. эктопии щитовидной железы и дермоидной кисты

104. С целью предоперационной подготовки при боковых кистах шеи необходимо провести все следующие обследования, кроме:

- а. общего анализа крови
- б. общего анализа мочи
- в. группы крови, резус-фактора
- г. фистулографии
- д. ангиографии

105. Оптимальным сроком оперативного лечения врожденных боковых свищей шеи является возраст:

- а. до 1 года
- б. до 3 лет
- в. 3-5 лет
- г. 5-7 лет
- д. старше 10 лет

106. Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является:

- а. резекция подъязычной кости
- б. перевязка сосудисто-нервного пучка
- в. ушивание жаберной щели
- г. выделение свища до боковой стенки глотки
- д. иссечение свища и ушивания отверстия на коже

107. Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу боковых свищей шеи являются:

- а. лимфоррея
- б. повреждение кивательной мышцы
- в. кровотечение и повреждение сосудисто-нервного пучка
- г. повреждение протоков слюнных желез
- д. рубцовая стриктура

108. В послеоперационном периоде после операции по поводу боковых свищей шеи необходимы:

- а. инфузионная терапия
- б. фиксация головы
- в. исключение питания через рот
- г. постельный режим
- д. физиотерапия

109. Рецидив после операции по поводу боковых свищей шеи обусловлен:

- а. нагноением послеоперационной раны
- б. расхождение швов
- в. недостаточным гемостазом
- г. неполным удалением боковых ответвлений свища
- д. отказом от резекции подъязычной кости

110. Паховая грыжа формируется:

- а. на 2-3 неделе эмбрионального развития
- б. на 7-8 неделе эмбрионального развития
- в. на 5-6 месяце эмбрионального развития
- г. на 7-8 месяце эмбрионального развития
- д. может формироваться на любом этапе

111. Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является:

- а. слабость апоневроза наружной косой мышцы живота
- б. чрезмерные физические нагрузки
- в. повышение внутрибрюшного давления
- г. слабость поперечной фасции
- д. нарушение развития мезенхимальной ткани

122. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:

- а. тошнота и рвота
- б. подъем температуры
- в. эластическое выпячивание в паховой области
- г. боли в животе
- д. плохой аппетит

113. Дифференциальную диагностику пахово-мошоночной грыжи чаще всего приходится проводить:

- а. с орхитом
- б. с водянкой оболочек яичка
- в. с варикоцеле
- г. с перекрутом гедатиды
- д. с орхоэпидидимитом

114. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:

- а. частое ущемление
- б. возраст после двух лет
- в. установление диагноза
- г. возраст после 5 лет
- д. диаметр выпячивания свыше 3 см

115. Оптимальным сроком оперативного лечения паховой грыжи является возраст:

- а. сразу после установления диагноза
- б. до 6 мес
- в. 1-3 года
- г. старше 6 лет
- д. старше 10 лет

116. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:

- а. у девочек
- б. у мальчиков
- в. у больных старше 2-х лет
- г. при часто ущемляющейся независимо от возраста
- д. у больных старше 5 лет

117. В послеоперационный период после грыжесечения, необходимы:

- а. физиотерапия
- б. массаж
- в. щадящий режим 2 недели
- г. ограничение физической нагрузки на 1 год
- д. постельный режим на 1 неделю

118. Осложнения после грыжесечения обусловлены:

- а. техническими погрешностями
- б. возрастом ребенка
- в. степенью диспластических изменений
- г. сопутствующими пороками

д. операцией по экстренным показаниям

119. Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости:

- а. от возраста ребенка
- б. от сопутствующих пороков
- в. от опыта хирурга
- г. от операции в плановом или экстренном порядке
- д. от пола ребенка

120. Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного 1,5 лет обусловлена:

- а. повышением внутрибрюшным давлением
- б. диспропорцией кровеносной и лимфатической системы
- в. травмой пахово-мошоночной области
- г. незаращением вагинального отростка
- д. инфекцией мочевыводящих путей

121. Выделяют все следующие варианты водянки оболочек яичка, кроме:

- а. сообщающиеся
- б. несообщающиеся
- в. посттравматической
- г. физиологической
- д. островозникшей

122. Для островозникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:

- а. появление припухлости в одной половине мошонки
- б. ухудшение общего состояния
- в. подъем температуры
- г. резкая болезненность
- д. гиперемия мошонки

123. Дифференциальная диагностика водянки оболочек яичка производится со всеми следующими заболеваниями, кроме:

- а. паховой грыжи
- б. крипторхизма
- в. перекрута и некроза яичка
- г. пахового лимфаденита
- д. варикоцеле

124. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного 1,5 лет предусматривает:

- а. оперативное лечение в плановом порядке
- б. наблюдение до 3-4 лет
- в. наблюдение до 1,5-2 лет и решение вопроса о плановой операции
- г. пункцию
- д. экстренную операцию

125. Показанием к операции Венкельмана является:

- а. водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые
- б. мутная водяночная жидкость
- в. изменение оболочки яичка
- г. облитерированный вагинальный отросток
- д. все перечисленное

126. В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимы:

- а. физиотерапия
- б. массаж
- в. обычный образ жизни
- г. ограничение физической нагрузки на 1 год
- д. постельный режим

127. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:

- а. возрастом ребенка
- б. сопутствующими пороками
- в. запоздалой операцией
- г. техническими погрешностями
- д. патологией верхних мочевыводящих путей

128. Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:

- а. видом оперативного вмешательства
- б. предшествующей гормональной терапией

в. попыткой лечения пункционным способом

г. сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы

129. Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается:

а. к 28-32 неделям внутриутробной жизни

б. к рождению

в. к 1-му году

г. к 2-3 годам

д. сразу после рождения

130. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:

а. гормональный дисбаланс

б. диспропорция кровеносных и лимфатических сосудов

в. незаращения влагалищного отростка брюшины

г. специфический процесс

д. патология мочевыделительной системы

131. Наиболее характерный признак кисты элементов семенного канатика:

а. отечность в паховой области

б. гиперемия в паховой области

в. эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко

г. резкая болезненность

д. расширение наружного пахового канальца

132. Дифференциальная диагностика кисты элементов семенного канатика включает все перечисленное, кроме:

а. пахового лимфаденита

б. водянки оболочек яичка

в. крипторхизма

г. ущемленной паховой грыжи

д. перекрута гидатиды

133. Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает:

а. пункцию элементов семенного канатика

б. рассечение оболочек

в. операцию Росса

г. операцию Винкельмана

д. выворачивание и прошивание оболочек яичка

134. В послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика показаны:

а. физиотерапия

б. лечебная физкультура

в. массаж

г. ограничение физической нагрузки

д. обычный образ жизни

135. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика связаны:

а. с возрастом ребенка

б. с сопутствующими пороками

в. с техническими погрешностями

г. с запоздалой операцией

136. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:

а. порок развития сосудов пуповины

б. незаращение апоневроза пупочного кольца

в. воспаление пупочных сосудов

г. портальная гипертензия

д. родовая травма

137. Из перечисленных симптомов наиболее характерным для пупочной грыжи является:

а. овальная форма грыжевого выпячивания

б. в покое легко вправляется

в. частое ущемление

г. гиперемия кожи

д. выпячивание чаще появляется при беспокойстве

138. У ребенка 1 года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:

а. экстренное оперативное вмешательство

- б. операцию в плановом порядке по достижении 2 лет
- в. наблюдение в динамике
- г. массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоров
- д. массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем

139. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует:

- а. по установлении диагноза
- б. до 1 года
- в. до 2 лет
- г. после 3 лет
- д. 4-5 лет

140. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу пупочной грыжи необходимы:

- а. постельный режим
- б. протертый стол
- в. обычный образ жизни
- г. физиотерапия
- д. ношение бандажа

141. После операции по поводу пупочной грыжи наиболее часто имеет место:

- а. расхождение швов
- б. нагноение послеоперационной раны
- в. рецидив
- г. запоры
- д. гладкое течение без осложнений

142. Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является:

- а. повышение внутрибрюшного давления
- б. слабость мышц передней брюшной стенки
- в. дисплазия соединительной ткани
- г. родовая травма
- д. воспалительные заболевания передней брюшной стенки

143. Для грыжи белой линии наиболее характерным является:

- а. наличие апоневротического дефекта по средней линии
- б. приступообразные боли в животе
- в. тошнота и рвота
- г. диспепсические явления
- д. гиперемия и припухлость

144. Показанием к срочной операции при грыже белой линии является:

- а. установление диагноза
- б. болевой симптом
- в. косметический дефект
- г. сопутствующие диспепсические явления
- д. отставание в физическом развитии

145. Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться:

- а. до 1 года
- б. 1-3 года
- в. после 3 лет
- г. старше 5 лет
- д. после 10 лет

146. Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется:

- а. ушивание апоневроза узловыми швами
- б. аутодермопластика кожными лоскутами
- в. подшивание синтетических материалов
- г. операция Лойа
- д. пластика с широкой фасцией бедра

147. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу грыжи белой линии живота возможны следующие осложнения:

- а. рецидив грыжи
- б. кровотечение
- в. расхождение швов
- г. нагноение послеоперационной раны
- д. деформация брюшной стенки

148. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу грыжи белой линии живота необходимы:

- а. физиотерапия
- б. лечебная физкультура
- в. домашний режим
- г. ношение бандажа
- д. постельный режим

149. Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является:

- а. боли в паховой области
- б. тошнота и рвота
- в. хронические запоры
- г. эластическое выпячивание ниже пупартовой связки
- д. необоснованный подъем температуры

150. Показанием к операции при бедренной грыже у детей является:

- а. возраст ребенка
- б. частое ущемление
- в. установление диагноза
- г. возраст после 2 лет
- д. возраст после 5 лет

151. Оптимальным доступом для операции по поводу бедренных грыж у детей является:

- а. поперечный разрез выше пупартовой связки
- б. косой разрез
- в. косо-поперечный разрез ниже пупартовой связки
- г. вертикальный разрез

152. Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является:

- а. повреждение элементов семенного канатика
- б. повреждение бедренной вены
- в. повреждение паховой связки
- г. повреждение нервного пучка
- д. повреждение бедренной артерии

153. Наиболее вероятная причина развития пупочной грыжи:

- а. порок развития сосудов пуповины
- б. незаращение апоневроза пупочного кольца
- в. воспаление пупочных сосудов
- г. портальная гипертензия
- д. запоры

154. Из перечисленных симптомов наименее характерен для пупочной грыжи:

- а. овальная форма грыжевого выпячивания
- б. в покое легко вправляется
- в. частое ущемление
- г. воспаление пупочных сосудов
- д. урчание кишечника

155. У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:

- а. экстренное оперативное вмешательство
- б. операцию в плановом порядке по достижению 2-х лет
- в. наблюдение в динамике
- г. массаж
- д. укрепление мышц брюшной стенки

5.4. Перечень видов оценочных средств

Фронтальный опрос

Тесты

Ситуационная задача

Доклад с презентацией

Курация, обследование и лечение больного

Написание статьи

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Исаков Ю.Ф.	Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009
Л1.2	Исаков Ю.Ф.	Хирургические болезни детского возраста : Учебное пособие	Москва. Электронный вариант 2009 г.
Л1.3	Ю.Ф.Исаков., А.Ф.Дронов.	Детская хирургия [Текст]. Национальное руководство.: Учебник.	М.:ГЭОТАР-Медиа. 2014 г.
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Байров Г.А.	Неотложная хирургия детей: руководство для врачей	Ленинград: Медицина 1983
Л2.2	Стручков В.И., Пугачёв А.Г.	Детская торакальная хирургия	1978
Л2.3	Ашкрафт К.Ч., Холдер Т.М.	Детская хирургия. Том 3: руководство	С.Пб.; Хардфорд 1999
Л2.4	Ашкрафт К.Ч., Холдер Т.М.	Детская хирургия. Том 2: руководство для врачей	С.Пб.; Хардфорд 1997
Л2.5	Ашкрафт К.Ч., Холдер Т.М.	Детская хирургия. Том 1: руководство для врачей	С.Пб.; Хардфорд 1996
Л2.6	Разин М.П., Минаев С.В., Скобелев В.А., Стрелков Н.С.	Неотложная хирургия детского возраста.: Учебное пособие	М.:ГЭОТАР-Медиа 2015 г.
Л2.7	В.И. Ковалёв, Д.В. Ковалёв. В.Г. Поляков.	Частная детская онкология: Учебное пособие	М.; ГЭОТАР-Медиа, 2011 г.
Л2.8	П.В. Глыбочко., В.Г. Полякова., Д.А. Морозова.	Основы детской хирургии: Учебное пособие	изд. Практическая медицина. 2009 г.
Л2.9	П.Пури., М.Гольварт.	Атлас детской оперативной хирургии: Учебное пособие в электронном варианте.	М,-«МЕДпресс-информ 2009 г.
Л2.10	П.К.Ябловский.	Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия.: Учебное пособие (электронный ресурс).	ГЭОТАР-Медиа 2014 г.
Л2.11	А. В. Гераськина, А.Н. Смирнова	Хирургия живота и промежности у детей.: атлас	М. : ГЭОТАР-Медиа 2012
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Мыкыев К.М., Шакирова У.Ш., Кочкунов Д.С.	Остеомиелит у детей: методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
Л3.2	Подкаменев В.В.	Неотложная абдоминальная хирургия детского возраста: учебное пособие	М.: -ГЭОТАР-Медиа 2018
Л3.3	Мыкыев К.М., Шакирова У.Ш.	Инвагинация кишечника: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015 г.
Л3.4	Мыкыев К.М.	Острый аппендицит у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015 г.
Л3.5	Мыкыев К.М., Кочкунов Д.С.	Острые бактериальные деструкции легких (ОБДЛ) у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультета	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015 г.
Л3.6	Мыкыев К.М.	Пороки развития грудной клетки у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультета	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015 г.
Л3.7	Мыкыев К.М., Ибраимов Ш.А.	Тератомы крестцово-копчиковой области у детей: Методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016 г.
Л3.8	Мыкыев К.М., Шакирова У.Ш., Кочкунов Д.С.	Остеомиелит у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016 г.

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.9	С.С. Дыдыкина, Д.А. Морозова.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста: учебное пособие	М.: ГЕОТАР-Медиа 2018
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии:		
6.3.1.2	Для организации изучения дисциплины используются		
6.3.1.3	- репродуктивные образовательные технологии, к которым относятся пояснительно иллюстративные лекции,		
6.3.1.4	- объяснительно-разъяснительные практические занятия. Решение ситуационных задач и разбор историй болезней		
6.3.1.5	по нозологиям.		
6.3.1.6	- Инновационные образовательные технологии: интерактивная форма образовательной технологии - даются темы		
6.3.1.7	для изучения, контроль которых производится в виде презентаций-докладов с использованием мультимедиа.		
6.3.1.8	- доклады на врачебных конференциях, обходы профессора и преподавателей кафедры в клинических отделениях, демонстрация и разбор		
6.3.1.9	больных		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	1.Children`s Hospital of Birmingham (Chest X-ray Page) – http://www.opendoor.com/ChestxRay/Gurney.html .		
6.3.2.2	2.Harvard University – http://count51.med.harvard.edu/ .		
6.3.2.3	3.Columbia University – http://cpmnet.columbia.edu/ .		
6.3.2.4	4.University of California, San Francisco – http://www.ucsf.edu/ .		
6.3.2.5	5.University of Cambridge – http://fester.his.path.cam.ac.uk/rad/radiol.html .		
6.3.2.6	6.University of Chicago – http://www-radiology.uchicago.edu/ .		
6.3.2.7	7.University of Florida – http://www.med.ufl.edu/ .		
6.3.2.8	8.University of Graz – http://www.kfunigraz.ac.at/ .		
6.3.2.9	9.University of Illinois – http://bmrl.med.uiuc.edu:8080/ .		
6.3.2.10	10.University of Iowa (The Virtual Hospital, Multimedia Textbooks) – http://vh.radiology.uiowa.edu/ .		
6.3.2.11	11.University of Kentucky (College of Medicine) – http://www.comed.uky.edu/Medicine/welcome.html .		
6.3.2.12	12.University of Maryland Medicine (DICOM Teaching Library) – http://anchorage.ab.umd.edu/ .		
6.3.2.13	13.University of Massachusetts - http://wachusett.ummed.edu/ .		
6.3.2.14	14. www.consilium-medicum.com		
6.3.2.15	15. www.bibliomed.ru		
6.3.2.16	16. www.evbmed.fbm.msu.ru (Московский центр доказательной медицины)		
6.3.2.17	17. www.laparoscopy.ru		
6.3.2.18	18. www.mediashera.ru (ЕСДМ и доказательная медицина)(дата обращения: 8.05.2019).		
6.3.2.19	19. www.medlincks.ru		
6.3.2.20	20. www.med-pravo.ru		
6.3.2.21	21. www.minzdrav-rf.ru		

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе:
7.2	Городской клинической детской больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП).
7.3	Располагает 9 специализированными хирургическими профильными отделениями :

7.4	неотложной хирургии, неотложной гнойной хирургии, урология с нефрологией, травматология, нейротравматология, проктология, торакальное отделение, хирургия новорожденных, хирургия дневного и краткосрочного пребывания, хирургический приемное, травматологический пункт, а также отделения общей реанимации, анестезиологии и токсикологии, отделения реанимации для новорожденных.
7.5	Имеется 3 стандартно оборудованных аудиторий, лекционный зал с 120 посадочными местами, общей площадью 200 кв.м. (блок парты, кушетки, учебные доски).
7.6	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор).
7.7	У студентов имеется доступ к информационным стендам (2 шт.), плакатам, электронной библиотеке (30 учебников), учебным
7.8	фильмам (20 шт.), на базе клиники кабинеты (ЭКГ, УЗИ).травматологический пункт

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

От аспирантов требуется посещение занятий, выполнение заданий научного руководителя дисциплины, знакомство с рекомендованной литературой и др. При аттестации аспиранта оценивается качество работы на занятиях, уровень подготовки к самостоятельной деятельности в избранной области, качество выполнения заданий научного руководителя дисциплины, способность к самостоятельному изучению учебного материала.

На практических занятиях и лекциях в аудиториях проводится разбор соответствующих тем, клинических ситуаций с использованием мультимедийной техники (компьютер, проектор).

Самостоятельная работа во внеаудиторные часы может проходить как в аудиториях кафедры и компьютерном классе, где аспиранты могут изучать материал по презентациям, компьютерным тестам.

Учебные пособия в электронном виде по ряду изучаемых тем размещены на компьютере кафедры, а также на локальном ресурсе электронно-библиотечной системы КРСУ.

Внеаудиторная самостоятельная работа включает в себя изучение материала по учебникам, учебным пособиям, подготовка реферативного сообщения по избранной теме, подготовка к контрольной работе, курация и прием пациентов, проведение диагностических процедур.

Для контроля текущей успеваемости аспирантов и промежуточной аттестации используется рейтинговая система оценки знаний.

Система текущего контроля включает:

- контроль посещения и работы на семинарских/практических занятиях;
- контроль выполнения аспирантами заданий для самостоятельной работы;
- контроль знаний, умений, навыков усвоенных в данном курсе в форме тестирования, решения ситуационных задач, подготовки отчетов по итогам изучения разделов.

Работа на семинарских занятиях оценивается научным руководителем (по пятибалльной шкале) по итогам подготовки и выполнения аспирантами практических заданий. Пропуск семинарских занятий предполагает отработку по пропущенным темам. Форма отработки определяется научным руководителем, ведущим семинар (написание реферата по теме пропущенного практического занятия, письменный отчет о выполнении практического задания, конспект статьи, проведение промежуточного тестирования знаний или пр.)

Форма контроля - экзамен.