

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«09» ~~сентября~~ 20 11 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

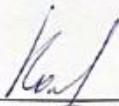
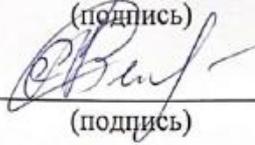
СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Пластическая хирургия»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.60 «Пластическая хирургия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Кораблева Н.П. (расшифровка)
Профессор кафедры, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Божок А.А. (расшифровка)
Ассистент кафедры, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Романенков Н.С. (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
Пластической и реконструктивной хирургии ФП и ДПО

название кафедры
« 9 » июля 2021 г., протокол заседания № 9

Заведующая кафедрой	Пластической и реконструктивной хирургии ФП и ДПО название кафедры	
Д.м.н., профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Кораблева Н.П. (расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.60 «Пластическая хирургия»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б1.Б.1.1 Общие вопросы в пластической хирургии	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б1.Б.1.2 Устранение врожденных пороков развития	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б1.Б.1.3 ПХ головы и шеи, туловища, конечностей	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б1.Б.1.4 Эндоскопия в пластической хирургии	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ Б1.Б.1 «Пластическая хирургия»

Индекс компетенции и её содержание, этапы формирования	в результате изучения дисциплины ординатор должен		
	Знать	Уметь	Владеть

<p>УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</p>	<p>особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных</p>	<p>обнаруживать причинно-следственные связи</p>	<p>методиками проведения психологических замеров и тестирований</p>
<p>ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы</p>	<p>составить план профилактических мероприятий</p>	<p>навыками работы с группами риска</p>
<p>ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>основные вопросы пластической хирургии, применительно к методам диагностики и лечения</p>	<p>выявить специфические анамнестические особенности; определять характер и выраженность отдельных признаков; оформлять учетно-отчетную документацию</p>	<p>способностью сопоставлять выявленные при исследовании признаки с данными клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования</p>
<p>ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со</p>	<p>основы обследования с учетом современных представлений о патологии в области реконструктивной и эстетической хирургии; основы международной классификации болезней.</p>	<p>расчитывать основных параметров и их производные в оптимальном режиме исследования</p>	<p>навыками обследования больного с патологией в области пластической хирургии</p>

здоровьем			
<p>ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании реконструктивной и эстетической хирургической медицинской помощи</p>	<p>вопросы медицинской этики и деонтологии; функциональное и социальное значение внешнего вида для человека; социально-психологические вопросы управленческого труда в здравоохранении;</p> <p>происхождение клинических симптомов и синдромов с целью диагностики и прогноза различных заболеваний.</p> <p>- оформление медицинской документации;</p> <p>- проведение санитарно-просветительской работы среди населения;</p> <p>- использование персональным компьютером, анализ результатов, проведенных операций с учетом статистических методов обработки информации.</p>	<p>- провести полное обследование больных с дефектами и деформациями лица и тела и дать оценку их состояния;</p> <p>- провести дифференциальную диагностику заболеваний;</p> <p>- организовать необходимую и адекватную помощь в области пластической хирургии;</p> <p>- оценить состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи.</p> <p>- выполнить необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции</p> <p>- построение лечебного алгоритма в пластической хирургии</p>	<p>навыками для выполнения оперативных вмешательств в пластической хирургии; методиками проведения диагностических и лечебных вмешательств у пациентов с врожденными и приобретенными дефектами внешнего вида;</p>
<p>ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии человека, иммунобиологии и реактивности организма</p>	<p>учесть деонтологические проблемы при принятии решения; квалифицированно оформлять медицинское заключение</p>	<p>основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации</p>
<p>ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения</p>	<p>организовать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов</p>	<p>опыт руководящей работы; опыт распределения по времени и месту обязанности персонала и контроля за выполнение этих обязанностей</p>

		и трудовой деятельности медицинского персонала	
ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	методикой оценки типовых медико-статистических показателей

**Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Пластическая хирургия»
1, 2, 3-ий семестр**

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	1-40	1-30	1-30	1-10
2.	ПК-1				
3.	ПК-2				
4.	ПК-5	27-29,39,	5,16,17-18,21-27	2-4,8,12	1-3,7,8
5.	ПК-6	1-40	5,9,15,17-30	1-30	1-10
6.	ПК-8				10
7.	ПК-10				
8.	ПК-11				

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	41-80	31-60	31-60	1-10
2.	ПК-1				

3.	ПК-2				
4.	ПК-5	41-43,66-67,75,77,79	35-36,43	37,38	1-3,7,8
5.	ПК-6	41-80	30-33,35-36,38-56	31-60	1-10
6.	ПК-8				10
7.	ПК-10				
8.	ПК-11				

3 семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	81-137	61-99	62-89	1-10
2.	ПК-1				
3.	ПК-2				
4.	ПК-5		79		1-3,7,8
5.	ПК-6	81-137	61-62,66,68-74,78-81,86-99	61-89	1-10
6.	ПК-8	138	98,99	88,89	10
7.	ПК-10				
8.	ПК-11				

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины Б.1.Б.1 «Пластическая хирургия»

Вопросы для устного собеседования

1. Цели и задачи пластической хирургии
2. Специфика разрезов в пластической хирургии
3. Показания и планирование пластических операций
4. Правовые вопросы и профессиональных правонарушениях, уголовной ответственности за их совершение. Юридические вопросы в решении спорных проблем с пациентами
5. Виды рубцов. И способы их лечения
6. Отличие лоскута от трансплантата.
7. Теории старения. Теория свободных радикалов. Нейроэндокринная теория. Теория теломер. Воспалительная теория.
8. Анестезия в пластической хирургии. Местная анестезия. Общая анестезия. Особенности проведения при операциях на лице.

9. Паховый лоскут. Анатомические предпосылки. Применение. Техника выкраивания
10. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация.
11. Физиология приживления. Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.
12. Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии.
13. Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении.
14. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.
15. Коррекция хрящевого отдела носа. Варианты вмешательств. Ведение
16. Особенности клинических проявлений и лечения келоидных рубцов кожи.
17. Ограниченные ожоги (термические). Определение. Принципы ведения.
18. Ожоговый шок и ожоговая болезнь. Этиология. Патогенез. Принципы лечения.
19. Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов.
20. Реконструкция молочных желез. Виды операций, применяемых с целью реконструкции. Отбор пациентов.
21. Дефекты наружного носа. Методы коррекции деформаций концевой части носа.
22. Пороки развития тела. Пластические и реконструктивные операции на нижних конечностях
23. Врожденные расщелины лица, верхней губы, неба. Эстетическая хейлопластика. Y, V-пластика. Булхорн
24. Пороки развития ушной раковины – анотия, микротия. Дефекты, врожденные деформации и реконструкция ушных раковин
25. Дефекты и деформации нижней части лица и шеи. Пороки развития шеи. Подтяжка нижней трети лица. Платизмопластика
26. Пороки развития века. Птоз века. Посттравматические операции на веках. Вторичная эстетическая блефаропластика
27. Ранения (травма) лица. Классификация.
28. Перечислите способы абдоминопластики. Чем отличается дермолипэктомия от абдоминопластики.
29. Виды абдоминопластики. Показания. Диастаз прямых мышц живота
30. Риски и осложнения абдоминопластики
31. История появления и виды липосакции.
32. Верхняя блефаропластика – показания, противопоказания, осложнения
33. Отопластика – показания, противопоказания, основные варианты вмешательств.
34. Изменение каких структур уха приводит к лопухости.
35. Птоз молочных желез – классификация, варианты корректирующих вмешательств
36. Врожденные деформации уха. Эмбриология. Классификация. Хирургические техники. Сроки проведения оперативного лечения. Осложнения
37. Составьте необходимый набор хирургических инструментов для проведения риносептопластики.
38. Увеличивающая маммопластика – ранние и поздние осложнения, их лечение.
39. Блефаропластика. Основные виды. Показания. Предоперационная разметка. Ход операций. Послеоперационное ведение пациентов. Возможные осложнения, их профилактика.
40. Анатомия молочных желез. Строение.

41. Основные характеристики импланта, на которые следует опираться при подборе. Способ расчета LVC.
42. Увеличение груди. Выбор доступа в зависимости от результатов предоперационных измерений. Разметка перед операцией. Ход хирургического вмешательства. Потенциальные осложнения в раннем послеоперационном периоде, способы их профилактики.
43. Профилактика и лечение капсулярной контрактуры имплантов молочной железы.
44. Липофилинг груди. Система «BRAVA».
45. Мастопексия. Виды. Выбор варианта операции с учетом анатомических особенностей. Противопоказания. Потенциальные осложнения в раннем послеоперационном периоде, способы их предотвращения
46. Липосакция. Классификация. Показания к проведению. Современные методики выполнения. Противопоказания. Потенциальные осложнения и их профилактика.
47. Использование водоструйной липосакции, совмещение с липофилингом.
48. Какие виды канюль используются для липосакции.
49. Роль дренирования в профилактике ранних и отдалённых послеоперационных осложнений при операциях.
50. На основании чего осуществляется подборка имплантов молочных желез
51. Инновационные технологии в пластической хирургии. Эндовидеохирургия. Характеристика эндоскопической пластической хирургии. Показания и противопоказания
52. Инновационные технологии в пластической хирургии.
53. Эндовидеохирургия.
54. Характеристика эндоскопической пластической хирургии. Показания и противопоказания
55. Оборудование требуемое для проведения эндоскопических операций.
56. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация.
57. Физиология приживления Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.
58. Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии.
59. Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении.
60. Особенности клинических проявлений и лечения рубцов кожи.
61. Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов.
62. Основные принципы и виды современной цервикопластики. Отбор пациентов, профилактика осложнений.
63. Вертикальное деление лица на овалы. Границы. Объёмное старение лица. Варианты коррекции.
64. Торакодорзальный лоскут и лоскут на основе прямых мышц живота.
65. Анатомическое обоснование. Варианты применения. Техника формирования.
66. Классификация ожогов. Диагностика глубины поражения. Оценка площади поражения. Первая помощь при термических ожогах.
67. Прикладная анатомия верхнего века. Обоснование доступов при верхней блефаропластике.
68. Кантопексия. Показания и противопоказания. Техника различных видов кантопексии.

69. Понятие SMAS лоскута. Техника подъема SMAS, векторы перемещения и точки фиксации.
70. Манипуляции со SMAS при лифтинге боковых отделов лица и шеи: прикладная анатомия, основные виды вмешательств, отбор пациентов.
71. Лифтинги боковых отделов лица с «вертикальным вектором» подъема.
72. «Короткорубцовые» лифтинги: показания, противопоказания, основные принципы проведения
73. Верхняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания.
74. Современная концепция хирургического омоложения верхних век. Осложнения, их профилактика.
75. Прикладная анатомия нижнего века. Ламеллы. Связки.
76. Вектор орбиты. Разделение круговой мышцы глаза. Жировые пакеты нижнего века.
77. Анатомическое объяснение доступов при нижней блефаропластике.
78. Нижняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика.
79. Возрастные изменения лица и шеи: характеристика, оценка, общие принципы коррекции.
80. Фронтотемпорорбитомалярный лифтинг (ФТМОЛ): современная концепция, принципы отбора пациентов, профилактика осложнений.
81. Оценка возрастных изменений тканей периорбитальной области. Принципы хирургической коррекции. Основные виды оперативных вмешательств.
82. Строение и функции кожи. Особенности кожи лица
83. Анатомо-функциональные особенности лица с точки зрения пластической хирургии
84. Основные «опасные» зоны лица
85. Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи
86. Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи
87. Способы коррекции ширины подвижной части носа, профилактика осложнений эстетического и функционального характера.
88. Реконструкция концевого отдела носа, понятие об эстетических единицах носа, основные техники при восстановлении кожи, слизистой оболочки, опорных структур.
89. Реконструкция опорных структур пирамиды носа, способы коррекции сквозных дефектов скатов носа
90. Уменьшающая ринопластика, основные приемы коррекции, особенности хирургической тактики у пациентов с разной толщиной мягкотканного компонента.
91. Принципы выполнения вторичной ринопластики, основные задачи и способы их решения.
92. Способы коррекции назолабиального комплекса (крылья носа, основание ноздрей, колюмеллы, свободного края крыла).
93. Предоперационная оценка наружного носа и внутриносовых структур, принципы планирования хирургического вмешательства.
94. Классификация липосакции по способу разрушения адипоцитов. Показания и противопоказания к липосакции
95. Классификация имплантов для аугментации молочных желез. Подбор имплантов. Предоперационное обследование и осмотр.

96. Виды доступов и варианты расположения имплантов при аугментационной маммопластики. Концепция 2-х плоскостного расположения имплантов.
97. Основные принципы и виды современной цервикопластики. Отбор пациентов, профилактика осложнений.
98. Способы реабилитации в ранний послеоперационный период после эстетических операций
99. План реабилитации после эстетических операций.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

1. Залогом стабильности и надежности послеоперационного результата является:

1. Равное объемное соотношение имплантата и собственных тканей;
2. Оптимальное тканевое покрытие имплантата;
3. Отсутствие осложнений в раннем послеоперационном периоде;
4. Постоянное ношение эластичного бюстгальтера после операции.

2. Главное условие транспорта САК с надежной васкуляризацией:

1. Сохранение слоя подлежащих тканей в зоне САК не менее 2-3 см толщиной
2. Отношение длины питающей ножки к ее ширине не более 1:2, как для лоскута со случайным кровоснабжением
3. Нижнее основание ножки
4. Сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне САК

3. Дезэпидермизация поверхности ножки САК направлена на сохранение:

1. Артериального притока САК
2. Венозного оттока от САК
3. Иннервации САК
4. Механической прочности ножки против ее перегиба

4.Методика пластики встречными треугольными лоскутами:

1. Аббе
2. Миларда
3. Седилло
- 4.Лимберга
5. Лапчинского

5.Верхней границей скуловой области является:

1. скуловисочный шов
2. скулолобный шов
3. передневерхний отдел щечной области
4. передненижний отдел височной области
5. нижний край глазницы

6.Секреция молока совершается:

1. По апокриновому типу
2. По мерокриновому типу
3. По смешанному типу

7. Железы Монтгомери расположены:

1. В ткани молочной железы
2. В области ареолы молочной железы
3. В области непигментированной части кожи молочной железы
4. В области подмышечной впадины

8. Действие гормона инсулина на молочные железы:

1. Участие в дифференцировке альвеол
2. Участие в подготовке для восприятия действия глюкокортикоидов
3. Стимуляция синтеза альвеолярного эпителия
4. Вызывает деструкцию стромальных компонентов железы

9. Действие гормона прогестерона на молочные железы:

1. Способствует росту млечных протоков
2. Участвует в дифференцировке альвеол
3. Усиливает действие пролактина на эпителиальную секрецию
4. Сокращает миоэпителиальные клетки

10. Действие тиреоидного гормона на молочные железы:

1. Усиливает действие пролактина на эпителиальную секрецию
2. Способствует развитию млечных протоков взрослых
3. Развивает альвеолярный аппарат, подготавливает ткани для восприятия инсулина, глюкокортикоидов, стимулирует продукцию пролактина
4. Участие в дифференциации альвеол

11.Источники кровоснабжения glandулярных лоскутов, используемых для аутоаугментации, такие же, как у паренхимы в операции:

1. Schwarzm ann
2. Thorek
3. Biesenberger
4. Lexer

12. Железы Монтгомери расположены:

1. В ткани молочной железы
2. В области ареолы молочной железы
3. В области непигментированной части кожи молочной железы
4. В области подмышечной впадины

13. Из глубины сосуда в молочную железу вступают:

1. Как надфасциальное продолжение торакоакромиального, латерального грудного и других магистральных пучков
2. Как равномерная трехмерная сосудистая сеть
3. С периферии через фасцию, с наибольшей концентрацией в зонах максимальных связочных кожнофасциальных сращений
4. Исключительно через анастомозы между субдермальными (терминали магистральных артерий) и паренхиматозными (редкие перфоранты межреберных артерий) сосудами

14. В кровоснабжении молочной железы неучаствует:

1. Наружная грудная артерия
2. Средостенные ветви грудной аорты
3. Внутренняя грудная артерия
4. Перфорирующие ветви из III-VII межреберных артерий

15. К перфорантным лоскутам не относится:

1. Лоскут Рубенса
2. DIEP-лоскут
3. TRAM-лоскут
4. IGAP-лоскут

16. К ротированным лоскутам не относится:

1. Лоскут на кожном мостике
2. Лоскут на сосудистой ножке
3. Аксиальный лоскут

17. К простым составным аксиальным аутотрансплантатам не относится:

1. Фрагмент лучевой кости
2. Большой сальник
3. Лопаточная фасция
4. Торакодорсальный лоскут (ТДЛ)
5. Паховый лоскут

18. Толщина свободного кожного лоскута по Тиршу составляет мм:

1. 0,2 – 0,4
2. 0,5 – 0,6
3. 0,6 – 0,7
4. 0,8 – 1,0

19. Пересадку кожи на ожоговую рану без предшествующей некрэктомии производят:

1. Как можно позже
2. Как можно раньше
3. На 5 сутки после ожога

4. С момента эпителизации
5. После отторжения струпа и развития грануляций

20. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности

1. Тыла стопы
2. Боковой шеи
3. Наружного бедра
4. Передней живота
5. Внутренней плеча

21. Эмбриогенез молочной железы:

1. Самостоятельный зародышевый зачаток с независимым (осевым, аксиальным) кровоснабжением и иннервацией
2. Производное репродуктивных зачатков
3. Производное мезенхимы
4. Производное эктодермы с мезенхимальными включениями в виде сосудов, нервов, связок

22. К ротированным лоскутам не относится:

1. Лоскут на кожном мостике
2. Лоскут на сосудистой ножке
3. Аксиальный лоскут

23. Нижнюю микрогнатию устраняют:

1. по Кохеру
2. по Бильроту
3. костной пластикой
4. пластикой лоскутом Филатова
5. свободной пересадкой кожи с клетчаткой

24. Наиболее частой причиной ятрогенной седловидной деформации носа является:

1. Реконструкция хрящевого отделаноса
2. Остеотомия и репозиция костей носа
3. Сочетание подслизистой резекции перегородки носа и реконструкции костного отдела носа

25. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:

1. Мостовидными
2. Опрокидывающимися
3. Удвоенными по Рауэру
4. Встречными треугольными

26. Продолжительность пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета коррегирующих операций:

1. 3 недели
2. 3 месяца
3. 6 месяцев

27. Ранения и травмы лица подразделяются на:

1. Смертельные и не смертельные.

2. С повреждением дыхательных путей или без.
3. Проникающие и непроникающие.
4. Взрослые и детские

28. Назовите самую частую врожденную патологию молочной железы:

1. Инверсия соска
2. Амастия
3. Полителия и полимастия
4. Дистопия млечных ходов

29. Оптимальной донорской зоной для забора полнослойного кожного лоскута, предназначенного для замещения раневого дефекта в области нижнего века у мужчины 68 лет является:

1. Крайняя плоть
2. Заушная область
3. Верхнее веко
4. Внутренняя поверхность плеча

30. Основными особенностями первичной хирургической обработки при ранениях мягких тканей лица являются:

1. Сохранение краев раны не иссечёнными, за исключением заведомо нежизнеспособных участков.
2. Применение перекиси водорода.
3. Возможность проведения ПХО только в первые 12 часов после ранения.
4. Второстепенность сохранения эстетических ориентиров лица, в приоритете функция.

31. Пострадавшему от отграниченного ожога лица IIIА – IIIБ ст. открытым пламенем показано восстановление кожного покрова. Какой способ аутодермопластики подходит в данном случае:

1. По Моулем-Джексоу (методом «почтовых марок»);
2. Расщепленным сетчатым трансплантатом;
3. Толстым расщепленным трансплантатом;
4. Полнослойным кожным лоскутом с учетом анатомических областей лица

32. Способ пластики частичного дефекта концевой отдела носа:

1. По Рауэру
2. По Сулову
3. лоскутом на микроанастомозе
4. Артеризированным лоскутом височной области
5. Лоскутом на ножке с губо-щечной складки

33. При наличии множественных повреждений на лице с неуточненной степенью вовлечения нервно-сосудистых компонентов, вмешательство проводят:

1. Поэтапно. Сначала восстанавливая эстетически значимые структуры и планируя восстановление нервов следующим этапом.

2. Максимально точно выясняют глубину и степень поражения нервов и сосудов, с максимально возможным одноэтапным восстановлением их непрерывности, а также восстановлением анатомических ориентиров покровных тканей.
3. Поэтапно. Сначала восстанавливая поврежденные нервные стволы, а в последующие этапы корректируя эстетику.
4. Назначают пациенту консервативную терапию, для минимизации рисков раневой инфекции. Планируют отсроченную операцию.

34. Повреждение Ramus marginalis N. Facialis характеризуется:

1. Нарушением функции мышцы опускающей угол рта, невозможности опустить угол рта на стороне поражения.
2. Спонтанным восстановлением в 90% случаев за счёт анастомозов, в течении 2 месяцев.
3. Нарушением функции скуловых мышц, мышцы поднимающей угол рта, невозможности нормально улыбнуться, проблемам с приемом пищи.
4. Стойким выпадением полей чувствительности в области щеки, передне-боковой поверхности шеи

35. При пластике верхней губы фиксация лоскутов осуществляется

1. Узловым швом
2. Непрерывным швом
3. Гипсовой повязкой
4. Разгрузочными швами
5. Коллодийной повязкой

36. Птоз молочной железы обусловлен:

1. Увеличением ее объема
2. Постлактационным уменьшением объема
3. Действием момента силы тяжести
4. Снижением упругости кожи

37. Постлактационная инволюция ткани молочной железы обусловлена преимущественно:

1. Редукцией стромального компонента железы
2. Редукцией железистого компонента железы
3. Замещением ткани железы жировой клетчаткой

38. Куперовская трактовка поддерживающего аппарата молочной железы такова:

1. Связки Купера анатомически постоянны, крепят паренхиму к грудной фасции, могут быть идентифицированы и реконструированы
2. Связки крепят железу к фасции в зонах наибольшей фиксации «чехла» в субмаммарной и по медиальной границе
3. Поддерживающий связочный каркас непрерывно от дермы до глубокой фасции, присутствует в любой единице объема, но максимален в субмаммарной зоне и по медиальной границе
4. Антигравитационная поддержка молочной железы-функция упругости всех ее тканей

39. Оптимальный период для инструментального обследования молочной железы:

1. В период овуляции
2. В 1-5 дни менструального цикла
3. На 7-10 дни менструального цикла
4. Перед началом месячного кровотечения

40. Смещаемость железистого конуса молочной железы обусловлена:

1. Эластичностью связок Купера
2. Растяжимостью кожного чехла
3. Наличием глубокого жирового слоя

41. Выявить наличие протоковых образований можно:

1. При маммографии
2. При ультразвуковом исследовании молочной железы

42. Принципиальная разница между кожным и железистым типом молочных желез:

1. Положение сосково-ареолярного комплекса относительно субмаммарной складки
2. Степень растяжения кожного чехла
3. Степень уплощения верхнего полюса железы

43. Первичная гипомастия отличается от эстетической гипомастии:

1. Преимущественным дефицитом железистого компонента;
2. Наличием признаков нарушения гормонального гомеостаза;
3. Отсутствием лактации.

44. Гипоплазия молочных желез характеризуется:

1. Только дефицитом объема молочных желез;
2. Функциональной и морфологической незрелостью ткани молочных желез;
3. Преобладанием в молочных железах процессов апоптоза и обратной дифференциации железистой ткани;
4. Преобладание железистых долек III типа.

45. Для молочных желез рожавших женщин 25-40 лет характерно:

1. опережающее развитие стромы по сравнению с паренхимой;
2. Формирование качественно новых структур – тубулярных долек;
3. Преобладание дифференцированных долек III типа;
4. Преобладание железистых долек I-II типа.

46. Основные требования, предъявляемые к имплантатам молочной железы:

1. Химическая инертность, низкая проницаемость оболочки, когезивность наполнителя;
2. Наличие антибактериальных свойств и свойств, уменьшающих риск развития капсулярной контрактуры;
3. Безопасность, биосовместимость, стабильность свойств полимера в организме;
4. Соответствие формы имплантата, его плотности и эластичности, аналогичным параметрам молочной железы.

47. Залогом стабильности и надежности послеоперационного результата является:

1. Равное объемное соотношение имплантата и собственных тканей;
2. Оптимальное тканевое покрытие имплантата;
3. Отсутствие осложнений в раннем послеоперационном периоде;
4. Постоянное ношение эластичного бюстгальтера после операции.

48. Форма молочных желез после аугментационной маммопластики главным образом зависит от:

1. Исходной формы молочных желез;
2. Формы имплантата;
3. Формы грудной клетки;
4. Методики и техники операции.

49. Ретропекторальное размещение имплантата:

1. Снижает риск развития капсулярной контрактуры;
2. Уменьшает риск дистопии имплантата;
3. Уменьшает визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в условиях дефицита покровных тканей;
4. Даёт хорошее наполнение верхнемедиальных отделов с более узкой зоной декольте;
5. Позволяет получить более глубокий инфрамаммарный сгиб.

50. Ретромаммарное эндопротезирование:

1. Предпочтительно при наличии небольшого птоза;
2. Позволяет более эффективно контролировать форму молочных желез;
3. Упрощает реализацию маммографии;
4. Характеризуется более выраженными и длительными послеоперационными болями.

51. Размещение имплантата в двух плоскостях (по Tebbetts) позволяет:

1. Избежать деформации, дистопии и ротации имплантата;
2. Более эффективно контролировать профиль молочной железы при небольшом птозе;
3. Снизить риск развития гематомы в раннем послеоперационном периоде;
4. Уменьшить визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в нижнемедиальных отделах молочных желез.

52. Главным преимуществом инфрамаммарного доступа является:

1. Наилучший контроль диссекции тканевого кармана и положения имплантата;
2. Наибольшая косметичность послеоперационного рубца;
3. Меньший риск сенсорных нарушений;
4. Малотравматичность.

53. Для периареолярного доступа характерны:

1. Наибольшая косметичность послеоперационного рубца;
2. Универсальность;
3. Малотравматичность;
4. Возможность коррекции тубулярной деформации молочной железы.

54. Ключевой элемент операции Thorek:

1. Первый опыт Т-образного или горизонтального кожного шва
2. Резекция кожи «наполнителя» блоком до фасции без их деления
3. Пересадка кожного трансплантата САК
4. Первая эстетическая маммопластика

55. Раскрой при резекции кожного «чехла», уменьшающий высоту конуса молочной железы:

1. Перевернутая буква Т
2. Вертикальный
3. Циркумвертикальный
4. Латеральный

56. Повреждение ветвей лицевого нерва возможно при эндоскопической диссекции в следующем слое:

1. Под надкостницей при формировании центрального лобного кармана;
2. Над глубокой височной фасцией при формировании височного кармана;
3. Под надкостницей и фасцией masseter при высвобождении тканей средней зоны лица;
4. Между поверхностным листком собственной височной фасции (промежуточной височной фасцией) и SMAS в области скуловой дуги.

57. Над верхнечелюстной костью эндоскопическая диссекция осуществляется в следующем слое:

1. Над надкостницей;
2. Под надкостницей;
3. Над SMAS;
4. Под SMAS

58. Эндоскопическую диссекцию в области подглазничного отверстия следует осуществлять с особой осторожностью, под надкостницей и бимануально поскольку в этой зоне:

1. Есть риск повреждения скуловой ветви лицевого нерва и развития в п/о периодептоза мягких тканей скуловой области;
2. Есть риск повреждения щечной ветви лицевого нерва и развития в п/о периодептоза одноименной области;
3. Есть риск повреждения нижнеглазничной ветви тройничного нерва и развития в п/о периоде нарушений чувствительности средней зоны лица.
4. Нет правильного ответа.

59. Соединение центрального и височного карманов при эндоскопической диссекции верхней трети лица осуществляется в направлении:

1. Из центрального кармана в латеральный;
2. С латерального кармана в центральный;
3. Карманы не соединяются;
4. Эндоскопическая диссекция этой зоны осуществляется одномоментно без формирования карманов.

60. При эндоскопической подтяжке верхней трети лица диссекция в центральной зоне осуществляется в следующем слое:

1. Под надкостницей;
2. Над надкостницей;
3. Подкожно;
4. Надфасциально.

61. У пациентки с опущением одной брови эндоскопическая миотомия круговой мышцы глаза выполняется:

1. Со стороны нормальной брови;
2. С обеих сторон;
3. Со стороны опущенной брови;
4. Миотомия не выполняется;

62. При формировании височного кармана эндоскопическим способом диссекция осуществляется в следующем слое:

1. Над височно – теменной фасцией;
2. Между височно – теменной фасцией и поверхностным листком собственной височной фасции;
3. Над собственной височной фасцией;
4. Под глубоким листком собственной височной фасции;

63. При стандартной эндоскопической подтяжке верхней трети лица диссекция тканей заканчивается на уровне:

1. Скуловой кости;
2. Горизонтальной линии, проведенной через нижнюю точку нижнего века;
3. Горизонтальной линии, проведенной через основание носа;
4. Горизонтальной линии, проведенной через латеральный кантус глаза.

64. Отек после эндоскопических вмешательств на тканях лица в поднадкостничном слое разрешается в течение:

1. 3 мес.;
2. 6 мес.;
3. 9 мес.;
4. 12 мес.

65. В области скуловой дуги предпочительно выполнять эндоскопическую диссекцию в следующем слое:

1. В толще промежуточной височной жировой подушки;
2. Непосредственно над глубоким листком собственной височной фасции;
3. Между поверхностным листком собственной височной фасции и SMAS;
4. В толще глубокой височной жировой подушки.

66. Возможные осложнения после эндоскопической подтяжки верхней трети лица:

1. Парез (паралич) височной ветви лицевого нерва;
2. Парестезии;
3. Несимметричное расположение бровей;
4. Всё вышеперечисленное.

67. Наиболее грозные осложнения эндоскопических вмешательств на лице:

1. Парез (паралич) височной/скуловой ветвей лицевого нерва;
2. Местные хирургические осложнения: гематома, серома, несостоятельность швов.
3. Окологлазничный отек, хемоз, фоточувствительность
4. Всё вышеперечисленное

68. Наиболее целесообразное сочетание операций:

1. Эндоскопическая подтяжка верхней трети лица + нижняя блефаропластика;

2. Эндоскопическая подтяжка средней трети лица + нижняя блефаропластика;
3. Эндоскопическая подтяжка любой зоны лица + пластика m. platysma;
4. Эндоскопическая подтяжка верхней трети лица + верхняя и нижняя блефаропластика.

69. Посредством чего глубокая область лица отделена от боковой области (щечной, околоушно-жевательной)?

1. жевательной мышцы
2. нижней челюсти
3. околоушной слюнной железы
4. латеральной крыловидной мышцы

70. Посредством каких вен осуществляется прямая связь между системой поверхностных и глубоких вен мозгового отдела головы?

1. подкожных
2. эмиссарных
3. диплоэтических
4. синусов твердой мозговой оболочки

71. В каком клетчаточном пространстве находится крыловидное венозное сплетение?

1. жевательно-челюстном
2. челюстно-крыловидном
3. межкрыловидном
4. окологлоточном

72. Вы производите трепанацию черепа в височной области с подковообразным разрезом мягких тканей. Куда Вы откинете лоскут?

1. кверху
2. кпереди
3. кзади
4. книзу

73. Какой из слоев не зашивается при выполнении декомпрессионной трепанации черепа по Кушингу?

1. кожа
2. височная мышца
3. твердая оболочка головного мозга
4. подкожная клетчатка

74. Куда вводят тампоны для остановки кровотечения из поврежденного синуса твердой оболочки головного мозга?

1. непосредственно в синус
2. между внутренней пластинкой кости черепа и твердой мозговой оболочкой
3. между твердой и мягкой оболочками головного мозга
4. под паутинную оболочку

75. В какое клетчаточное пространство возможен прорыв гноя через медиальный (глоточный) отрог околоушной слюнной железы в случае гнойного паротита?

1. в околоушно-жевательное
2. в межкрыловидное
3. в передний отдел бокового окологлоточного пространства
4. в задний отдел бокового окологлоточного пространства

76. Какие раны головы называются открытыми?

1. с повреждением кожи
2. с повреждением кости
3. с повреждением твердой мозговой оболочки
4. с повреждением вещества головного мозга

77. Повреждение какой артерии возможно в межкрыловидном клетчаточном пространстве при вскрытии флегмоны?

1. верхнечелюстной
2. язычной
3. ствола наружной сонной
4. внутренней сонной

78. Как следует выполнять первичную хирургическую обработку ран мягких тканей мозгового отдела головы?

1. по типу некрэктомии с минимальным захватом здоровых тканей
2. с широким захватом мягких тканей и последующим сопоставлением краев
3. принципиальной тактики нет

79. Какой нерв можно повредить в толще околоушной слюнной железы, выполняя вскрытие гнойного паротита?

1. нижнечелюстной
2. верхнечелюстной
3. лицевой
4. языкоглоточный

80. Чем обусловлено более частое повреждение внутренней компактной пластинки кости свода (например, теменной) по сравнению с наружной компактной?

1. более тонким ее строением
2. амортизирующим действием губчатого вещества кости
3. тем, что деформация внутренней пластинки идет «на растяжение», тогда как наружной – «на сжатие»

81. В каких случаях возможно повреждение сигмовидного синуса при выполнении трепанации сосцевидного отростка?

1. при отклонении от границ трепанационного треугольника кзади
2. при отклонении от границ трепанационного треугольника кпереди
3. при отклонении от границ трепанационного треугольника кверху
4. при отклонении от границ трепанационного треугольника книзу

82. Ментальное отверстие находится:

1. под клыком;
2. под первым премоляром;
3. под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром;
4. между вторым премоляром и первым моляром.

83. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

1. на питающей ножке;
2. встречных треугольных;
3. круглого стебельчатого;
4. на сосудистой анастомозе.

84. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют:

1. при рубцовых выворотах век;
2. при плоских рубцах;
3. при обширных дефектах костей лица;
4. при обширных дефектах мягких тканей.

85. Наиболее простой вид пластики местными тканями:

1. лоскутами на ножке;
2. мобилизация краев раны;
3. треугольными лоскутами;
4. пересадка свободной кожи.

86. Вид пластики местными тканями, при котором происходит прирост тканей в направлении основного разреза:

1. лоскутами на ножке;
2. мобилизация краев раны;
3. треугольными лоскутами;
4. пересадка свободной кожи.

87. Основное правило пластики местными тканями:

1. не ушивать рану наглухо;
2. недопустима мобилизация тканей;
3. отсутствие натяжения в краях раны;
4. длина разреза должна быть минимальной.

88. Опрокидывающиеся лоскуты используются:

1. для устранения выворота век;
2. для устранения дефектов кожи;
3. для закрытия линейных разрезов;
4. для создания внутренней выстилки.

89. Максимальный допустимый угол поворота лоскута на ножке:

1. до 90°;
2. до 180°;
3. до 210°;
4. до 360°.

90. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:

1. мостовидным;
2. опрокидывающимся;
3. удвоенным по Рауэру;
4. встречными треугольниками.

91. Для восстановления отсутствующей брови используют лоскут:

1. мостовидный;
2. из височной области;
3. забральный по Лексеру;
4. на скрытой сосудистой ножке.

92. Для восстановления дефектов губы у женщин используют мостовидный лоскут:

1. с шеи;
2. Лексера;
3. со щеки;

4. Лапчинского.

93. Филатовский стебель, формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется:

1. острым;
2. шагающим;
3. ускоренным;
4. классическим.

94. Участок поверхности тела для острого Филатовского стебля:

1. предплечье;
2. внутренняя поверхность плеча;
3. внутренняя поверхность бедра;
4. передне-боковая поверхность живота.

95. Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после:

1. периостита;
2. секвестрэктомии;
3. постлучевой некрэктомии;
4. удаления доброкачественных опухолей.

96. Аллотрансплантат- это материал, взятый:

1. у пациента;
2. у животного;
3. у другого индивида;
4. у однояйцового близнеца.

97. При тотальном дефекте нижней губы используют методику:

- 1.Аббе;
2. Рауэра;
- 3.Седилло;
4. Евдокимова.

98. Преимущество методов пластики местными тканями заключается:

1. в многоэтапности лечения;
2. в широких пластических возможностях метода;
3. в сходстве, однотипности тканей по строению;
4. в узких пластических возможностях метода.

99. Укорочение верхней губы устраняется способом пластики местными тканями:

1. Седилло;
2. свободным кожным лоскутом;
3. встречными треугольными лоскутами;
4. Филатовским стеблем.

100. При выкраивании лоскута на ножке соотношение его ширины к длине должно быть:

1. 1:3;
2. 1:4;
3. 1:5;
4. 1:8.

101. При индийской ринопластике лоскут на ножке берут:

1. с шеи
2. с лобной области
3. с щечной области
4. с губо-щечной складки

102. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами

1. мостовидным
2. опрокидывающимся
3. удвоенным по Рауэру
4. встречными треугольными

103. Лоскут на питающей ножке состоит из тканей

1. расщепленной кожи
2. кожи и подкожно-жировой клетчатки
3. кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
4. кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости

104. Артеризированный лоскут на питающей ножке состоит из тканей

1. расщепленной кожи
2. кожи и подкожно-жировой клетчатки
3. кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
4. кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка

105. Местное осложнение при пластике лоскутами на ножке

1. неврит
2. миозит
3. некроз
4. диплопия

106. Первый этап пластической операции

1. разрез
2. обезболивание
3. определение показаний
4. планирование вмешательства

107. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится лечение

1. гидромассаж
2. криотерапия
3. холод местно
4. Электрокоагуляция

108. Для синдрома кубитального канала характерны следующие симптомы, кроме:

- а) формирования «когтеобразной» деформации на пальцах кисти, короткие мышцы которых иннервируются локтевым нервом;
- б) боли и парестезии в пальцах, иннервируемых локтевым нервом;
- в) слабости кисти, выпадения предметов из нее;
- г) атрофии мышц тенара.

109. Перелом крючка крючковидной кости может стать причиной компрессионной невропатии:

- а) двигательной ветви локтевого нерва;
- б) переднего межкостного нерва;
- в) тыльного межкостного нерва;
- г) срединного нерва в карпальном канале.

110. Выполнение эндоневролиза срединного нерва показано:

- а) во всех случаях декомпрессии срединного нерва в карпальном канале;
- б) только при наличии очевидной невромы в толще нерва;
- в) если продолжительность заболевания более 10 месяцев;
- г) противопоказано во всех случаях.

111. Введение стероидных гормонов для лечения синдрома карпального канала показано при:

- а) возникновении симптомов заболевания во время беременности;
- б) появлении симптомов после перелома лучевой кости в «типичном месте»;
- в) продолжительности заболевания более 10 мес.;
- г) ничего из вышеперечисленного.

112. Какая из мимических мышц оказывает наибольшее воздействие на формирование деформации носа при врожденных расщелинах верхней губы?

- а) щечная мышца;
- б) круговая мышца рта;
- в) большая скуловая мышца.

113. Основание колумеллы и перегородки носа при врожденных расщелинах верхней губы и альвеолярного отростка:

- а) смещено в здоровую сторону;
- б) расположено по средней линии;
- в) смещено в сторону расщелины.

114. При врожденных расщелинах верхней губы колумелла на стороне расщелины:

- а) симметрична здоровой стороне;
- б) укорочена.

115. Операция первичная ринохейлопластика предусматривает:

- а) восстановление анатомической формы губы;
- б) восстановление анатомической формы губы и устранение деформации носа;
- в) восстановление анатомической формы губы, устранение деформации носа, костную пластику альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба.

116. Использование оперативных методик, предусматривающих рассечение или иссечение участков нижних латеральных хрящей в детском возрасте

- а) способствует коррекции деформации носа;
- б) вызывает возникновение грубых вторичных деформаций носа;
- в) не влияет на процессы развития и роста хрящевого отдела носа

117. Хирургическое лечение келоидного рубца по задней поверхности ушной раковины после выполнения эстетической отоластики должно включать в себя иссечение рубца в пределах здоровой кожи, повторное наложение шва с использованием атравматической техники и наложение давящей повязки.

- а) да;
- б)нет.

118. Проведение операции отоластики под общим обезболиванием снижает вероятность развития такого грозного осложнения, как злокачественная гипертермия.

- а) да;
- б) нет.

119. Наиболее важным фактором в лечении открытого перелома голени является:

- а) стабильный остеосинтез;
- б) закрытие дефекта мягких тканей хорошо кровоснабжаемыми тканями;
- в) тщательное удаление всех нежизнеспособных тканей;
- г) хорошее дренирование раны.

120. Для правильного понимания возможностей реконструкции нижней конечности при сахарном диабете ошибочно следующее положение:

- а) проблемы нарушения трофики связаны с поражением мелких сосудов стопы;
- б) ответственной за поражение стоп является диабетическая нейропатия;
- в) операции микрососудистой пластики у больных сахарным диабетом достаточно надежны и эффективны;
- г) частота местных осложнений и повторных операций у больных диабетом закономерно выше, чем у других пациентов с дефектами нижней конечности.

121. Справедливы все положения, касающиеся техники наложения микрососудистых анастомозов при травмах конечностей, за исключением:

- а) микрососудистые анастомозы следует накладывать вне зоны повреждения;
- б) если доступ к сосудам, расположенным дистальнее зоны повреждения, представляется более легким, сосуды лоскута следует анастомозировать именно с ними;
- в) за проходимость анастомозов не стоит волноваться, если они наложены отступя 2 см от зоны повреждения, независимо от его характера;
- г) для размещения анастомозов вне зоны повреждения могут быть полезны аутовенозные вставки.

121. Методом выбора закрытия дефекта покровов 8 и 6 см с обнажением Ахиллова сухожилия является:

- а) свободная пересадка микрососудистого лоскута;
- б) перемещение сурального лоскута на дистальной ножке;
- в) кросс-пластика с противоположной голени;
- г) пластика Филатовским стеблем.

122. Куперовская трактовка поддерживающего аппарата молочной железы такова:

- а) связки Купера анатомически постоянны, крепят паренхиму к грудной фасции, могут быть идентифицированы и реконструированы;
- б) связки крепят железу к фасции в зонах наибольшей фиксации «чехла» — в субмаммарной и по медиальной границе;

- в) поддерживающий связочный каркас непрерывен от дермы до глубокой фасции, присутствует в любой единице объема, но максимален в субмаммарной зоне и по медиальной границе;
- г) антигравитационная поддержка молочной железы — функция упругости всех ее тканей.

123. При прочих равных условиях дистанция ключица- сосок должна быть оставлена наибольшей при:

- а) маммопластике с кожным краем Вайза;
- б) с перiareолярным краем;
- в) с вертикальным краем;
- г) с горизонтальным краем

124. Оптимальный уровень повышения внутрибрюшного давления после пластики апоневроза передней брюшной стенки не должен превышать:

- 1. 10-15 мм водного столба по сравнению с предоперационным показателем
- 2. 20-30 мм водного столба по сравнению с предоперационным показателем
- 3. 40-50 мм водного столба по сравнению с предоперационным показателем

125. Наиболее популярный метод пластики диастаза прямых мышц живота:

- 1. Пликация апоневроза нерассасывающейся нитью
- 2. Метод отдельного соединения рассеченного переднего листка влагалища прямых мышц живота по Ramirez
- 3. Пластика диастаза проленовой сеткой

126. При необходимости сужения талии у пациента с пониженным тонусом мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки показано:

- 1. Пластика диастаза прямых мышц живота
- 2. Пластика диастаза прямых мышц живота, пликация релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
- 3. Пластика диастаза прямых мышц живота, пластика релаксированных фасций косых мышц живота проленовой сеткой

127. При переносе пупочной ямки разметка реципиентного местоположения будущего пупка производится:

- 1. По средней линии на середине расстояния между лобком и лонным сочленением
- 2. По средней линии на уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше этого уровня
- 3. По средней линии на 18-20 см выше линии оволосения лобка

128. Предоперационное ношение компрессионного белья перед абдоминопластикой показано для:

- 1. Уменьшения степени релаксации мышц передней брюшной стенки
- 2. Уменьшения лимфостаза у пациентов с выраженным кожно-жировым фартуком
- 3. Улучшения микроциркуляции в зоне будущего вмешательства
- 4. Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления

5. Все вышеперечисленное

129. Существенным отличием напряженно-боковой абдоминопластики по Lockwood от классической абдоминопластики по является:

1. Лучшие технические условия для пликаций релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
2. Худшие условия кровоснабжения центральной части лоскута
3. Резекция кожи преимущественно в латеральных отделах туловища и сокращение зоны отслойки кожно-жирового лоскута с сохранением подреберных перфорантов
4. Невозможность сочетания методики с липосакцией тех или иных отделов живота
5. Все вышеперечисленное
6. Ничего из вышеперечисленного

130. Недостатком напряженно-боковой абдоминопластики по Lockwood является:

1. Специфическая форма послеоперационного рубца, особенности которой необходимо особо согласовывать с пациентом
2. Значительное натяжение и плохие условия кровоснабжения центральной части лоскута
3. Недостаточные возможности коррекции кожно-жирового лоскута верхних отделов живота
4. Все вышеперечисленное
5. Ничего из вышеперечисленного

131. Особенностью вертикальной абдоминопластики является:

1. Выполняется только в тех случаях, когда необходимо устранить диастаз прямых мышц живота
2. Отсутствие необходимости широкой латеральной надпоясничной диссекции
3. Широкие возможности удаления избытков подкожно-жирового слоя в гипогастриальной и надлобковой зоне
4. Все вышеперечисленное
5. Ничего из вышеперечисленного

132. Показанием к проведению вертикальной абдоминопластики является:

1. Наличие патологического рубца после предшествующих срединных лапаротомий и нежелание пациента иметь дополнительный горизонтальный рубец
2. Необходимость улучшения качества существующего рубца после предшествующей срединных лапаротомий и одномоментного выполнения герниопластики и устранения диастаза прямых мышц живота
3. Необходимость улучшения качества существующего рубца после предшествующей срединных лапаротомий и одномоментной коррекции талии в необходимых пределах
4. Все вышеперечисленное
5. ничего из вышеперечисленного

133. Показаниями к проведению реверсной абдоминопластики не являются :

1. Небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота
2. Выполняется только в тех случаях, когда необходимо устранить диастаз прямых мышц живота
3. Необходимость проведения симультанной редуцирующей маммопластики или

мастопексии

4. Все вышеперечисленное
5. Ничего из вышеперечисленного

134. Показанием к закрытой миниабдоминопластике является:

1. Вялость кожи и умеренно выраженный слой подкожной клетчатки
2. Наличие диастаза прямых мышц живота и ослабление тонуса мышечно-поневротиического каркаса
3. Небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота
4. Необходимость резекции избытка кожи преимущественно в латеральных отделах туловища
5. Ничего из вышеперечисленного

135. Показанием к открытой миниабдоминопластике является:

1. Эластичная, способная к сокращению кожа, незначительный слой подкожной клетчатки, изолированный диастаз прямых мышц живота
2. Перерастянутая кожа, значительный слой подкожной клетчатки в виде «фартука» ослабленный тонус мышечно-апоневротического каркаса
3. Умеренный избыток кожи, умеренный слой подкожной клетчатки, умеренно сниженный тонус мышечно-апоневротического каркаса
4. Ничего из вышеперечисленного

136. Височная ветвь лицевого нерва находится между следующими анатомическими слоями:

1. Апоневротическим шлемом и надкостницей;
2. Височной мышцей и поверхностным листком глубокой височной фасции;
3. Височной мышцей и глубоким листком глубокой височной фасции;
4. Темпоропариетальной фасцией и поверхностным листком глубокой височной фасции;
5. Темпоропариетальной фасцией и подкожным жиром.

137. Основная цель консультирования перед увеличивающей маммопластикой:

1. Информирование пациентки о возможностях и проблемах УМ;
2. Выбор оптимального эндопротеза;
3. Сведение до минимума пропорции недовольных результатом;
4. Юридическая защита хирурга подписью пациентки под «информированным согласием»

138. Какие физиотерапевтические методы применяются в качестве реабилитации после пластических операций:

1. Ультразвуковая терапия
2. Гирудотерапия
3. Ручной массаж
4. Микротоковая терапия

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Задачи

Задача № 1

Описание: Пациентка через 2 часа после проведения операции лифтинга нижней трети лица и шеи активно жалуется на дискомфорт в области щеки и шеи справа. При осмотре: повязка сухая, швы состоятельны, правая сторона лица заметно больше левой по размеру/объёму, по дренажам умеренное количество (до 20 мл геморрагического содержимого), в области щеки-шеи определяется флюктуация, в заушной области - синюшность кожного лоскута.

Вопросы по задаче: Диагноз. Ваша тактика лечения. Профилактика.

Ответ: Послеоперационная гематома. Пациентке показана ревизионная операция с целью удаления гематомы. Поиск и устранение источника кровотечения, эластичная компрессия послеоперационной области.

Задача № 2.

Описание: Пациент с индексом массы тела (ИМТ) 35 (рост 178 см) обратился в клинику с жалобами на наличие избыточной массы тела, выраженного кожно-жирового фартука в нижних отделах живота, мешающего нормальному образу жизни и занятиям спортом. При этом, уточняет, что раньше ИМТ составлял 41, и массу тела удалось снизить благодаря соблюдению диеты, но сейчас процесс замедлился, нужен спорт.

Вопросы по задаче: Диагноз. Тактика лечения. Варианты. Дополнительное обследование.

Ответ: Алиментарное ожирение 3 ст. Кожно-жировые избытки брюшных стенок. Показана бариатрическая операция для нормализации индекса массы тела, с последующим обращением к пластическому хирургу для решения вопроса об абдоминопластике. Консультация эндокринолога, кардиолога, диетолога, УЗИ вен нижних конечностей,

Задача № 3.

Описание: На прием к врачу обратилась женщина с жалобами на изменение расположения правой брови. Из анамнеза: 3 месяца назад перенесла операцию по подтяжке кожи лица. При осмотре имеется опущение правой брови.

Вопросы по задаче: Повреждение какого нерва имеет место у пациентки? Тактика ведения.

Ответ: Лобной ветви лицевого нерва. Показана консультация невролога с последующей медикаментозной стимуляций.

Задача № 4.

Описание: В клинику обратилась пациентка 40 лет с жалобами на перерастянутую кожу со стриями в области живота, образование кожно-жировой вкладки, невосприимчивое выпячивание в области пупка, размерами 3 см.

Вопросы по задаче: Диагноз. Хирургическая тактика.

Ответ: Кожно-жировые избытки передней брюшной стенки. Невправимая пупочная грыжа. Рекомендована абдоминопластика с одномоментным устранением пупочной грыжи.

Задача № 5.

Описание: Пациентка 42 лет. Предъявляет жалобы на нарушение формы, положения и тонуса молочных желез. В анамнезе двое родов. Была хорошая лактация.



Вопросы по задаче: Диагноз. Ваша тактика лечения.

Ответ: Птоз молочных желез 3 степени. Решение вопроса о мастопексии.

Задача № 6.

Описание: Пациентка 40 лет. 5 лет назад была выполнена мастэктомия по поводу рака. В связи со сложившейся ситуацией существенно изменилось морально-психологическое состояние, расстроилась личная жизнь. Вынуждена пользоваться экзопротезом, вкладываемым в бюстгальтер. Настаивает на восстановлении формы отсутствующей молочной железы.



Вопросы по задаче: Диагноз. Ваша тактика лечения.

Ответ: Рак молочной железы справа. Мастэктомия справа. Решение вопроса о реконструкции груди.

Задача № 7.

Описание: Пациентке В. 47 лет, (индекс массы тела 29) 2 дня назад выполнена липосакция передней брюшной стенки, боковой поверхности живота. В настоящее время беспокоят боли в области вмешательства, не купирующиеся пероральным приемом анальгетиков. Пациентка жалуется на повышение температуры тела до субфебрильных цифр, вздутие живота, рвоту, отсутствие стула.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз, дифференциальный диагноз;
2. Дальнейшая тактика;

Ответ: 1) Повреждение полого органа? Перитонит. Диф.диагноз: Нагноение послеоперационной раны, острый живот (о.аппендицит, о.холецистит и др.)
2) Диагностическая лапароскопия

Задача № 8.

Описание: Пациентке К., 25 лет 7 дней назад выполнено увеличение груди силиконовыми имплантами субмаммарным доступом. Женщина жалуется на боли в правой молочной железе, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При осмотре выявляется увеличение в объеме, локальная гиперемия, гипертермия в области нижнего склона правой молочной железы. На перевязке в области послеоперационной раны констатирован диастаз краев протяженностью 3 мм, из него скудное мутное отделяемое. По данным УЗИ в полости вокруг установленного импланта – скопление неоднородной жидкости объемом около 50 мл.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз, дифференциальный диагноз;
2. Дальнейшая тактика;
3. Профилактика подобных осложнений

Ответ: 1) нагноение послеоперационной раны., диф.диагноз: ранняя серома
2) Антибиотикотерапия, при не эффективности-удаление импланта

Задача № 9.

Описание: Пациентка 38 лет, обратилась за помощью в коррекции носа. Выражает эстетическое недовольство наличием горбинки и расширением ноздрей при улыбке.



Вопросы по задаче:

1. Какой способ ринопластики целесообразно выбрать в данном случае?
2. Ориентировочные сроки восстановления?
3. Какой проекции не хватает при фотографировании?

Ответ: 1) Открытая ринопластика
2) Около 10 дней
3) Основания носа

Задача № 10.

Описание: Больной А, 23 года, обратился с жалобами на лопухость, что отрицательно сказывалось на его психоэмоциональном состоянии. Об-но: размеры ушных раковин и их положение соответствует стандартам. Отмечается сглаженность противозавитка и углубление хоан. Расстояние до черепа увеличено, скафо-конхальный угол около 90°.



Вопросы по задаче:

1. Диагноз,
2. Дальнейшая тактика;

Ответ: 1) Лопухость (торчащая ушная раковина)
2) Показана отопластика

Критерии оценивания задачи:

«**Отлично**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«**Хорошо**»-правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«**Удовлетворительно**» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«**Неудовлетворительно**» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритм определения группы крови, Rh-фактора, проб на совместимость
2. Алгоритм осмотра и пальпация молочной железы
3. Определение клинических признаков рака молочной железы
4. Алгоритм оценки состояния ткани молочной железы по маммографической и эхографической картине по шкале BIRADS
5. Алгоритм выполнения аспирации крупных кист молочной железы
6. Алгоритм выполнение удаления доброкачественных образований молочной железы
7. Алгоритм выполнение трепан-биопсии образований молочной железы
8. Алгоритм пальпация регионарных лимфоузлов при заболеваниях молочной железы и их клиническая оценка
9. Алгоритм планирования и разметка при онкопластических операциях при раке молочной железы
10. Алгоритм выбора импланта при немедленной реконструкции молочной железы
11. Алгоритм выбора оптимального метода отсроченной реконструкции молочной железы.
12. Алгоритм выявления диастаза прямых мышц живота
13. Алгоритм приготовления раствора тумесцентного раствора для липосакции
14. Алгоритм введения тумесцентного раствора для подготовки тканей к липосакции
15. Алгоритм наложения шва Pitagудля пластика апоневроза

16. Алгоритм выявления пупочной грыжи
17. Алгоритм наложения шва Мейо при герниопластике
18. Алгоритм выполнения разметки при абдоминопластике
19. Алгоритм выполнения разметки при липосакции различных зон
20. Алгоритм выполнения фетгафтинга лица, ягодиц
21. Алгоритм установки сетчатых эндопротезов при устранении грыжевых дефектов.
22. Алгоритм удаления доброкачественных новообразований кожи
23. Алгоритм Z-пластики местными тканями
24. Алгоритм W-пластики местными тканями
25. Алгоритм пластики ромбовидным лоскутом
26. Алгоритм забора расщепленного кожного трансплантата дерматомом
27. Алгоритм оценки эстетических пропорций лица
28. Алгоритм фотографирования в пластической хирургии лица, тела
29. Алгоритм подготовки жира для липофилинга
30. Алгоритм выполнения разметки при липофилинге лица
31. Алгоритм выполнения разметки при верхней блефаропластике
32. Алгоритм удаления жировых грыж при верхней блефаропластике
33. Алгоритм коррекции азиатского века
34. Алгоритм ведения пациентов с лагофтальмом после верхней блефаропластики
35. Алгоритм удаления жировых грыж и разрушения септы при нижней блефаропластике
36. Алгоритм консервативных и хирургических мероприятий у пациентов с эктропионом после травмы, рубцовой контрактуры или нижней блефаропластики
37. Алгоритм действия при острой ретробульбарной гематоме
38. Алгоритм диагностики пареза/паралича ветвей лицевого нерва
39. Алгоритм маркировки проекции височной ветви лицевого нерва
40. Алгоритм коррекции атрофических рубцов
41. Алгоритм коррекции нормотрофических и гипертрофических рубцов
42. Алгоритм коррекции келоидных рубцов
43. Алгоритм подбора пациентов для эндоскопического фейслифтинга
44. Алгоритм выполнения доступов при классическом и эндоскопическом фронтотемпоральном лифтинге
45. Алгоритм формирования центрального (лобного) кармана эндоскопическим способом
46. Алгоритм формирования височного кармана эндоскопическим способом
47. Алгоритм фиксации тканей верхней трети лица при эндоскопическом фронтотемпоральном лифтинге
48. Алгоритм эндоскопической диссекции в области скуловой дуги
49. Алгоритм эндоскопической диссекции в средней трети лица
50. Алгоритм выполнения доступа при различных вариантах пластики SMAS
51. Алгоритм выполнения разметки при спейслифтинге по Мендельсону
52. Алгоритм выбора оптимального метода платизмоластики
53. Алгоритм выполнения медиальной платизмоластики
54. Алгоритм выполнения латеральной платизмоластики
55. Алгоритм выполнения липосакции шеи
56. Алгоритм аугментации ягодиц силиконовыми имплантатами
57. Алгоритм оценки нижних конечностей с эстетической точки зрения

58. Алгоритм аугментации голеней силиконовыми имплантами
59. Алгоритм маркировки стандартных линий разметки при любых увеличивающих операциях на груди
60. Алгоритм коррекции ассиметрии молочных желез с помощью липофилинга
61. Алгоритм выполнения шва Gore-Техпри формировании САК
62. Алгоритм выполнения касулэктомии при капсулярной деформации молочной железы
63. Алгоритм выбора оптимального метода редукционной маммопластики
64. Алгоритм выполнения Т-образной редукционной маммопластики по Wise
65. Алгоритм действий хирурга при подозрении на инвазию в брюшную полость и перфорацию полого органа по время липосакции живота
66. Алгоритм коррекции микрогнатии аллопластическими материалами
67. Алгоритм увеличения скулового возвышения аллопластическими материалами
68. Алгоритм оценки ушной раковины с эстетической точки зрения
69. Алгоритм выполнения отоластики с расщеплением хряща
70. Алгоритм выполнения реконструкции больших дефектов уха и околоушной области
71. Алгоритм реконструкции дефектов нижней и верхней губ
72. Алгоритм эстетического анализа носа
73. Алгоритм выполнения открытой септоластики
74. Алгоритм утолщения спинки носа при открытой ринопластике
75. Алгоритм выполнения остеотомии как этапа ринопластики
76. Алгоритм коррекции среднего свода носа
77. Алгоритм коррекции клювовидной деформации носа
78. Алгоритм коррекции седловидной деформации носа
79. Алгоритм выполнения открытой коррекции кончика носа
80. Алгоритм выполнения внутриносовой коррекции кончика носа
81. Алгоритм иссечения базалиом и меланоцитарных невусов
82. Алгоритм удаления доброкачественных образований подкожной клетчатки
83. Алгоритм пересадки отсроченного кожного лоскута
84. Алгоритм формирования микрососудистого анастомоза
85. Алгоритм выполнения пересадки волос
86. Алгоритм реконструкции нижней челюсти ауто- и аллогенными трансплантатами
87. Алгоритм проведения консультации пациента по профилю «пластическая хирургия».
88. Алгоритм назначения реабилитационных процедур после пластических операций на лице
89. Алгоритм назначения реабилитационных процедур после пластических операций на теле

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Примеры названия рефератов/докладов

1. Абдоминопластика: клинические характеристики деформаций передней брюшной стенки, хирургические доступы, планирование операции, техника операций на передней брюшной стенке с укреплением мышц.
2. Хирургическая техника выполнения мастопексии на имплантатах: патогенез и классификация птоза молочных желез, виды мастопексии, подбор пациентов, особенности ведения пациентов в послеоперационном периоде.
3. Техника проведения операций в области нижних век и средней зоны лица.
4. Лечение возможных осложнений после абдоминопластики
5. Использование элементов эстетической абдоминопластики в реконструкции передней брюшной стенки при грыжевых дефектах.
6. Редукционная маммопластика: классификация оперативных доступов, виды перемещения сосково-ареолярного комплекса на различных сосудистых ножках. Особенности ведения пациентов в послеоперационном периоде.
7. Техника вибрационной липоаспирации и липомоделирование тела.
8. Операции при обширных глубоких дефектах покровных тканей в функционально важных зонах.