

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

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 19 » Июня 20 21 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

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.60 «Пластическая хирургия»
Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Санкт-Петербург
2021 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

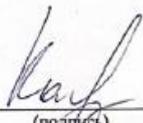
- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.60 «Пластическая хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1059;
- Профессиональным стандартом «Врач-пластический хирург», утвержденным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2020 г. №482 н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическому специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Разработчики программы:

Заведующая кафедрой,

д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)



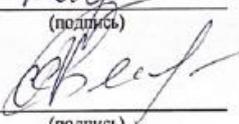
(подпись)

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)

Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

пластической и реконструктивной хирургии ФП и ДПО

название кафедры

« 09 » 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)

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.60 «Пластическая хирургия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.60 «Пластическая хирургия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.60 «Пластическая хирургия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт

ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- 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 (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании реконструктивной и эстетической хирургической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Цели и задачи пластической хирургии
2. Специфика разрезов в пластической хирургии
3. Показания и планирование пластических операций

4. Правовые вопросы и профессиональных правонарушений, 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. Дефекты наружного носа. Методы коррекции деформаций концевой отдела носа.
10. Пороки развития тела. Пластические и реконструктивные операции на нижних конечностях
11. Врожденные расщелины лица, верхней губы, неба. Эстетическая хейлопластика. Y, V-пластика. Булхорн
12. Пороки развития ушной раковины – анотия, микротия. Дефекты, врожденные деформации и реконструкция ушных раковин
13. Дефекты и деформации нижнего отдела лица и шеи. Пороки развития шеи. Подтяжка нижней трети лица. Платизмопластика
14. Пороки развития век. Птоз век. Посттравматические операции на веках. Вторичная эстетическая блефаропластика
15. Ранения (травма) лица. Классификация.
16. Перечислите способы абдоминопластики. Чем отличается дермолипэктомия от абдоминопластики.
17. Виды абдоминопластики. Показания. Диастаз прямых мышц живота
18. Риски и осложнения абдоминопластики
19. История появления и виды липосакции.
20. Верхняя блефаропластика – показания, противопоказания, осложнения
21. Отопластика – показания, противопоказания, основные варианты вмешательств.
22. Изменение каких структур уха приводит к лопухости.
23. Птоз молочных желез – классификация, варианты корректирующих вмешательств
24. Врожденные деформации уха. Эмбриология. Классификация. Хирургические техники. Сроки проведения оперативного лечения. Осложнения
25. Составьте необходимый набор хирургических инструментов для проведения риносептопластики.
26. Увеличивающая маммопластика – ранние и поздние осложнения, их лечение.
27. Блефаропластика. Основные виды. Показания. Предоперационная разметка. Ход операций. Послеоперационное ведение пациентов. Возможные осложнения, их профилактика.
28. Анатомия молочных желез. Строение.
29. Основные характеристики импланта, на которые следует опираться при подборе. Способ расчета LVC.
30. 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.
31. Профилактика и лечение капсулярной контрактуры имплантов молочной железы.

32. Липофилинг груди. Система «BRAVA».
33. Мастопексия. Виды. Выбор варианта операции с учетом анатомических особенностей. Противопоказания. Потенциальные осложнения в раннем послеоперационном периоде, способы их предотвращения
34. Липосакция. Классификация. Показания к проведению. Современные методики выполнения. Противопоказания. Потенциальные осложнения и их профилактика.
35. Использование водоструйной липосакции, совмещение с липофилингом.
36. Какие виды канюль используются для липосакции.
37. Роль дренирования в профилактике ранних и отдалённых послеоперационных осложнений при операциях.
38. На основании чего осуществляется подборка имплантов молочных желез
39. Инновационные технологии в пластической хирургии. Эндовидеохирургия. Характеристика эндоскопической пластической хирургии. Показания и противопоказания
40. Остеотомии носа: виды, технические аспекты.
41. Седловидный нос. Основные способы лечения данной деформации.
42. Инновационные технологии в пластической хирургии.
43. Эндовидеохирургия.
44. Характеристика эндоскопической пластической хирургии. Показания и противопоказания
45. Оборудование требуемое для проведения эндоскопических операций.
46. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация.
47. Физиология приживления Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.
48. Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии.
49. Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении.
50. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.
51. Коррекция хрящевого отдела носа. Варианты вмешательств.
52. Особенности клинических проявлений и лечения келоидных рубцов кожи.
53. Ограниченные ожоги (термические). Определение. Принципы ведения.
54. Ожоговый шок и ожоговая болезнь. Этиология. Патогенез. Принципы лечения
55. Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов.
56. Реконструкция молочных желез. Виды операций, применяемых с целью реконструкции. Отбор пациентов.
57. Основные принципы и виды современной цервикопластики. Отбор пациентов, профилактика осложнений.
58. Вертикальное деление лица на овалы. Границы. Объёмное старение лица. Варианты коррекции.
59. Прикладная анатомия верхнего века. Обоснование доступов при верхней блефаропластике.
60. Кантопексия. Показания и противопоказания. Техника различных видов кантопексии.
61. Понятие SMAS лоскута. Техника подъема SMAS, векторы перемещения и точки фиксации.
62. Манипуляции со SMAS при лифтинге боковых отделов лица и шеи: прикладная анатомия, основные виды вмешательств, отбор пациентов.

63. Лифтинги боковых отделов лица с «вертикальным вектором» подъёма.
64. «Короткорубцовые» лифтинги: показания, противопоказания, основные принципы проведения
65. Верхняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания.
66. Современная концепция хирургического омоложения верхних век. Осложнения, их профилактика.
67. Прикладная анатомия нижнего века. Ламеллы. Связки.
68. Вектор орбиты. Разделение круговой мышцы глаза. Жировые пакеты нижнего века.
69. Анатомическое объяснение доступов при нижней блефаропластике.
70. Нижняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания.
71. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика.
72. Возрастные изменения лица и шеи: характеристика, оценка, общие принципы коррекции.
73. Фронтотемпорорбитомалярный лифтинг (ФТМОЛ): современная концепция, принципы отбора пациентов, профилактика осложнений.
74. Ботулотоксин. Принцип действия. Препараты на современном рынке. Принципы разведения. Шприцы. Расчет единиц в шприце. Определение точек для инъекции в области верхней трети лица и периорбитальной области.
75. Оценка возрастных изменений тканей периорбитальной области. Принципы хирургической коррекции. Основные виды оперативных вмешательств.
76. Строение и функции кожи. Особенности кожи лица
77. Анатомо-функциональные особенности лица с точки зрения пластической хирургии
78. Основные «опасные» зоны лица
79. Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи
80. Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи
81. Способы коррекции ширины подвижной части носа, профилактика осложнений эстетического и функционального характера.
82. Реконструкция концевого отдела носа, понятие об эстетических единицах носа, основные техники при восстановлении кожи, слизистой оболочки, опорных структур.
83. Реконструкция опорных структур пирамиды носа, способы коррекции сквозных дефектов скатов носа
84. Уменьшающая ринопластика, основные приемы коррекции, особенности хирургической тактики у пациентов с разной толщиной мягкотканного компонента.
85. Принципы выполнения вторичной ринопластики, основные задачи и способы их решения.
86. Применение хрящевых трансплантатов в ринопластике. Особенности их использования при вторичных и первичных вмешательствах.
87. Нехирургические способы коррекции формы носа (филлеры, жир, ботокс) показания, осложнения.
88. Способы коррекции назолабиального комплекса (крылья носа, основание ноздрей, колюмеллы, свободного края крыла).
89. Предоперационная оценка наружного носа и внутриносовых структур, принципы планирования хирургического вмешательства.

90. Способы коррекции профильной линии спинки носа, понятие о точке ротации линии спинки носа.
91. Классификация липосакции по способу разрушения адипоцитов. Показания и противопоказания к липосакции
92. Классификация имплантов для аугментации молочных желез. Подбор имплантов. Предоперационное обследование и осмотр.
93. Виды доступов и варианты расположения имплантов при аугментационной маммопластики. Концепция 2-х плоскостного расположения имплантов.
94. Торакодорзальный лоскут и лоскут на основе прямых мышц живота.
95. Анатомическое обоснование. Варианты применения. Техника формирования.
96. Классификация ожогов. Диагностика глубины поражения. Оценка площади поражения. Первая помощь при термических ожогах.
97. Паховый лоскут. Анатомические предпосылки. Применение. Техника выкраивания
98. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация.
99. Физиология приживления. Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.
100. Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии.
101. Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении.
102. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.
103. Коррекция хрящевого отдела носа. Варианты вмешательств. Ведение
104. Особенности клинических проявлений и лечения рубцов кожи.
105. Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов.
106. Реконструкция молочных желез. Виды операций, применяемых с целью реконструкции. Отбор пациентов.
107. Способы реабилитации в ранний послеоперационный период после эстетических операций
108. План реабилитации после эстетических операций.

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача №1. 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. Диагноз. Ваша тактика лечения. Профилактика.

Задача №2. 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. Диагноз. Тактика лечения. Варианты. Дополнительное обследование.

Задача №3. 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. Повреждение какого нерва имеет место у пациентки? Тактика ведения.

Задача №4. В клинику обратилась пациентка 40 лет с жалобами на перерастянутую кожу со стриями, образование кожно-жировой вкладки, неврвправимое выпячивание в области пупка, размерами 3 см. Хирургическая тактика? Реабилитационные мероприятия.

Задача №5. Пациентка 42 лет. Предъявляет жалобы на нарушение формы, положения и тонуса молочных желез. В анамнезе двое родов. Была хорошая лактация. Диагноз. Ваша тактика лечения.



Задача №6. 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 бюстгалтер. Настаивает на восстановлении формы отсутствующей молочной железы. Диагноз. Ваша тактика лечения.



Задача №7. 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.

1. Диагноз
2. Дальнейшая тактика;
3. Профилактика подобных осложнений

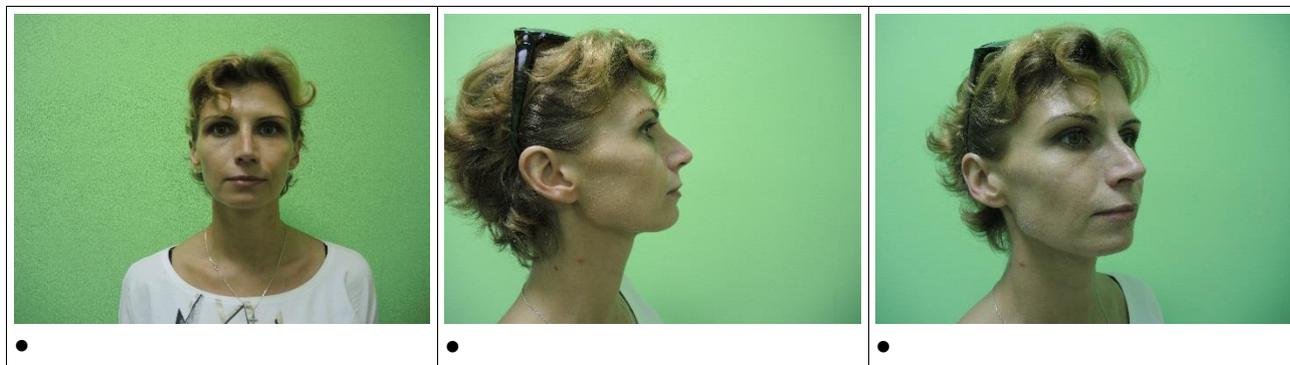
Задача №8. Пациентке К., 25 лет 7 дней назад выполнено увеличение груди силиконовыми имплантатами субмаммарным доступом. Женщина жалуется на боли в правой молочной железе, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При осмотре выявляется увеличение в объеме, локальная гиперемия, гипертермия в 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.

1. Диагноз
2. Дальнейшая тактика;
3. Профилактика подобных осложнений
4. Реабилитационные мероприятия.

Задача №9. Задача. Пациентка 38 лет, обратилась за помощью в коррекции носа. Выражает

эстетическое недовольство наличием горбинки и расширением ноздрей при улыбке.

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



Задача №10. Задача. 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° .



1. Диагноз,
2. Дальнейшая тактика;
3. Реабилитационные мероприятия в послеоперационный период

6.2.3. Перечень 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 Pitaguy для пластики 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 инъекций ботулотоксина
23. Алгоритм инъекций гелей на основе гиалуроновой кислоты
24. Алгоритм установки нитей в области лица
25. Алгоритм удаления доброкачественных новообразований кожи
26. Алгоритм Z-пластики местными тканями
27. Алгоритм W-пластики местными тканями
28. Алгоритм пластики ромбовидным лоскутом
29. Алгоритм забора расщепленного кожного трансплантата дерматомом
30. Алгоритм оценки эстетических пропорций лица
31. Алгоритм фотографирования в пластической хирургии лица, тела
32. Алгоритм подготовки жира для липофилинга
33. Алгоритм выполнения разметки при липофилинге лица
34. Алгоритм выполнения разметки при верхней блефаропластике
35. Алгоритм удаления жировых грыж при верхней блефаропластике
36. Алгоритм коррекции азиатского века
37. Алгоритм ведения пациентов с лагофтальмом после верхней блефаропластики
38. Алгоритм удаления жировых грыж и разрушения септы при нижней блефаропластике
39. Алгоритм консервативных и хирургических мероприятий у пациентов с эктропионом после травмы, рубцовой контрактуры или нижней блефаропластики
40. Алгоритм действия при острой ретробульбарной гематоме
41. Алгоритм диагностики пареза/паралича ветвей лицевого нерва
42. Алгоритм маркировки проекции височной ветви лицевого нерва
43. Алгоритм коррекции атрофических рубцов
44. Алгоритм коррекции нормотрофических и гипертрофических рубцов
45. Алгоритм коррекции келоидных рубцов
46. Алгоритм подбора пациентов для эндоскопического фейслифтинга
47. Алгоритм выполнения доступов при классическом и эндоскопическом фронтотемпоральном лифтинге
48. Алгоритм формирования центрального (лобного) кармана эндоскопическим способом
49. Алгоритм формирования височного кармана эндоскопическим способом

50. Алгоритм фиксации тканей верхней трети лица при эндоскопическом фронтотемпоральномлифтинге
51. Алгоритм эндоскопической диссекции в области скуловой дуги
52. Алгоритм эндоскопической диссекции в средней трети лица
53. Алгоритм выполнения доступа при различных вариантах пластики SMAS
54. Алгоритм выполнения разметки при спейслифтинге по Мендельсону
55. Алгоритм выбора оптимального метода платизмоластики
56. Алгоритм выполнения медиальной платизмоластики
57. Алгоритм выполнения латеральной платизмоластики
58. Алгоритм выполнения липосакции шеи
59. Алгоритм аугментации ягодиц силиконовыми имплантами
60. Алгоритм оценки нижних конечностей с эстетической точки зрения
61. Алгоритм аугментации голеней силиконовыми имплантами
62. Алгоритм маркировки стандартных линий разметки при любых увеличивающих операциях на груди
63. Алгоритм коррекции ассиметрии молочных желез с помощью липофилинга
64. Алгоритм выполнения шва Gore-Техпри формировании САК
65. Алгоритм выполнения касулэктомии при капсулярной деформации молочной железы
66. Алгоритм выбора оптимального метода редукционной маммоластики
67. Алгоритм выполнения Т-образной редукционной маммоластики по Wise
68. Алгоритм действий хирурга при подозрении на инвазию в брюшную полость и перфорацию полого органа по время липосакции живота
69. Алгоритм выполнения дермабразии лица
70. Алгоритм выполнения химического пилинга лица
71. Алгоритм выполнения лазерной шлифовки лица
72. Алгоритм коррекции микрогнатии аллопластическими материалами
73. Алгоритм увеличения скулового возвышения аллопластическими материалами
74. Алгоритм оценки ушной раковины с эстетической точки зрения
75. Алгоритм выполнения отоластики с расщеплением хряща
76. Алгоритм выполнения реконструкции больших дефектов уха и околоушной области
77. Алгоритм реконструкции дефектов нижней и верхней губ
78. Алгоритм эстетического анализа носа
79. Алгоритм выполнения открытой септоластики
80. Алгоритм утолщения спинки носа при открытой ринопластике
81. Алгоритм выполнения остеотомии как этапа риноластики
82. Алгоритм коррекции среднего свода носа
83. Алгоритм коррекции клювовидной деформации носа
84. Алгоритм коррекции седловидной деформации носа
85. Алгоритм выполнения открытой коррекции кончика носа
86. Алгоритм выполнения внутриносовой коррекции кончика носа
87. Алгоритм действий хирурга при перфорации носовой перегородки
88. Алгоритм реконструкции крыла носа аутогенными трансплантатами
89. Алгоритм иссечения базалиом и меланоцитарныхневусов
90. Алгоритм удаления доброкачественных образований подкожной клетчатки
91. Алгоритм пересадки отсроченного кожного лоскута
92. Алгоритм применения экспандеров при пластике дефектов кожи лица и шеи

93. Алгоритм формирования микрососудистого анастомоза
94. Алгоритм выполнения пересадки волос
95. Алгоритм формирования узкой талии по Кудзаеву
96. Алгоритм хирургического лечения контрактуры Дюпиитрена
97. Алгоритм реконструкции нижней челюсти ауто- и аллогенными трансплантатами
98. Алгоритм выполнения минифлебэктомии
99. Алгоритм склерозирования вен нижних конечностей
100. Алгоритм проведения консультации пациента по профилю «пластическая хирургия».
101. Алгоритм реабилитационных процедур после пластических операций на лице
102. Алгоритм реабилитационных процедур после пластических операций на лице

6.2.4. 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 бюстгалтера 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. Деэпидермизация 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. Schwarzmann
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 сосуды 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 аутооттрансплантатам 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 IIIA – IIIB 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 концевого отдела носа:

1. По Рауэру
2. По Суслову
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 птозом 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. Дает 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 разделения
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 периоде птоза мягких тканей скуловой области;
2. Есть риск повреждения щечной ветви лицевого нерва и развития в п/о периоде птоза 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 одновременно 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) отросток 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 сосудистом 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 периодепроводится 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 отопластики должно включать в себя иссечение рубца в пределах здоровой кожи, повторное наложение шва с использованием травматической техники и наложение давящей повязки.

- а) да;
- б) нет.

118. Проведение операции отопластики 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 периареолярным 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 раздельного соединения рассеченного переднего листка влагалища прямых мышц живота по Ramirez
1. 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 пликация 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 надпоясничной 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 предшествующих срединных лапаротомий и одномоментного выполнения герниопластики и устранения диастаза прямых мышц живота
3. Необходимость улучшения качества существующего рубца после предшествующих 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 редуционной 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-апоневротического 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 миниабдоминальной пластике 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
2. 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. 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

139. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности

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

140. В чем отличие гиперпластического ожирения от гипертрофического:

1. в количестве адипоцитов и их размере
2. в количестве адипоцитов
3. в размере адипоцитов

141. Какой слой подкожно-жировой клетчатки не определяет контуры фигуры:

1. висцеральный
2. субфасциальный
3. подкожный

142. Чем характеризуются жировые отложения по женскому типу

1. относительно равномерным увеличением толщины подкожножирового слоя конечностей и туловища
2. частым наличием жировых ловушек в области флангов и в субментальной области
3. локальным увеличением объема преимущественно глубокого слоя жировой ткани в области бедер, коленей, живота

143. Противопоказанием для проведения липосакции не является:

1. Варикозное расширение вен
2. Лимфостаз конечностей
4. Тромбофлебит в анамнезе
5. Период лактации
6. Все вышеперечисленное

145. Фасция Скарпа делит жировую клетчатку передней брюшной стенки на:

1. Поверхностный и глубокий
2. Два слоя поверхностной клетчатки

146. Глубокий слой жировой клетчатки состоит из:

1. Плотных жировых долек, разделенных многочисленными волокнистыми перегородками
2. Аморфных непостоянных жировых карманов

147. При механической липосакции средняя потеря крови на 1 литр жировой эмульсии составляют:

- 1.250 мл
2. 500 мл
3. 100 мл

148. Длина хода при пересадке жировой ткани (липофилинге) определяется:

1. Не более 3 см
2. Не более 5 см
3. Определяется длиной канюли и разметкой

149. При значительно растянутой коже, незначительном количестве подкожно-жирового слоя и резко ослабленном тонусе мышечного каркаса передней брюшной стенки пациенту показано:

1. Стандартная классическая абдоминопластика
2. Закрытая мини-абдоминопластика
3. Миниабдоминопластика
4. Модифицированная абдоминопластика (дермолипэктомия и пластика апоневроза)

150. Верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике:

1. Мечевидный отросток
2. Край реберной дуги
3. Эпигастральная область
4. Зона отслойки может быть при необходимости продолжена на область грудной клетки

151. Причиной развития подапоневрологических гематом после отслойки кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки является:

1. Выполнение отслойки без предварительной инфильтрации
2. Нестабильное артериальное на протяжении операции
3. Выполнение отслойки без выделения и коагуляции перфорантных сосудов
4. Все вышеперечисленное
5. Ничего из вышеперечисленного

152. Если пациенту после пластики щеки не возвращается чувствительность предъязычной области и наружного уха через несколько недель. Это указывает на повреждение

1. щечного нерва
2. большого ушного нерва
3. может указывать не на повреждение, а на задержку возвращения чувствительности аурикулотемпорального нерва
4. ни один из вышеперечисленных

153. Окончательная коррекция всех измененных структур носа с использованием приемов

эстетической пластической хирургии может быть выполнена в возрасте:

- а) 5—6 лет;
- б) 12—14 лет;

в) 16 лет и старше.

154. Остаточными называются деформации носа:

- а) не устраненные во время первичной операции;
- б) возникшие после воспалительных осложнений или рубцовых процессов;
- в) возникшие после неправильно спланированного оперативного лечения.

155. Способ вторичной ринохеилопластики по В.А. Виссарионову предусматривает устранение дефицита носовой слизистой оболочки:

- а) кожно-хрящевым трансплантатом из ушной раковины;
- б) «скользящим» лоскутом, содержащим рубцово-измененные ткани верхней губы;
- в) лоскутом из нижней носовой раковины.

156. Предпочтительнее выполнять коррекцию рубцовой деформации губы и остаточной деформации носа:

- а) одновременно;
- б) в два этапа.

157. Если деформация носа сопровождается искривлением костно-хрящевой перегородки носа, вторичная ринохеилопластика должна предусматривать ее коррекцию?

- а) да;
- б) нет.

158. При остаточных деформациях носа после устранения двусторонней расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба основания крыльев носа смещены:

- а) вверх и медиально;
- б) вниз и латерально;
- в) соответствуют возрастной норме.

159. При переломах костей лица наиболее часто повреждается:

- а) нижняя челюсть;
- б) верхняя челюсть;
- в) скуловая кость;
- г) кости носа.

160. Первичная хирургическая обработка мягких тканей лица проводится в сроки:

- а) до 12 часов после ранения;
- б) до 24 часов после ранения;
- в) до 48 часов после ранения;
- г) до 72 часов после ранения.

161. Переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда без смещения отломков считаются закрытыми.

- а)да;
- б)нет.

162. Причиной возникновения диплопии при переломе скуловой кости является:

- а)травма глазного яблока;
- б)травма зрительного нерва;
- в)смещение глазного яблока;
- г)внутриглазничная гематома.

162. Наиболее стабильная фиксация костных фрагментов при переломах челюстей осуществляется при помощи:

- а)проволочного шва;
- б)спицКиршнера;
- в)титановых мини-пластин;
- г)назубных проволочных шин с межчелюстной резиновой тягой

163. Повторные латеральные остеотомии костей пирамидки носа связаны с меньшим риском кровотечения и образования гематом

- а)да;
- б)нет.

164. Остеотомию носовых костей не рекомендуется проводить выше уровня медиальных кантусов в связи с

- а)большей толщиной носовых костей;
- б)опасностью повреждения лобной пазухи;
- в)возможностью повреждения слезных путей;
- г)опасностью внутричерепных осложнений;
- д)всем вышеперечисленным.

165. Для операции на носовой перегородке под местной анестезией достаточно добиться анестезии

- а)внутренних носовых ветвей подглазничного и переднего решетчатого нервов;
- б)внутренних носовых ветвей подглазничного и заднего решетчатого нервов;
- в)переднего и заднего решетчатого нервов;
- г)внутренних носовых ветвей подглазничного нерва;
- д)носонебного нерва и переднего решетчатого нерва

166. Птоз молочной железы обусловлен:

- а)увеличением ее объема;
- б)постлактационным уменьшением объема;
- в)действием момента силы тяжести;
- г)снижением упругости кожи

167. Наиболее действенное из перечисленных средств профилактики рецидивного птоза:

- а) вертикальная пликация паренхимы;
- б) мышечный «ремень» или «балкон», поддерживающий паренхиму;
- в) уменьшение массы и высоты конуса молочной железы;
- г) укрепление кожно-подкожного чехла.

168. Риск возникновения местных рецидивов после выполнения коже сохраняющей мастэктомии находится в следующих пределах:

- а) 0—10%;
- б) 10—20%;
- в) 20—30%;
- г) 30—35%;
- д) 35—40%.

169. В течение раннего послеоперационного периода после РМЖ TRAM-лоскутом произошло «проседание» лоскута с западением тканей в подключичной области и избытком их по нижнему краю. Через 6 месяцев после операции пациентка расстроена и настаивает на повторном вмешательстве. Что делать?

- а) установить анатомический имплантат для заполнения вмятины в подключичной области и резецировать нижнюю часть лоскута;
- б) поставить круглый имплантат для устранения контурного дефекта по верхнему краю воссозданной железы;
- в) мобилизовать верхний край лоскута и заново фиксировать его в правильном положении подшиванием к большой грудной мышце;
- г) верхний край в зоне депрессии заполнить липофилингом, а нижний край лоскута уменьшить липосакцией;
- д) зону втяжения тканей заместить лоскутом широчайшей мышцы спины, а нижнюю часть TRAM-лоскута уменьшить липосакцией.

170. Наиболее удобным прикроватным средством мониторинга свободного лоскута при реконструкции груди является:

- а) дуплексный сканер;
- б) имплантируемый доплер;
- в) ручной (переносной) доплер;
- г) интравенозный флуоресцин;
- д) термометр.

171. Через 6 недель после операции в верхнем крае свободного TRAM-лоскута обнаружено уплотнение. Выберите правильную тактику:

- а) продолжение наблюдения за возможным липонекрозом (липосклерозом);
- б) эксцизионная биопсия;
- в) консультация онколога и радиотерапевта на предмет местного рецидива опухоли;
- г) игольчатая биопсия;
- д) дренирование.

6.3. Рекомендуемая литература

1. Абакумов, М. М. Медицинская диссертация : руководство / М. М. Абакумов - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-4790-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447901.html>. - Режим доступа : по подписке.
2. Аполихина, И. А. Эстетическая гинекология / под ред. Аполихиной И. А. , Сухих Г. Т. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-6569-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465691.html>. - Режим доступа : по подписке.
3. Ганцев, Ш. Х. Рак кожи. Меланома / Ганцев Ш. Х. , Кзыргалин Ш. Р. , Тимин К. Е. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. (Серия "Онкология") - ISBN 978-5-9704-5658-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456583.html>. - Режим доступа : по подписке.
4. Епифанов, В. А. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области / Епифанов В. А. , Епифанов А. В. [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-5390-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453902.html>. - Режим доступа : по подписке.
5. Епифанов, В. А. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области / Епифанов В. А. , Епифанов А. В. [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-5390-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453902.html>. - Режим доступа : по подписке.
6. Каприн, А. Д. Маммология / под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 496 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5070-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450703.html>. - Режим доступа : по подписке.
7. Каприн, А. Д. Маммология : национальное руководство / под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4521-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445211.html>
8. Каприн, А. Д. Рак молочной железы / под ред. Каприна А. Д. , Рожковой Н. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 456 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4599-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445990.html>. - Режим доступа : по подписке.
9. Кулаков, А. А. Дополнительные материалы к изданию "Челюстно-лицевая хирургия : национальное руководство" / Под ред. А. А. Кулакова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - (Серия "Национальные руководства"). - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4853-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448533-PRIL.html>. - Режим доступа : по подписке.
10. Кулаков, А. А. Челюстно-лицевая хирургия / под ред. Кулакова А. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 692 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4853-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448533.html>. - Режим доступа : по подписке.
11. Кулаков, А. А. Челюстно-лицевая хирургия / под ред. Кулакова А. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 692 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4853-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448533.html>. - Режим доступа : по подписке.
12. Махамбетчин, М. М. Врачебные ошибки : причины, анализ и предупреждение / Махамбетчин М. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, . - 240 с. - ISBN 978-5-9704-5796-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457962.html>. - Режим доступа : по подписке.

13. Патологические рубцы. Этиология, профилактика и лечение / Под ред. С. Н. Степанкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-6737-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467374.html>. - Режим доступа : по подписке.
14. Пластическая хирургия лица : руководство для врачей / под ред. К. П. Пшениснова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 792 с. - ISBN 978-5-9704-6542-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465424.html>. - Режим доступа : по подписке.
15. Полинская, Т. А. Больничный лист в вопросах и ответах : практическое руководство / Т. А. Полинская, С. В. Шлык, М. А. Шишов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - DOI : 10.33029/9704-5219-6-BOL-2019-1-224. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5563-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455630.html>. - Режим доступа : по подписке.
16. Рак молочной железы : учебное пособие / под ред. В. П. Летягина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-6353-6. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463536.html>. - Режим доступа : по подписке.
17. Ревишвили, А. Ш. Криохирurgia / под ред. А. Ш. Ревишвили, А. В. Чжао, Д. А. Ионкина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-4976-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449769.html>. - Режим доступа : по подписке.
18. Старчиков, М. Ю. Правовой минимум медицинского работника (врача) / Старчиков М. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-5538-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455388.html>. - Режим доступа : по подписке.
19. Старчиков, М. Ю. Юридическая регламентация лицензирования медицинской деятельности : проблемные вопросы правоприменения, судебная практика и типовые образцы документов / М. Ю. Старчиков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-5781-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457818.html>. - Режим доступа : по подписке.
20. Чиссов, В. И. Онкология : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-3982-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>. - Режим доступа : по подписке.

Дополнительная литература:

1. Билич, Г. Л. Анатомия человека : Атлас. Т. 3 / Билич Г. Л. , Крыжановский В. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-2349-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423493.html>. - Режим доступа : по подписке.
2. Борзяк, Э. И. Анатомия человека. Фотографический атлас. В 3 т. Том 2. Сердечно-сосудистая система. Лимфатическая система : учеб. пособие / Э. И. Борзяк, Г. фон Хагенс, И. Н. Путалова ; под ред. Э. И. Борзяка. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-3274-7. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432747.html>. - Режим доступа : по подписке.
3. Ганцев, Ш. Х. Рак молочной железы : руководство для врачей / под ред. Ш. Х. Ганцева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 128 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3293-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432938.html>. - Режим доступа : по подписке.

4. Гостищев, В. К. Общая хирургия : учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. - ISBN 978-5-9704-3214-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>. - Режим доступа : по подписке.
5. Дыдыкин, С. С. Современные хирургические инструменты : справочник / С. С. Дыдыкин, Е. В. Блинова, А. Н. Щербюк - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-3742-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437421.html>. - Режим доступа : по подписке.
6. Золотов, А. С. Очерки по хирургии повреждений периферических нервов / Золотов А. С. , Пак О. И. , Дьячкова Ю. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2394.html>. - Режим доступа : по подписке.
7. Митрошенков, П. Н. Базовые принципы внутренней фиксации лицевого скелета / П. Н. Митрошенков [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-3811-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438114.html>. - Режим доступа : по подписке.
8. Митрошенков, П. Н. Базовые принципы внутренней фиксации лицевого скелета / П. Н. Митрошенков [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-3811-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438114.html>. - Режим доступа : по подписке.
9. Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2 т. Том 1 / Николаев А. В. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-2613-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426135.html>. - Режим доступа : по подписке.
10. Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2 т. Том 2 / Николаев А. В. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-2614-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426142.html>. - Режим доступа : по подписке.
11. Пискунов, Г. З. Перфорация перегородки носа и ее лечение / Г. З. Пискунов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 72 с. - ISBN 978-5-9704-3651-6. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436516.html>. - Режим доступа : по подписке.
12. Сапин, М. Р. Анатомия человека / Сапин М. Р. , Брыксина З. Г. , Чава С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-3480-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434802.html>. - Режим доступа : по подписке.
13. Сизоненко, В. А. Атлас термических поражений / В. А. Сизоненко [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-3853-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438534.html>. - Режим доступа : по подписке.
14. Стучилов, В. А. Травматические повреждения глазницы и слезоотводящих путей / Стучилов В. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-3439-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434390.html>. - Режим доступа : по подписке.
15. Червонная, Л. В. Пигментные опухоли кожи / Червонная Л. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-3673-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436738.html>. - Режим доступа : по подписке.
16. Чиссов, В. И. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Чиссова В. И. , Давыдова М. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 576 с. - ISBN 978-

5-9704-2359-2. - Текст : электронный // URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423592.html>. - Режим доступа : по подписке.