

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России

_____ М.В. Хорева

«11» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.60 Пластическая хирургия

Направленность (профиль) программы

Пластическая хирургия

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2023 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 10.06.2022 № 547, педагогическими работниками кафедры Пластической, реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Мантурова Наталья Евгеньевна	Д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой пластической, реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий
2	Косминкова Ирина Николаевна	К.м.н.	Ассистент кафедры пластической, реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры Пластической, реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий

протокол № 8 от «29» марта 2023 г.

Заведующий кафедрой

_____/Н.Е. Мантурова/

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	11
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций	123
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	124

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-пластический хирург и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач - пластический хирург – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в

	профессиональном контексте	профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
		УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
		УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
		УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
		УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении

		карьерной траектории
--	--	----------------------

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способен	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам

	назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-7.2 Проводит в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов

	неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
--	---	--

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи населению в амбулаторных условиях по профилю "пластическая хирургия"	ПК-1.1 Проводит диагностику повреждений, врожденных и приобретенных дефектов и деформаций и (или) состояний у пациентов ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, контролирует его эффективность и безопасность ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями ПК-1.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению	02.062 Профессиональный стандарт - "Врач-пластический хирург"

		населения ПК-1.6 Оказывает медицинскую помощь пациентам в экстренной форме	
	ПК-2. Способен к оказанию специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи населению в стационарных условиях по профилю "пластическая хирургия"	ПК-2.1 Проводит лечение пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями головы и шеи ПК-2.2 Проводит лечение пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями туловища и конечностей, за исключением кисти ПК-2.3 Проводит лечение пациентов с изолированными и синдромальными краниосинтозами и врожденными пороками развития челюстно-лицевой области ПК-2.4 Проводит лечение пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями кисти и нуждающихся в реплантации сегментов конечностей ПК-2.5 Проводит лечение женщин с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями урогенитальной области, в том числе при смене пола ПК-2.6 Проводит лечение мужчин с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями урогенитальной области, в том числе при смене пола	02.062 Профессиональный стандарт - "Врач-пластический хирург"
	ПК-3. Способен к оказанию первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по	ПК-3.1 Проводит медицинское обследование пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза ПК-3.2 Назначает лечение пациентам с хирургическими заболеваниями и (или)	02.043 Профессиональный стандарт "Врач - хирург"

	профилю "хирургия"	состояниями, контролирует его эффективность и безопасность ПК-3.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ПК-3.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями ПК-3.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-3.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме	
	ПК-4. Способен к оказанию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю "хирургия"	ПК-4.1 Проводит медицинское обследование пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза ПК-4.2 Назначает лечение пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контролирует его эффективность и безопасность ПК-4.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ПК-4.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями ПК-4.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по	02.043 Профессиональный стандарт "Врач - хирург"

		профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-4.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-5. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-5.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача ПК-5.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа ПК-5.3 Контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	02.062 Профессиональный стандарт – "Врач-пластический хирург" 02.043 Профессиональный стандарт "Врач - хирург"
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	ПК-6. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний	ПК-6.1 Планирует научно-исследовательскую деятельность ПК-6.2 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность ПК-6.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний	Обобщение отечественного и зарубежного опыта

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимися в

проверки	результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ (продемонстрировать навык) на два практических вопроса. Первый навык может быть продемонстрирован на тренажере-симуляторе, на силиконовом/нетканом материале, в процессе выполнения манипуляции/ассистенции. В процессе демонстрации обучающийся должен продемонстрировать технику наложения швов разного типа, технику рассечения тканей, определения диссекционного слоя, демонстрации фигур местной пластики, закрытия дефектов различной формы и площади. Второй навык может заключаться в: лабораторном или инструментальном исследовании (в процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование), в демонстрации навыка предоперационного фотографирования (выбор ракурса, положения, фокусного расстояния), в демонстрации навыка определения оптимального направления разреза (силовых линий кожи), навыка подбора медицинского устройства (имплантата, экспандера) по каталогам в соответствии с заданными индивидуальными параметрами пациента. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.

Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)
----------------------------	--

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	Раневой процесс
1	Первая фаза раневого процесса характеризуется признаками в области раны
	грануляциями
	отеком
	отсутствием отделяемого
	флюктуацией
2	Хронической называется рана, не заживающая в течении _____ недель
	4
	6
	8
	10
3	Развитие анаэробной инфекции в ране характеризуется
	анемией
	тромбоцитопенией
	замедленным СОЭ
	моноцитозом
4	Особенностью течения раневого процесса у пациентов с сахарным диабетом является
	сокращение второй фазы раневого процесса
	ускорение эпителизации раны
	образование гипертрофических рубцов
	удлинение первой фазы и замедление образования грануляций
5	Фазой раневого процесса является
	ремоделирование рубца
	реинервация тканей
	реваскуляризация тканей
	лимфатический отек
6	Клиническим симптомом 1 фазы раневого процесса является

	отек в области раны
	образование грануляционной ткани
	созревание грануляционной ткани
	дегидратация раны
7	Анаэробная инфекция чаще всего развивается в _____ ранах
	разможенных и огнестрельных
	ушибленных и осадненных
	резанных и рубленых
	ожоговых и лучевых
8	Достоверными методами оценки динамики раневого процесса являются
	клинический, цитологический и
	бактериологический
	гистохимический
	биохимический
	ультразвуковой
9	Укушенные раны опасны развитием бешенства, столбняка и
	анаэробной инфекции
	рожистого воспаления кожи
	глубокого микоза
	опоясывающего лишая
10	Характерными местными признаками клостридиальной анаэробной инфекции
	являются выбухание мышц из раны и
	наличие фликтен
	гиперемия кожи вокруг раны
	вялые грануляции
	обильное гнойное отделяемое
11	Клиническими симптомами свежих ран являются боль, кровотечение и
	зияние
	струп
	гнойное отделяемое
	выделение пузырьков газа из раны
12	По характеру ранящего предмета раны классифицируются как
	колотые и резанные
	острые и хронические
	чистые и инфицированные
	гнойные и чистые
13	Легкость удаления повязки из раны зависит от
	прочности повязки на разрыв
	гидрофильности повязки
	способности компонентов повязки образовывать гель при контакте с экссудатом
	размеров повязки и наличия фиксирующих компонентов
14	Мацерация краев раны возможна при применении повязки

	гидроколлоидной
	альгинатной
	сорбирующей
	коллагеновой
15	Показаниями к смене повязки являются боль в области раны и
	промокание повязки
	просьба пациента
	необходимость перевода пациента в другое медицинское учреждение
	выписки пациента из стационара
16	На процесс заживления ран влияют факторы
	натяжение тканей по линии швов
	тип кожи по Фицпатрику
	количество волосяных фолликулов по краям раны
	время обращения за первой помощью
17	Альгинатные повязки применяют для лечения ран
	с бильным и умеренным экссудатом
	со скудным экссудатом
	эпителизирующихся ран
	после первичной хирургической обработки
18	Задачами повязки в I фазу раневого процесса являются защита раны от
	механических воздействий и
	удаление бактерий, токсинов, некротических тканей
	снижение активности тканевых протеаз
	возможность редкой смены повязки
	возможность самостоятельной смены повязки
19	Сроки первичной хирургической обработки ран (пхо) после травмы до
	_____ часов
	4
	12
	36
	72
20	Для фазы пролиферации показаны повязки губчатые полиуретановые и
	гидроколлоидные
	спирто-гепариновые
	спиртовые
	пленочные
21	Ошибочной тактикой в фазу эпителизации считают использование повязки
	альгинатной
	коллагеновой
	сетчатой с перуанским бальзамом
	полиуретановой губчатой
22	В качестве первичной сетчатая повязка при хронических ранах используется в
	сочетании с _____ повязкой

	гидрогелевой
	сорбирующей
	альгинатной
	коллагеновой
23	Для поддержания влажной среды и аутолитического очищения раны показана самофиксирующая повязка
	гидроколлоидная
	с комбинацией коллагена и целлюлозы
	альгинатная
	сорбирующая
24	Для лечения пролежней во влажной среде следует использовать повязку
	с гидрополимером
	мазевую
	с комбинацией коллагена и целлюлозы
	спирто-гепариновую
25	Для осуществления вакуумной терапии хронических ран применяют повязки
	губчатые
	пленочные
	альгинатные
	гидрогелевые
26	Недостатком пленочных повязок (например: гидрофильм, биодеспол, омидерм, ddbm) является
	отсутствие дренажных свойств
	повышенный риск мацерации окружающих тканей
	необходимость постоянного увлажнения
	плотная фиксация к окружающим тканям
27	Для гидрогелевых пластин (гелепран, гидросорб, вап-гель), используемых при лечении поверхностных и пограничных ожогов характерны сорбирующая способность и
	возможность редкой смены повязки 2-3 суток
	наличие депо-системы лекарственных препаратов в составе повязки
	подавления тканевых протеаз
	отсутствие дренажных свойств
28	Первая помощь при случайных ранах включает остановку кровотечения и
	введение обезболивающих средств
	проведении первичной хирургической обработки раны
	введение противостолбнячной сыворотки
	введение антибиотиков
29	Фазой раневого процесса является
	ремоделирование рубца
	реинервация тканей
	реваскуляризация тканей
	лимфатический отек

30	Клиническим симптомом i фазы раневого процесса является
	отек в области раны
	образование грануляционной ткани
	созревание грануляционной ткани
	дегидратация раны
31	Осложнением дренирования ран является
	микробная контаминация через дренаж
	эвентрация внутренних органов
	гипоксия краев раны
	дегидратация раны
32	Ошибочной тактикой при лечении инфицированных ран с обильным отделяемым является применение
	повязок с мазями на жировой основе
	сорбирующей повязки
	альгинатной повязки
	гидроцеллюлярной повязки
33	В качестве первичной сетчатая повязка при хронических ранах используется в сочетании с _____ повязкой
	гидрогелевой
	сорбирующей
	альгинатной
	коллагеновой
34	Самофиксирующая повязка для поддержания влажной среды и аутолитического очищения раны
	гидроколлоидная
	альгинатная
	сорбирующая
	комбинированная с коллагеном и целлюлозой
35	Для промывания глубокого чистого умеренно экссудирующего дефекта следует применить
	физиологический раствор
	слабый раствор марганцово-кислого калия
	перекись водорода 3%
	спиртовой раствор хлоргексидина
36	При наличии раневой инфекции противопоказаны _____ повязки
	пленочные
	гидрогелевые
	комбинированные с коллагеном и целлюлозой
	альгинатные
37	Для осуществления вакуумной терапии хронических ран применяют _____ повязки
	губчатые
	пленочные
	альгинатные

	гидрогелевые
38	К ранним осложнениям ран относятся
	образование сером и гематом
	лигатурные свищи
	краевые некрозы
	нагноение
39	При вакуумной терапии хронической раны удаление излишков экссудата сопровождается
	уменьшением бактериальной колонизации и стимуляцией роста грануляционной ткани
	оптимизацией газообмена и уменьшение роста избыточных грануляций
	усилением аэрации и уменьшением болевого синдрома
	подавлением тканевых металлопротеаз и стимуляцией макрофагов
40	Показания к проведению вторичной хирургической обработки раны являются
	лихорадка и появление гнойных затеков
	появление вялых грануляций и фибрина в ране
	стабильное количество отделяемого и сохранение болевого синдрома
	субфебрилитет и появление фибрина в ране
41	Показанием к пластике дефекта простой мобилизацией краев раны
	небольшая площадь дефекта
	ограниченная подвижность окружающих тканей
	нарушенное кровообращение окружающих тканей
	наличие тяжелой сопутствующей патологии
42	Необходимыми этапами первичной хирургической обработки ран век являются
	ревизия анатомических структур и
	сопоставление переднего и заднего ребер края века
	тканевая экспансия при потере ткани
	введение раствора антибиотика в область операции
	блефароррафия
43	При сквозном вертикальном ранении век в первичную хирургическую обработку раны входит
	наложение тракционных швов
	замещение свободным кожным трансплантатом
	тканевая экспансия
	блефароррафия
1	Пластика свободной кожей
1	Для медикаментозной поддержки и оптимизации приживления свободного кожного трансплантата целесообразно назначение
	актовегин
	актиногеал
	ферменкол
	гидрокортизон
2	Полнослойный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности

	внутренней плеча
	тыла стопы
	боковой шеи
	наружной бедра
3	Начало периода реинервации расщепленного свободного кожного аутотрансплантата _____ месяцев
	3
	1
	2
	6
4	Реваскуляризация свободного кожного аутотрансплантата начинается в период с _____ дня
	3
	1
	10
	14
5	Для предотвращения поздних кожных контрактур при пересадке свободных лоскутов на вогнутых и сгибаемых поверхностях необходимо поводить в течении 2-3 месяцев
	съемное шинирование
	курс Букки терапии
	местные инъекции кортикостероидов еженедельно
	компрессионную терапию
6	Свободную пересадку кожи применяют с целью устранения
	поверхностного дефекта, который невозможно устранить местными тканями
	сквозного дефекта, включающего дефект кожи и слизистой оболочки
	дефекта слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти
	рубцового тяжа на вогнутой поверхности
7	Местным осложнением пересадки свободной кожи является
	некроз трансплантата
	гиперпигментация трансплантата после приживления
	рубцовая трансформация трансплантата после приживления
	кровотечение из трансплантата
8	Наиболее оптимальным местом, из перечисленных, для взятия свободного кожного трансплантата для пересадки на веки
	внутренняя поверхность ушной раковины
	внутренняя поверхность плеча
	наружная поверхность бедра
	передняя поверхность живота
9	Толщина свободного кожного лоскута по тиршу составляет в мм
	0,2-0,4
	0,5-0,6
	0,6-0,7
	0,7-0,8

10	Толщина свободного кожного лоскута по блэру-брауну в мм
	0,5-0,6
	0,2-0,4
	0,6-0,7
	0,8-1,0
11	Толщина свободного кожного лоскута по педжету в мм
	0,6-0,7
	0,2-0,4
	0,5-0,6
	0,8-1,0
12	Для ускорения приживления свободного кожного лоскута в послеоперационном периоде проводят лечение
	ГБО-терапию
	гидромассаж
	лимфодренаж
	криотерапию
13	Свободный кожный лоскут фиксируется в ране
	узловыми швами и давящей повязкой
	непрерывным внутрикожным швом и стрипами
	непрерывным обвивным швом и парафиновой повязкой
	швами по Донати и рыхлой повязкой
14	Увеличение площади свободного кожного аутотрансплантата достигается путем
	растяжения за счет
	нанесения множественных сквозных насечек
	уменьшения толщины
	увеличения толщины
	черепичного покрытия дефекта
15	Расщепленный кожный лоскут следует брать преимущественно с
	боковой поверхности бедра
	внутренней поверхности плеча
	заушной области
	тыльной поверхности стопы
16	Источником полнослойного свободного кожного лоскута является
	внутренняя поверхность плеча
	боковая поверхность бедра
	подъягодичная складка
	передняя брюшная стенка
17	Завершающим этапом реконструктивного вмешательства в области век с пересадкой свободного кожного лоскута является
	тракционные швы или блефароррафия
	инъекция местного анестетика в область операции
	инъекция кортикостероидов в область операции
	нанесение насечек на трансплантат

1	Пластика местными тканями
1	Вид пластики местными тканями, при котором происходит прирост тканей в направлении основного разреза
	встречными треугольными лоскутами
	лоскутами на ножке
	интерполированными лоскутами
	мобилизация краев раны в перпендикулярном направлении
2	Преимущество методов пластики местными тканями заключается в
	сходстве и однотипности тканей по строению и цвету
	снижении риска воспалительных осложнений
	широких пластических возможностях метода
	одноэтапности лечения
3	Основным правилом пластики местными тканями является
	отсутствие натяжения краев раны
	недопустимость мобилизации краев раны
	минимальная длина разреза
	недопустимость ушивания раны наглухо
1	Пластика мигрирующими лоскутами
1	Этапом устранения дефекта тканей при помощи лоскута Филатова является
	адаптация переносимого лоскута к гипоксии
	тканевая экспансия в донорской зоне
	удаление волосяных фолликулов переносимого лоскута
	истончение жировой клетчатки в донорской зоне
2	Донорским участком поверхности тела для острого филатовского стебля является
	внутренняя поверхность плеча
	внутренняя поверхность предплечья
	наружная поверхность бедра
	переднее-боковая поверхность брюшной стенки
3	Раневую поверхность на донорском ложе при формировании филатовского стебля закрывают при помощи
	ушивания на себя
	пересадки свободной кожи
	встречных треугольных лоскутов
	выдвижного лоскута
4	Биологическим свойством филатовского стебля является
	смена беспорядочного кровоснабжения на осевое в процессе формирования
	прирост ткани в процессе формирования
	возможность префабрикации в процессе формирования
	возможность подобрать сходные по цвету и качеству ткани донорской и реципиентной зон
5	Восстановление чувствительности филатовского стебля происходит в следующем порядке
	болевая – тактильная - температурная

	тактильная – болевая - температурная
	температурная – болевая - тактильная
	температурная – тактильная-болевая
1	Свободная пересадка реваскуляризируемых трансплантатов
1	Островковые лоскуты с осевым кровоснабжением могут быть пересажены в свободном варианте с реваскуляризацией и
	на ante- и ретроградном кровотоке
	на перекрестном кровотоке
	на коллатеральном кровотоке
	в свободном варианте без реваскуляризации
2	К недостаткам лопаточного реваскуляризируемого аутооттрансплантата относятся значительные временные затраты и
	нарушение функции верхней конечности
	короткая сосудистая ножка
	III тип кровоснабжения костной ткани лоскута
	значительная деформация донорской зоны
3	Недостатком латерального реваскуляризируемого аутооттрансплантата плеча является малая ширина трансплантата и
	короткая сосудистая ножка с малым диаметром сосуда
	нарушение функции верхней конечности
	риск развития хронического лимфатического отека конечности
	малая толщина трансплантата
4	I тип кровоснабжения реваскуляризируемых костных аутооттрансплантатов предполагается за счет
	внутрикостного кровоснабжения и надкостницы
	сосудистых коллатералей прикрепленной мышцы или фасции
	доминантного сосуда в кортикальном слое
	доминантного сосуда в кортикальном слое и мышечных сосудистых коллатералей
5	II тип кровоснабжения реваскуляризируемых костных аутооттрансплантатов предполагается за счет
	надкостницы и сосудистых коллатералей прикрепленной мышцы или фасции
	внутрикостного кровоснабжения и доминантного сосуда в кортикальном слое
	доминантного сосуда в кортикальном слое
	надкостницы
6	III тип кровоснабжения реваскуляризируемых костных аутооттрансплантатов предполагается за счет
	доминантного сосуда в кортикальном слое
	внутрикостного кровоснабжения
	надкостницы
	мелких сосудистых коллатералей прикрепленной мышцы или фасции
7	Наилучшие условия кровоснабжения можно прогнозировать у костного реваскуляризируемого аутооттрансплантата
	малоберцового
	ребеня подвздошной кости

	реберного аутооттрансплантата VI-VIII ребер
	лучевого с фрагментом лучевой кости
8	К кожно-костным реваскуляризируемым аутооттрансплантатам относятся
	малоберцовый и лопаточный
	лучевой и торакодорсальный
	боковой плеча и TRAM-лоскут
	DIEP-лоскут и IGAP-лоскут
9	Пути кровоснабжения реваскуляризируемой кости являются
	внутрикостный, надкостничный и кортикальный
	костно-мозговой, диффузный и чрескожный
	губчато-кортикальный, диффузный и мультицентрический
	губчатый, чрескожный и кожно-фасциальный
10	Для замещения тотальных и субтотальных дефектов нижней зоны лица наилучшим является
	реваскуляризированный малоберцовый аутооттрансплантат
	реваскуляризированный гребень подвздошной кости
	свободный трансплантат костей свода черепа
	реваскуляризированный лопаточный аутооттрансплантат
11	При формировании челюстных изгибов полнослойная остеотомия возможна при использовании реваскуляризированных аутооттрансплантатов
	малоберцового и IX-X ребер
	лопаточного и VI-VII ребер
	подвздошного гребня и лучевой кости
	лопаточного и подвздошного гребня
12	При формировании челюстных изгибов из костных реваскуляризированных трансплантатов возможно иссечение полнослойных клиновидных участков кости при кровоснабжении костного трансплантата _____ типа
	1
	2
	2 и 3
	3
13	Подход к преобразованию формы реваскуляризируемой кости для реконструкции и создания изгибов челюстно-лицевой области основан на
	возможных путях кровоснабжения аутооттрансплантата
	антропометрических характеристиках донорской и реципиентной зоны
	максимально возможной длине аутооттрансплантата
	максимально возможной высоте аутооттрансплантата
14	Главным условием для зубного протезирования после реконструкции челюстно-лицевой области реваскуляризованными костными аутооттрансплантатами является
	соответствие высоты донорской и реципиентной костей
	точное воссоздание лицевых изгибов
	симметрия углов нижней челюсти
	сохранность движений в височно-нижнечелюстном суставе

1	Рубцы, лечение рубцов и рубцовых деформаций
1	Начало профилактического применения противорубцовых силиконовых покрытий рекомендуется
	с момента полной эпителизации
	с момента снятия швов
	сразу после операции
	по окончании созревания рубца
2	Местное компрессионное воздействие на рубец в качестве противорубцовой терапии следует применять
	до момента полного созревания рубца
	в течении 1 месяца после операции
	в течении 2 месяцев после операции
	в течении 6 месяцев после операции
3	Противорубцовый эффект силиконовых покрытий наступает
	от 3-х недель до 1 года
	от 3 месяцев до 1,5 лет
	от 6 месяцев до 1 года
	от 1 года до 1,5 лет
4	Временные рамки использования самофиксирующихся противорубцовых силиконовых покрытий ограничены
	временем утраты покрытием адгезивных свойств
	загрязнением покрытия
	отсутствием адекватного воздухообмена в области рубца
	возникновением мацерации в области применения
5	Действие силиконсодержащих противорубцовых средств заключается в компрессии рубца и
	уменьшении обезвоживания формирующейся рубцовой ткани
	улучшении микроциркуляции окружающих тканей
	снижении риска образования лигатурных свищей
	препятствии для воздействия УФ-излучения и гиперпигментации
6	Силиконовые покрытия для профилактики патологического рубцевания обеспечивают защиту рубца от внешнего механического воздействия и
	предотвращения гиперкератоза и избыточного фиброгенеза
	повышенной гидратации
	длительного периода онемения
	образования лигатурных свищей
7	Показанием к применению силиконовых тэйпов является лечение и профилактика
	гипертрофических и келоидных рубцов
	атрофических рубцов
	рубцов postakhne
	рубцов striagravidarum
8	К противорубцовым мероприятиям относятся местная и общая гормонотерапия и
	компрессия
	лимфодренаж

	магнитотерапия
	криотерапия
9	Из перечисленных противорубцовых препаратов протеазы содержит
	актиногеал
	дипроспан
	кело-кот
	кеналог
10	Режим проведения электродного фармофореза с препаратами, содержащими коллагенные протеазы с целью предупреждения патологического рубцевания
	2-4 блока по 10 процедур ежедневно/через день с недельным перерывом
	1 блок по 10 процедур ежемесячно до созревания рубца
	по 1 блоку из 3 процедур до и после буки-терапии
	в течении 1,5-2 месяцев после хирургической коррекции ежедневно/через день
11	Противорубцовые пластины из силиконового геля (напр. Эластодерм)
	нуждается в дополнительной фиксации пластырем
	самофиксирующийся материал
	возможно использовать не более 2-3 дней
	не переносит мытья
12	Целью назначения лазерного фракционного фототермолиза в противорубцовых программах является
	ремоделирование тканей в ответ на выброс стрессовых медиаторов в виде активации полипотентных клеток вокруг зоны поражения
	противовоспалительное действие в ответ на угнетение избыточной активности клеточных элементов
	локальный нагрев структур, содержащих меланин или гемоглобин
	последующее удаление обширных участков эпидермиса путем их выпаривания, нагревание подлежащей дермы
13	В состав жидких противорубцовых силиконовых гелей/кремов входят
	витамины А и Е
	гиалуроновая кислота
	диметиламиноэтанол (DMAE)
	метиурацил
14	Самоклеющимся противорубцовым силиконовым покрытиям (тэйпом) является
	мепиформ
	эластодерм
	скаргуард
	стери-стрип
15	Временные рамки использования самофиксирующихся противорубцовых силиконовых покрытий ограничены
	временем утраты покрытием адгезивных свойств и целостности
	отсутствием адекватного воздухообмена в области рубца
	возникновением мацерации в области применения
	загрязнением покрытия

16	Сроки назначения букки-терапии при комплексном лечении впервые возникшего келоидного рубца
	с момента полной эпителизации раны
	в предоперационном периоде
	в первые сутки после хирургического лечения
	непосредственно после снятия швов
17	В раннем периоде после применения противорубцовой буки-терапии местно следует назначить
	актовеги/солкосерил гель
	мазь/гель, содержащую антибактериальный препарат
	мазь/гель, содержащую противогрибковый препарат
	гепаринсодержащую мазь/гель
18	Стандартная доза препарата лонгидазы, используемая на одну процедуру при внутримышечном/внутрирубцовом введении _____ед
	3000
	1000
	2000
	4000
19	При лечении келоидного рубца в области ушной раковины лазерную деструкцию целесообразно сочетать с
	местной гормонотерапией
	Букки-терапией
	СВЧ-криодеструкцией
	прессотерапией
20	Лазерную деструкцию/абляцию при консервативном лечении келоидных и гипертрофических рубцов целесообразно сочетать с
	местной гормонотерапией кортикостероидами
	Буки-терапией
	общей гормонотерапией кортикостероидами
	СВЧ-криодеструкцией
21	Перед лазерной коррекцией рубцов postakhne целесообразно провести
	липофилинг области коррекции
	местную гормонотерапию кортикостероидами
	общую гормонотерапию кортикостероидами
	курс лечения препаратами, содержащими протеазы
22	Характерными признаками ранней местной реакции тканей на противорубцовую буки-терапию
	гиперемия и чувство жжения
	онемение
	временная депигментация
	скудная экссудация
23	Наиболее эффективно электродный фонофорез рубца с препаратами протеаз целесообразно сочетать с введением препаратов лонгидазы
	внутримышечно и в рубец

	интраректально и перорально
	интраректально и сублингвально
	внутривенно и интраректально
24	Сочетание местного и внутримышечного применения препаратов, содержащих протеазы показано при обширных рубцах и рецидивирующем келоиде множественных атрофических рубцах рубцах postakhne рубцах striagraviderum
25	Клиническим признаком атрофического кожного рубца является расположен ниже поверхности окружающей его кожи выступает над поверхностью окружающей его кожи находится на одном уровне с окружающей его кожей чередующиеся участки выпуклости и западения
26	Клиническим признаком нормотрофического зрелого кожного рубца является светлый цвет темно-розовый цвет расположение ниже поверхности окружающей его кожи наличие видимых сосудов в толще рубца
27	Характеристика рельефа нормотрофического рубца находится на одном уровне с окружающей его кожей выступает над поверхностью окружающей его кожи расположен ниже поверхности окружающей его кожей чередующиеся участки выпуклости и западения
28	Исключительными признаками келоидного рубца являются разрастание рубцовой ткани за пределы первоначальных границ рубца и визуализация сосудов в толще рубца плотная консистенция темно-розовый цвет спаянность с подлежащими тканями
29	Признаком простого зрелого гипертрофического рубца является темно-розовый цвет и возвышение над поверхностью кожи зазрастание за пределы первоначальных границ зуд и боль в области рубца расположение ниже поверхности окружающей кожи
30	Характеристики кожного рубца ухудшаются при отклонении оси раны от силовых линий кожи Лангера независимо от градуса при отклонении оси раны от силовых линий кожи Лангера более, чем на 45° градусов градус отклонения оси раны от направления силовых линий кожи Лангера не имеет значения для формирования рубца при отсутствии градуса отклонения оси раны и силовых линий кожи Лангера

31	Наиболее частая локализация келоидного рубца в области головы и шеи
	задняя поверхность ушной раковины
	верхние веки
	предушная область
	субментальная область
32	Наиболее часто фоновым заболеванием при рецидивирующих келоидных рубцах является
	аутоиммунный зоб Хашимото
	хронический пиелонефрит
	язвенная болезнь 12-перстной кишки
	красный плоский лишай
33	Начало профилактического применения противорубцовых силиконовых покрытий рекомендуется
	с момента полной эпителизации
	с момента снятия швов
	сразу после операции
	по окончании созревания рубца
34	Местное компрессионное воздействие на рубец в качестве противорубцовой терапии следует применять
	до момента полного созревания рубца
	в течении 1 месяца после операции
	в течении 2 месяцев после операции
	в течении 6 месяцев после операции
35	Противорубцовый эффект силиконовых покрытий наступает
	от 3-х недель до 1 года
	от 3 месяцев до 1,5 лет
	от 6 месяцев до 1 года
	от 1 года до 1,5 лет
36	Временные рамки использования самофиксирующихся противорубцовых силиконовых покрытий ограничены
	временем утраты покрытием адгезивных свойств
	загрязнением покрытия
	отсутствием адекватного воздухообмена в области рубца
	возникновением мацерации в области применения
37	Действие силиконсодержащих противорубцовых средств заключается в
	компрессии рубца и
	уменьшении обезвоживания формирующейся рубцовой ткани
	улучшении микроциркуляции окружающих тканей
	снижении риска образования лигатурных свищей
	препятствии для воздействия УФ-излучения и гиперпигментации
38	Силиконовые покрытия для профилактики патологического рубцевания обеспечивают защиту рубца от внешнего механического воздействия и
	предотвращения гиперкератоза и избыточного фиброгенеза
	повышенной гидратации

	длительного периода онемения
	образования лигатурных свищей
39	Показанием к применению силиконовых тэйпов является лечение и профилактика
	гипертрофических и келоидных рубцов
	атрофических рубцов
	рубцов postakhne
	рубцов striagravidarum
40	К противорубцовым мероприятиям относятся местная и общая гормонотерапия и
	компрессия
	лимфодренаж
	магнитотерапия
	криотерапия
41	Из перечисленных противорубцовых препаратов протеазы содержит
	актиногеал
	дипроспан
	кело-кот
	кеналог
42	Режим проведения электродного фармофореза с препаратами, содержащими
	коллагенные протеазы с целью предупреждения патологического рубцевания
	2-4 блока по 10 процедур ежедневно/через день с недельным перерывом
	1 блок по 10 процедур ежемесячно до созревания рубца
	по 1 блоку из 3 процедур до и после буки-терапии
	в течении 1,5-2 месяцев после хирургической коррекции ежедневно/через день
43	Противорубцовые пластины из силиконового геля (напр. Эластодерм)
	нуждается в дополнительной фиксации пластырем
	самофиксирующийся материал
	возможно использовать не более 2-3 дней
	не переносит мытья
44	Целью назначения лазерного фракционного фототермолиза в противорубцовых
	программах является
	ремоделирование тканей в ответ на выброс стрессовых медиаторов в виде
	активации полипотентных клеток вокруг зоны поражения
	противовоспалительное действие в ответ на угнетение избыточной активности
	клеточных элементов
	локальный нагрев структур, содержащих меланин или гемоглобин
	послойное удаление обширных участков эпидермиса путем их выпаривания,
	нагревание подлежащей дермы
45	В состав жидких противорубцовых силиконовых гелей/кремов входят
	витамины А и Е
	гиалуроновая кислота
	диметиламиноэтанол (DMAE)
	метилурацил
46	Самоклеящимся противорубцовым силиконовым покрытиям (тэйпом) является

	мепиформ
	эластодерм
	скаргуард
	стери-стрип
47	Временные рамки использования самофиксирующихся противорубцовых силиконовых покрытий ограничены
	временем утраты покрытием адгезивных свойств и целостности
	отсутствием адекватного воздухообмена в области рубца
	возникновением мацерации в области применения
	загрязнением покрытия
48	Фазой раневого процесса является
	ремоделирование рубца
	реинервация тканей
	реваскуляризация тканей
	лимфатический отек
49	Для удлинения тканей в области линейного рубца следует использовать метод пластики
	встречными треугольными лоскутами
	ротационным лоскутом
	тканевой экспансией
	дермабразией рубца
50	Для оптимального формирования послеоперационного рубца в области крупного сустава направление разреза должно проходить
	перпендикулярно подлежащим мышцам и сухожилиям
	вдоль подлежащих мышц и сухожилий
	под углом, приближающимся к направлению подлежащих мышц и сухожилий
	под углом, приближающимся к оси конечности
51	Для оптимального формирования послеоперационного рубца в области крупного сустава направление разреза должно проходить
	перпендикулярно подлежащим мышцам и сухожилиям
	вдоль подлежащих мышц и сухожилий
	под углом, приближающимся к направлению подлежащих мышц и сухожилий
	под углом, приближающимся к оси конечности
52	К факторам, влияющим на образование оптимального кожного рубца, относятся
	отсутствие натяжения краев раны и направление разреза, совпадающее с направлением силовых линий кожи
	оптимальное время снятия кожных швов и направление разреза, перпендикулярное силовым линиям кожи
	использование атравматичного шовного материала и учет типа кожи по Фицпатрику
	длительное использование кожных стрипов и щадящих повязок
53	Для устранения рубцового тяжа в области подмышечной впадины целесообразно использовать метод
	множественных боковых разрезов на прямом крае раны

	пластики с иссечением треугольников по Бурову
	иссечения рубца с пластикой дефекта ротационным лоскутом
	иссечения рубца с пластикой дефекта опрокидывающимся лоскутом
54	Недостатком метода пластики рубцовых дефектов и деформаций путем иссечения боковых треугольников по Бурову является
	неэкономное использование прилегающих тканей
	возможность использования только на слизистых оболочках
	формирование лоскута со случайным кровоснабжением
	возможность использовать только на вогнутых поверхностях
55	Способ поперечного рассечения рубцового тяжа с продольным соединением краев раны может быть применен в случае
	большой подвижности и эластичности тканей в области рубцового тяжа
	рубцовых тяжей исключительно на вогнутой поверхности тела
	ограниченной подвижности и эластичности тканей в области рубцового тяжа
	рубцовых тяжей исключительно в области спаек (век, углов рта)
56	При липофилинге рубца в жировой трансплантат целесообразно добавление
	аутоплазмы
	раствора низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
	раствора аскорбиновой кислоты
	препаратов, содержащих коллагеновые протеазы
57	С целью маскировки рубца в волосистой части головы следует соблюдать наклон скальпеля к оси волоса _____ градусов
	45
	0
	90
	120
58	Деформация рубца с образованием избытков кожи по типу «собачье ухо» возникает по причине
	превосходящей длины одной стороны раны над другой
	разреза, не соответствующего силовым линиям Лангера
	избыточного натяжения краев раны
	расположения разреза в области повышенной адгезии
59	При выраженной рубцовой деформации верхней губы, укорочении колумеллы и уплощении кончика носа наиболее эффективны
	реконструкция верхней губы по методу Abbe, кончика носа и удлинение колумеллы
	ревизия рубцов и формирование кончика носа местными тканями
	использование кожно-хрящевых трансплантатов в область филтрума и колумеллы
	пластика верхней губы свободным полнослойным кожным аутоотрансплантатом
60	Рубцовые деформации на лице после травмы следует устранять после
	формирования эластичных рубцов/созревания
	полной эпителизации раны
	года после завершения рубцевания
	полугода после завершения рубцевания

1	Топографическая анатомия
1	Внутренний носовой клапан расположен в зоне контакта крыла носа с боковой стенкой пирамидки носа
	переднего края хряща носовой перегородки и передней носовой ости
	хрящевой части перегородки носа с костной частью
	хрящевой части перегородки носа с носовым гребнем верхней челюсти
2	Фиксированной стенкой внутреннего носового клапана является
	носовая перегородка
	носовые кости
	боковая стенка носа
	нижняя носовая раковина
3	Мобильной стенкой внутреннего носового клапана является задний опорный комплекс и
	заднее-цефалический край латеральной ножки большого крыльного хряща и каудальный край верхнелатерального хряща
	задний край промежуточной ножки большого крыльного хряща и связка Питанги
	передний край медиальной и латеральной ножек большого крыльного хряща
	передний край и основание медиальных ножек большого крыльного хряща
4	Угол внутреннего носового клапана в норме составляет в среднем ____ градусов
	10-15
	20-25
	25-30
	30-35
5	Показатель носо-лобного угла в норме составляет в среднем ____ градусов
	30-33
	35-38
	40-45
	20-25
6	Показатель носо-губного угла в норме составляет в среднем ____ градусов
	95-105
	75-80
	85-90
	110-115
7	Показатель носо-лицевого угла в норме составляет в среднем ____ градусов
	34-36
	30-32
	25-30
	40-42
8	Анатомическими особенностями носа, повышающими вероятность нарушения носового дыхания после ринопластики, являются
	узкое основание носовой пирамиды и вертикально ориентированные латеральные ножки больших крыльных хрящей
	широкая спинка носа и медиальная позиция основания медиальных ножек больших

	крыльных хрящей
	широкое основание носовой пирамиды и горизонтально ориентированные латеральные ножки больших крыльных хрящей
	длинные носовые кости и протрузия колюмеллы (колонны носа)
9	Костная пирамида носа во фронтальной плоскости ограничена точками
	N (nasion) - R (inion)
	N (nasion) – Gn (gnathion)
	N (nasion) – Pr (pronasale)
	G (glabella) - R (inion)
10	Нижняя стенка полости носа представлена
	твердым и мягким небом
	стенкой решетчатого лабиринта
	телом верхней челюсти
	решетчатой пластинкой
11	Верхняя стенка полости носа представлена
	решетчатой пластинкой
	твердым и мягким небом
	стенкой решетчатого лабиринта
	телом верхней челюсти
12	Костная пирамида носа состоит из носовых костей и
	лобных отростков верхней челюсти и носового отростка лобной кости
	альвеолярных отростков верхней челюсти и сошника
	альвеолярных отростков верхней челюсти и решетчатой кости
	перпендикулярной пластинки решетчатой кости и сошника
13	Воздухоносные клетки решетчатой кости делятся
	передние, средние, задние
	верхние и нижние
	верхние, срединные, нижние
	медиальные, боковые, промежуточные
14	Кровоснабжение наружного носа осуществляется за счет артерии
	угловой и дорсальной носа
	инфраорбитальной и лобной
	инфраорбитальной и супраорбитальной
	крыловидные ветви верхнечелюстной артерии
15	В подкожной клетчатке наружного носа расположены мимические мышцы
	опускающая перегородку носа, мышца гордецов, носовая
	волокна круговой мышцы рта, наморщивающие бровь, порция круговой мышцы глаза
	наморщивающие бровь и порция буккальной
	порция круговой мышцы глаза и мышца мюллера
16	Чувствительная иннервация наружного носа обеспечивается надглазничным, подглазничным нервами и
	передним решетчатым и носоресничным

	задним решетчатым и обонятельным
	нервом крыловидного канала и надблоковым
	короткими ресничными и отводящим
17	Латеральная стенка полости носа представлена
	стенкой решетчатого лабиринта и лобным отростком верхней челюсти
	решетчатой пластинкой решетчатой кости
	перпендикулярной пластинкой решетчатой кости и сошником
	орбитальным отростком небной кости и небным отростком верхней челюсти
18	Нижний носовой ход ограничен нижней носовой раковиной и
	твердым небом
	решетчатым лабиринтом
	средней носовой раковиной
	мягким небом
19	Носовая перегородка образована перпендикулярной пластинкой решетчатой кости,

	сошником и четырехугольным хрящем
	малым крылом клиновидной кости и дополнительным хрящем
	продырявленной пластинкой решетчатой кости и медиальными ножками крыльных хрящей
	небным отростком верхней челюсти и горизонтальной пластинкой небной кости
20	Участвуют в кровоснабжении полости носа _____ артерии
	передняя и задняя решетчатые
	инфраорбитальная и лобная
	угловая и дорсальная носа
	крыловидные ветви верхнечелюстной артерии
21	В области клыковой ямки расположены
	подглазничный нерв и подглазничные сосуды
	верхний альвеолярный нерв и
	нижний альвеолярный нерв и
	слезный мешок и решетчатые нервы
1	Методы обследования
1	Эстетическим симптомом дисфункции носовых клапанов является
	спадения надкрыльных зон носа
	вестибулярное смещение краев латеральных ножек
	протрузия колюмеллы/колонны носа
	сглаженный концевой отдел носа
2	Функцией внутреннего носового клапана является
	кондиционирование воздуха
	стабильность концевой части носа
	усиление сенсорного восприятия обонятельных раздражителей
	дренирование придаточных пазух носа
3	Дисфункция внутреннего носового клапана возникает при следующем изменении параметров

	уменьшении угла
	увеличении угла
	укорочении длины
	уменьшении высоты
4	Субкомпенсированная дисфункция носовых клапанов характеризуется блокадой носовых клапанов при
	умеренно усиленном вдохе и спокойном дыхании ночью и отчетливый эффект от применения вазоконстрикторов
	спокойном дыхании днем и ночью и отсутствием эффекта от применения вазоконстрикторов
	максимальном вдохе, отсутствии эстетических дефектов и необходимости использования вазоконстрикторов
	умеренно усиленном вдохе днем и ночью и отсутствие эффекта от применения вазоконстрикторов
5	Блокада носовых клапанов диагностируется при
	симптоме прилипшего крыла носа
	при отрицательном тесте Коттла
	сниженной флотации боковых стенок и крыльев носа
	расширении просвета носового клапана при передней риноскопии
6	Отличие нормальной функции носовых клапанов от компенсированной дисфункции определяется
	симптомом прилипшего крыла при максимальном вдохе и положительным тестом Коттла
	выраженным эффектом от применения сосудосуживающих средств и затруднением дыхания во сне
	усилением флотации боковых стенок и крыльев носа при спокойном дыхании и отсутствием эффекта от применения сосудосуживающих средств
	отсутствием флотации крыльев носа при спокойном дыхании и отрицательным тестом Коттла
7	При эстетическом анализе наружного носа следует оценивать соотношение межкрыльного расстояния и
	межкантальнорасстояния и лицевой ширины
	расстояния между головками бровей и углами рта
	расстояния между углами рта и длиной глазной щели
	расстояния между головками бровей и межзрачкового расстояния
	при эстетическом анализе наружного носа следует оценивать соотношение межкрыльного расстояния и
8	Клиническую оценку флотации крыльев носа проводят при
	постепенном усилении силы вдоха
	задержке дыхания и резком выдохе
	постепенном увеличении частоты дыхания
	постепенном уменьшении частоты дыхания
9	Осмотр латеральной стенки внутреннего носового клапана производят при
	ротации кончика носа вверх
	ротации кончика носа вниз

	одностороннем смещении крыла носа в сторону
	двустороннем смещении крыльев носа в сторону
10	Проба Коттла для клинической оценки носового дыхания заключается в
	блокировании одного носового хода и смещении противоположного крыла носа латерально при спокойном дыхании
	блокировании одного носового хода при усиленном продолжительном вдохе через противоположную сторону
	оценке движения комочка ваты при блокировании одного носового хода и коротком вдохе и выдохе через противоположную сторону
	пальпаторном сужении концевого отдела носа с двух сторон при спокойном дыхании
11	Оценку окончательного результата эстетической ринопластики следует проводить не ранее _____ месяцев после операции
	6
	1
	3
	12
12	Современными объективными методами обследования при подготовке к ринопластике являются
	компьютерная томография и риноманометрия
	ортопантограммография и спирометрия
	рентгенография черепа в прямой и боковой проекции и посев из полости носа
	рентгенография черепа в полуаксиальной проекции и проведение пробы с вазоконстрикторами
13	Искривление спинки носа наилучшим образом выявляется при фотографировании в проекции
	аксиальной верхней
	аксиальной средней
	аксиальной нижней
	фронтальной
14	Общий уровень симметрии лица выявляется при фотографировании носа в проекции
	фронтальной
	косо-фронтальной
	аксиальной верхней
	аксиальной средней
15	Возможность оценки характеристик профиля носа и его пропорций выявляется при фотографировании в проекции
	боковой
	косо-фронтальной
	фронтальной
	аксиальной средней
16	Возможность оценки формы и ширины концевого отдела носа выявляется при фотографировании в проекции

	аксиальной нижней
	аксиальной верхней
	аксиальной средней
	фронтальной
17	Возможность оценки различий в уровне куполов и медиальных ножек больших крыльных хрящей выявляется в проекции
	аксиальной средней
	аксиальной нижней
	аксиальной верхней
	косо-фронтальных
18	Объективным методом исследования носового дыхания является
	риноманометрия
	проба Коттла
	проба с зеркалом Киллиана
	спирометрия
19	С помощью риноманометрии можно получить
	количественную оценку эндоназального давления воздуха в каждом носовом ходе
	визуальную оценку внутреннего носа
	техмерное изображение костей и мягких тканей
	информацию о скрытой перфорации с помощью луча света
20	Приобретенное сужение наружного носового клапана возникает при
	боковом смещении каудального края носовой перегородки и латеральной дислокации колонны носа
	ротации кончика носа вверх и уменьшении хрящевой горбинки
	укорочении каудального края носовой перегородки и сужении концевого отдела носа
	ослаблении латеральных ножек крыльных хрящей
21	Эстетическим симптомом дисфункции носовых клапанов является
	спадения надкрыльных зон носа
	вестибулярное смещение краев латеральных ножек
	протрузия колюмеллы/колонны носа
	сглаженный концевой отдел носа
1	Эстетическая ринопластика (первичная, вторичная)
1	Благоприятными анатомическими признаками наружного носа для сохранения носового дыхания после ринопластики являются
	длинные носовые кости и медиальная позиция основания медиальных ножек больших крыльных хрящей
	узкая спинка носа и латеропозиция медиальных ножек больших крыльных хрящей
	вертикально ориентированные латеральные ножки больших крыльных хрящей
	латеропозиция медиальных ножек больших крыльных хрящей и короткие носовые кости
2	К нарушению кровоснабжения концевого отдела носа приводит пересечение
	артерии
	верхней губной

	угловой
	дорсальной носа
	латеральной носовой
3	При оливообразном расширении концевого отдела носа показаны оперативные приемы
	сближение куполов
	резекция куполов
	иссечение овального участка тканей крыльев носа
	резекция переднего края четырехугольного хряща
4	Резекции цефалического края латеральных ножек крыльных хрящей приводит к
	ослаблению механической прочности крыла носа
	ротации кончика носа вверх
	уменьшению вестибулярного стеноза
	изменению проекции кончика носа
5	К поздним осложнениям септопластики относится
	перфорации носовой перегородки
	интрасептальная гематома
	артериальное кровотечение
	интерсептальное нагноение
6	Уменьшение объема концевого отдела носа достигается
	экономной резекцией цефалических краев крыльных хрящей, сближении и фиксации куполов
	рассечением mm. depressorseptinasi и ротацией концевого отдела вверх
	резекцией переднего края четырехугольного хряща и фиксации медиальных ножек крыльных хрящей на стропилке
	иссечением фиброзных тканей между латеральными ножками крыльных хрящей и под кожей
7	Внутренний носовой клапан формируется
	дорсо-каудальными краями верхнелатеральных хрящей в месте соединения с каудальным краем носовой перегородки
	L-образным расширением медиальных ножек крыльных хрящей
	кожей и крыльными хрящами в области мобильных стенок крыльев носа
	хрящевой частью перегородки носа (4-х угольного хряща)
8	При широком основании носа наиболее частой операцией является
	секторальная резекция крыльев носа и дна ноздрей
	сужение расширенных куполов и изменение кривизны латеральных ножек
	иссечение овального участка тканей крыльев носа
	наложение межкрыльных сближающих швов по Gruber
9	Для укрепления колонны носа целесообразно использовать фиксацию медиальных ножек крыльных хрящей
	к хрящевому трансплантату
	между собой
	к четырехугольному хрящу
	к коже

10	Увеличение угла дивергенции куполов крыльных хрящей достигается установкой межкупольного или подкупольного трансплантата
	трансплантата, продолжающего носовую перегородку
	выпрямляющих трансплантатов на латеральные ножки крыльных хрящей
	армирующих трансплантатов между медиальными ножками крыльных хрящей
11	Значительное увеличение проекции кончика носа достигается установкой кончикового трансплантата и
	трансплантата, продолжающего носовую перегородку
	сужением и фиксацией куполов
	межкупольного трансплантата
	имплантата/трансплантата спинки носа
12	К способам уменьшения проекции кончика носа относится
	одновременное укорочение медиальных и латеральных ножек по Rees
	установка трансплантата, продолжающего носовую перегородку
	сужение и фиксация куполов
	установка трансплантата между медиальными ножками крыльных хрящей
13	При фурункуле преддверия носа воспалительный процесс в пещеристый синус проникает через
	вены верхней губы и глазничную вену
	заднюю яремную вену
	крыловидное сплетение
	передние вены решетчатого лабиринта
14	Способом ротации концевого отдела носа вниз является
	установка и фиксация хрящевых трансплантатов к передней поверхности медиальных ножек больших крыльных хрящей
	резекция цефалических краев латеральных ножек крыльных хрящей с фиксацией куполов
	удлинение уздечки верхней губы
	иссечение/резекция мышц, опускающих перегородку носа
15	Для ротации кончика носа вверх могут быть использованы удлинение уздечки верхней губы и резекция
	цефалических краев латеральных ножек крыльных хрящей с фиксацией куполов
	поперечная резекция задних отделов латеральных ножек
	каудального края носовой перегородки
	с одновременным укорочением медиальных и латеральных ножек
16	Наиболее уязвимым местом наружного носа при эстетической ринопластике является
	надкрыльная зона носа
	колонна носа/колюмелла
	зона куполов крыльных хрящей
	область контакта переднего края перегородки носа с передней носовой остью
17	При планировании эстетической ринопластики в первую очередь следует учитывать

	приоритет дыхательной функции после операции
	возрастные ограничения
	приоритет эстетических пожеланий пациента
	возможность повторных вмешательств
18	Общим результатом уменьшающей ринопластики является уменьшение
	объема скелета наружного носа при сохранении размеров кожного чехла
	объема скелета наружного носа и размеров кожного чехла
	размеров кожного чехла при сохранении объема скелета наружного носа
	размеров кожного чехла при диспропорции между костным и хрящевым отделом носа
19	Возникновение эстетических нарушений после уменьшающей ринопластики является следствием диспропорции
	диспропорции между объемом скелета наружного носа и кожного чехла
	дисфункции внутреннего носового клапана
	дисфункции наружного носового клапана
	диспропорции между хрящевым и костным отделом носа
1	Реконструктивная ринопластика
1	Полная реконструкция носа включает остеотомию костей носа и
	реконструкцию крыльных хрящей и септопластику
	подслизистую резекцию перегородки носа и конхотомию
	подслизистую резекцию перегородки носа, санацию придаточных пазух носа и вазотомию нижних носовых раковин
	санацию придаточных пазух носа, конхотомию и пластику краев грушевидного отверстия
2	Тугая подвижность при переломе костей носа/остеотомии костей носа возникает на _____ сутки
	7
	10
	12
	14
3	Удаление гипсовой повязки после полной реконструкции носа показано на _____ сутки
	9-10
	7-8
	11-12
	14-15
4	При гладком течении послеоперационного периода через 2 недели после полной реконструкции костей носа в качестве самостоятельного домашнего ухода пациенту следует рекомендовать
	увлажняющие солевые спреи/ капли для полости носа
	сосудосуживающие капли
	капли с кортикостероидами
	масляные растворы и капли
5	Профилактика рубцовых деформаций носа, сформированного из ткани

	филатовского	стебля	заключается в применении
	наружной формирующей повязки и трубчатых стентов в носовые ходы		
	наружной коллодийной повязки и сменных мазевых тампонов в носовые ходы		
	гипсовой повязки и противорубцовой	Букки-терапии	
	периодической компрессии лоскута и местной гормонотерапии		
1	Общие вопросы		
1	Примерные потери жирового трансплантата от первоначально забранного объема при липофилинге составляет в процентах		
	40-50		
	5-10		
	15-20		
	20-25		
2	Наиболее устойчивым жировым трансплантатом для липофилинга является жировая клетчатка из области		
	внутренней поверхности коленного сустава		
	верхне-наружной бедра		
	передней брюшной стенки		
	подлопаточной зоны		
3	Наибольшее количество клеток мезенхимального зачатка содержит жировой трансплантат из области		
	передней брюшной стенки		
	верхне-наружной бедра		
	субментальной		
	подлопаточной зоны		
4	При подготовке жирового трансплантата с целью повышения жизнеспособности целесообразно добавление		
	аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами		
	эритроцитарной массы		
	препаратов кортикостероидного ряда		
	препаратов, улучшающих микроциркуляцию		
5	Деконтация жирового трансплантата заключается в		
	удалении соединительнотканых элементов		
	отмывании от элементов крови		
	измельчении		
	сепарации на фракции		
6	Полной реваскуляризации жирового трансплантата при липофилинге можно ожидать при диаметре канала в мм		
	2-3		
	4-5		
	5-6		
	7-8		
7	Длина хода при пересадке жировой ткани определяется		
	длиной канюли и разметкой		
	степенью измельчения жирового трансплантата		

	состоянием микроциркуляции окружающих тканей
	объемом вводимого жирового трансплантата
8	Фасция скарга дели жировую клетчатку передней брюшной стенки на
	поверхностный и глубокий слой
	два слоя поверхностной клетчатки
	два слоя глубокой клетчатки
	поверхностный и промежуточный глубокие слои
9	При проведении липофилинга из одного вкола можно сделать не более _____ каналов
	5
	3
	2
	1
10	Жировые отложения по женскому типу характеризуются
	локальным увеличением объема преимущественно глубокого слоя жировой ткани в области бедер, коленей, подпупочной зоны
	жироотложение в виде накопления висцерального жира
	относительно равномерным увеличением толщины подкожно-жирового слоя конечностей и туловища
	наличием жировых ловушек в верхней части тела – лицо, плечевой пояс, передняя грудная стенка
11	Количество вводимой жировой ткани при липофилинге за одну процедуру определяется
	реципиентной емкостью области коррекции
	возможностями донорских зон
	способом обработки жирового трансплантата
	количеством запланированных процедур
12	Липофилинг наиболее результативен в зонах с
	сохранной ангиоархитектоникой
	достаточной площадью дефекта
	достаточной подвижностью поверхностных тканей
	повышенной адгезией
13	при очистке жирового трансплантата для липофилинга необходимо
	профилактика экзо- эндогенного повреждения адипоцитов
	ограничение механического перемещения и встряхивания
	охлаждение жирового трансплантата
	нагревание жирового трансплантата
14	Наиболее вероятной причиной значительной потери объема жирового трансплантата в послеоперационном периоде является
	несоответствие вводимого объема жирового трансплантата и реципиентной емкостью (оверграфтинг)
	длительным ношением компрессионного белья в зоне коррекции
	ошибочным выбором длины инфильтрационной канюли
	длительным периодом между процедурами(пассажами) липофилинга

15	При подготовке донорской зоны для забора жирового трансплантата необходима инфильтрация
	тупой канюлей
	длинной иглой из одного вкола
	множественными вколами короткой и тонкой иглой
	острой канюлей
16	При подготовке донорской зоны для забора жирового трансплантата необходима инфильтрация
	раствором анестетика
	стандартным раствором Кляйна
	раствором анестетика и кортикостероидов
	раствором кортикостероидов
17	Забор донорского материала для липофилинга должен осуществляться в примерном количестве от требуемого вводимого объема в %
	120-140
	100-110
	150-170
	180-200
1	Частные вопросы
1	При выборе инструментов для липофилинга конкретной анатомической зоны следует учитывать
	отверстия канюль для забора и введения жира должны соответствовать по диаметру
	отверстия канюли для забора жира должны иметь больший диаметр, чем отверстия канюли для введения
	отверстия канюли для забора жира должны иметь меньший диаметр, чем отверстия канюли для введения
	количество отверстий на канюлях для забора жира должно быть меньше, чем отверстий на канюлях для введения
2	Наиболее частым показанием к липофилингу нижнего полюса молочной железы является
	тубулярная деформация молочных желез
	первичная эстетическая гипомастия
	постлактационная инволюция молочных желез с выраженным птозом
	асимметрия молочных желез при синдроме Поланда
3	Для оптимальной реваскуляризации разделенных каналов жировой ткани при липофилинге по методу колемана (coleman) диаметр канала должен быть менее _____ мм
	4
	5
	6
	7
4	При выборе инструментов для липофилинга конкретной анатомической зоны следует учитывать

	отверстия канюль для забора и введения жира должны соответствовать по диаметру
	отверстия канюли для забора жира должны иметь больший диаметр, чем отверстия канюли для введения
	отверстия канюли для забора жира должны иметь меньший диаметр, чем отверстия канюли для введения
	количество отверстий на канюлях для забора жира должно быть меньше, чем отверстий на канюлях для введения
5	Липофилинг в зоне Кливиджа при аугментационной маммопластике проводится с целью уменьшения
	визуального расстояния между молочными железами
	риска вторичного птоза
	визуализации верхнего полюса имплантата
	риска ротации имплантата
6	Метод липофилинга колемана (coleman) заключается в
	разделении каналов васкуляризированной ткани
	одноярусном введении
	внесении в жировой трансплантат дополнительных компонентов
	диаметром канала более 5 мм
7	Для увеличения объема вводимого жирового трансплантата по методу колемана (coleman) предусмотрено
	многоярусное введение жирового трансплантата
	увеличение диаметра канюли
	внесении в жировой трансплантат дополнительных компонентов
	измельчение жирового трансплантата
1	Топографическая анатомия
1	Из глубины сосуда в молочную железу поступают
	через анастомозы между субдермальными и паренхиматозными сосудами
	с периферии и через фасцию, с наибольшей концентрацией в зонах максимальных связочных кожнофасциальных сращений
	как равномерная трехмерная сосудистая сеть
	как надфасциальное продолжение торакоакромиального, латерального грудного и других магистральных пучков
2	В кровоснабжении молочной железы участвует
	перфорирующие ветви III-VII межреберных артерий
	средостенные ветви грудной аорты
3	Пространство шассиньяка представлено _____ жировой клетчаткой
	ретромаммарной
	поддельтовидной
	глубокой субпекторальной
	поверхностной субпекторальной
1	Интимная пластика
1	Самой вариабельной частью вульвы является
	малые половые губы

	большие половые губы
	уздечка клитора
	капюшон клитора
2	Медиальной границей малых половых губ является
	линия Харта
	область спаек
	межгубная борозда
	уздечка клитора
3	Вторичный капюшон клитора представлен
	складками от передней комиссуры до середины малых половых губ
	медиальными ножками клитора
	латеральными ножками клитора
	передней комиссурой малых половых губ
4	Первичный капюшон клитора представлен
	латеральными ножками клитора
	передней комиссурой малых половых губ
	медиальными ножками клитора
	складками от передней комиссуры до середины малых половых губ
5	Уздечка клитора представлена
	медиальными ножками клитора
	латеральными ножками клитора
	передней комиссурой малых половых губ
	складками от передней комиссуры до середины малых половых губ
6	Ширина малых половых губ в растянутом состоянии должна оставаться в пределах _____ см
	4-5
	1-2
	2-3
	6-7
7	Эстетической нормой для вульвы в положении лежа является
	малые половые губы визуализируются без заметного выступания за пределы больших половых губ
	акцент массы в задней трети вульвы
	акцент массы в области передней комиссуры
	при нормальной длине допускается избыточная складчатость края малых половых губ
8	Гипертрофия малых половых губ обозначается термином
	элонгация
	асимметричная деформация
	гиперэластоз
	диспропорция
9	Малые половые губы считаются гипертрофированными в случае
	выстояния малых половых губ за границы больших половых губ

	избыточной складчатости и неравномерной толщине малых половых губ
	наличия дополнительных кожных и слизистых складок в области первичного и вторичного капюшона клитора
	выраженной липодистрофии больших половых губ
10	Вторичный капюшон клитора выражен преимущественно у
	женщин старшей возрастной группы
	молодых женщин и девушек
	нерожавших женщин
	рожавших женщин
11	Разметка первичной лабиопластики при элонгации малых половых губ должна начинаться с
	определения избытка длины края губы
	инфильтрации ткани губы
	соотношения ширины малой и большой половых губ
	с маркировки межгубной борозды
12	Избыток длины края малых половых губ при разметке определяется с помощью приема
	пликации участка наибольшего выпячивания малых половых губ
	растяжения малых половых губ и расправления складок и неровностей
	измерения соотношения длины и ширины малых половых губ
	измерения ширины малых и больших половых губ
13	Первым этапом редуccionной лабиопластики малых половых губ является
	разметка лоскутов
	аппликационная анестезия
	инфильтрационная анестезия
	измерением соотношения ширины малых и больших половых губ
14	Для дополнительного укорочения малых половых губ редукцию центрального сектора дополняют
	иссечением трапеции или треугольника на вершине основного сектора
	краевой резекцией губы
	иссечением двух треугольных фигур по краю губы
	пластикой задней комиссуры малых половых губ
15	Раны после редуccionной лабиопластики рекомендуется ушивать
	внутрикожным непрерывным швом по Холстеду
	наружными узловыми швами
	непрерывным обвивным швом
	швом по Донати
16	К редуccionной лабиопластике относятся
	краевая и центральная резекция малых половых губ
	пластика задней комиссуры вульварного кольца
	контурная пластика безоболочечным филером больших половых губ
	липофилинг больших половых губ
17	Наиболее вероятным осложнением субтотальной краевой резекционной

	лабиопластики малых половых губ является
	зияние вульварного кольца
	гематома
	нарушение чувствительности
	препятствие при половом контакте
18	Осложнение в виде зияния вульварного кольца наиболее вероятно при использовании метода _____ резекционной лабиопластики
	субтотальной краевой
	гибридной краевой
	подслизистой краевой
	подслизистой центральной
19	К центральной резекции малых половых губ относится
	иссечение секторально-трапецевидных участков малых половых губ
	иссечение капюшона клитора
	пластика рубцовой деформации губы встречными треугольными лоскутами
	краевое уменьшение ширины губы
20	Видами центральной резекции малых половых губ являются
	иссечение сектора губы в области средней трети вульвы
	иссечение капюшона клитора
	краевое уменьшение ширины губы
	пластика рубцовой деформации губы встречными треугольными лоскутами
21	Центральная редукционная лабиопластика в большинстве случаев дополняется
	иссечением верхних ножек и пластикой задней комиссуры малых половых губ
	передней кольпорафией и липофилингом больших половых губ
	гименопластикой и иссечением капюшона клитора
	задней кольпорафией и контурной пластикой больших половых губ
	безоболочечными филлерами на основе гиалуроновой кислоты
22	При выраженных атрофических изменениях малых половых губ показана _____ резекция
	подслизистая центральная
	полнослойная центральная
	полнослойная краевая
	множественная полнослойная клиновидная
23	При липофиллинге больших половых губ целесообразно введение аутотрансплантата собственной жировой ткани за одну процедуру в объеме не более _____ мл с каждой стороны
	10-12
	18-20
	3-5
	20-25
24	Локализация доступа для липофилинга большой половой губы располагается в области
	над передней спайкой
	задней спайки

	средней трети губы
	задней трети губы
25	Осложнение лабиопластики малых половых губ в виде избыточной фестончатой деформации края губы возникает по причине
	применения обвивного шва
	избыточной резекции ткани губы
	множественных клиновидных иссечений
	подслизистой резекции
26	При планировании первичной лабиопластики у пациентки с избыточной складчатостью краев малых половых губ методом выбора является
	множественная клиновидная резекция
	центральная полнослойная клиновидная резекция
	центральная подслизистая клиновидная резекция
	краевая резекция
27	После перенесенной центральной редуccionной лабиопластики в послеоперационном периоде следует рекомендовать половой покой в течении _____ недель
	3
	2
	4
	5
28	После перенесенной краевой редуccionной лабиопластики в послеоперационном периоде следует рекомендовать половой покой в течении _____ недель
	2
	1
	3
	5
29	При трубчатой форме малых половых губ показана _____ резекция
	гибридная краевая
	множественная клиновидная
	центральная полнослойная
	центральная подслизистая
30	При расширенном вторичном капюшоне клитора в программу редуccionной лабиопластики следует включить
	краевую резекцию складок от передней комиссуры до середины малых половых губ
	липофилинг больших половых губ
	переднюю кольпоррафию
	пластику задней комиссуры малых половых губ
1	Методы обследования
1	При оценке результатов эстетической маммоластики наиболее значимым является симметрия
	сосково-ареолярных комплексов
	субмаммарных складок

	объема молочных желез
	послеоперационных рубцов
2	Гипоплазия молочных желез характеризуется
	функциональной и морфологической незрелостью ткани молочных желез
	преобладанием в молочных железах процессов апоптоза и обратной дифференциации железистой ткани
	преобладание в ткани железы железистых долек III типа
	только дефицитом объема молочных желез, обусловленным железистым и стромальным компонентом
3	Принципиальная разница между кожным и железистым птозом молочных желез определяется степенью
	смещения сосково-ареолярного комплекса относительно субмаммарной складки
	растяжения кожного чехла и инволюции железистой ткани
	уплощения верхнего полюса железы
	смещаемости ткани молочной железы относительно грудной стенки
4	Эстетическая норма для молочных желез
	диапазон контуров, за пределами которого неэстетичность заметна неподвижному наблюдателю
	очертания, диктуемые предпочтениями хирурга
	антропометрические показатели, имеющие цифровое выражение для каждой женщины
	контур, которыми довольна пациентка
5	Для эстетических параметров молочных желез взрослой женщины независимо от роста-весовых показателей в норме характерно расстояние акромион - сосок, яремная вырезка - сосок и межсосковое расстояние равно
	21 см
	расстоянию от инфрамаммарной складки до соска x 2
	1/3 межсоскового расстояния
	от 19 до 25 см
6	Регионарными лимфоузлами молочной железы являются подмышечные и
	парастернальные, надключичные
	парастернальные, подключичные
	медиастенальные, надключичные
	надключичные, подключичные
7	Рентгенологическое исследование молочных желез при массовых проверочных осмотрах предпочтительнее производить в _____ проекции
	косой
	прямой и косой
	прямой или боковой
	прямой и боковой
8	Рентгенография молочной железы с прямым увеличением изображения применяется для уточнения и выявления
	наличия микрокальцинатов
	характера контуров патологического образования

	патологического образования при плотном фоне на обзорных маммограммах
	патологического образования в инволютивных молочных железах
9	Абсолютным показанием к проведению дуктографии являются выделения из соска _____ характера
	кровянистого
	серозного
	млечного
	любого
10	Наиболее информативно ультразвуковое исследование молочных желез при дифференциальной диагностике и выявлении
	кистозных и солидных патологических образований
	кист, доброкачественных и злокачественных новообразований
	рака и доброкачественных опухолей молочной железы
	рака молочной железы
11	оптимальные сроки проведения маммографии с _____ день менструального цикла
	5-го по 12-й
	1-го по 4-ый
	14-го по 20-ый
	20-го по 28-ой
12	оптимальной для оценки состояния ретромаммарного пространства и аксиллярного отростка молочной железы является _____ проекция
	косая
	прямая
	боковая
	Прямая и боковая
13	Из приведенных контрастных методик исследования молочной железы терапевтический эффект имеет
	пневмокистография
	двойное контрастирование протоков
	дуктография
	пневмомаммография
14	Оптимальные сроки проведения ультразвукового исследования молочных желез с _____ день менструального цикла
	5-го по 12-й
	1-го по 4-ый
	14-го по 20-ый
	20-го по 28-ой
15	Для скрининга диагностики внутрипротоковых образований предпочтительно выполнить
	ультразвуковое исследование
	термографию
	маммография
	пункционную биопсию

16	Для выявления внутрипротоковых образований молочной железы подходит
	маммография с контрастированием
	маммография в косой проекции
	маммография в боковой проекции
	термография
17	Для уточнения диагноза при кровянистых выделениях из соска и отсутствии пальпаторных признаков опухоли в молочной железе показано исследование
	цитологическое исследование выделений из соска
	маммография
	ультразвуковое исследование
	термография
18	Наиболее вероятным диагнозом при подвижной плотной безболезненной опухоли размером 3 см в верхненаружном квадранте, с четкими контурами, отрицательными кожными симптомами, отсутствием выделений из соска и нормальными подмышечными лимфоузлами является
	фиброаденома молочной железы
	болезнь Минца
	фиброзно-кистозная мастопатия
	рак молочной железы
19	Наиболее вероятным диагнозом при кровянистых выделениях из соска, появлении капельки крови при надавливании на ареолу, отсутствии изменений в подмышечных лимфоузлах и обнаружении кистозных изменений в области соска при контрастной маммографии является
	болезнь Минца
	болезнь Педжета
	рак молочной железы
	фиброаденома
20	Наиболее вероятным диагнозом при пальпации болезненного опухолевидного образования в молочной железе 2-3 см, положительном симптоме площадки, деформированном соске, отечной ареоле, отсутствии выделений из соска является
	рак молочной железы
	болезнь Минца
	фиброаденома
	узловая мастопатия
21	Наиболее вероятным диагнозом при кровянистых пассивных выделениях из соска и при надавливании на сосок, отсутствии узловых образований в молочной железе, отсутствии увеличения регионарных лимфоузлов и отсутствии опухолевых клеток при цитологическом исследовании выделений является
	внутрипротоковая папиллома
	болезнь Педжета
	отечно-инфильтративная форма рака молочной железы
	острый мастит
22	В грудной железе у мужчин встречаются опухоли всех гистологических форм
	встречающихся у женщин
	кроме болезни Педжета

	кроме фибросаркомы
	кроме фиброаденомы
23	На фоне листовидной фиброаденомы наиболее высока вероятность развития
	фибросаркомы
	болезнь Минца
	болезни Педжета
	рака молочной железы
24	В молочной железе болезнь педжета относится к
	внутрипротоковому раку
	доброкачественным дисплазиям
	воспалительным заболеваниям
	соединительнотканым опухолям
25	Наиболее информативным методом ранней диагностики рака молочной железы является
	маммография
	термография
	пальпация
	радионуклидная диагностика
26	Наиболее часто встречающаяся формой рака молочной железы является
	узловая
	маститоподобная
	инфильтративно-отечная
	рожеподобная
27	Склерозирующий аденоз молочной железы относится к
	доброкачественным дисплазиям
	злокачественным новообразованиям
	врожденным состояниям
	воспалительным процессам
28	Смещаемость железистого конуса молочной железы обусловлена
	наличием глубокого жирового слоя
	наличием жирового компонента в ткани железы
	эластичностью связок Купера
	растяжимостью кожного чехла
29	Для молочных желез рожавших женщин 25-40 лет характерно
	преобладание дифференцированных долек III типа
	преобладание железистых долек I-II типов
	опережающее развитие стромы по сравнению с паренхимой
	формирование тубулярных долек
30	В клинической практике молочную железу делят на
	квадранты
	полушария
	меридианы

	сектора
31	Клиническим вариантом метастазов рака молочной железы в кожу является
	рожеподобный
	сосудистый
	паренхиматозный
	экзематозный
32	Символ "N" применим для обозначения опухолевого процесса _____
	лимфатических узлов
	только регионарных
	всех групп выше диафрагмы
	всех групп ниже диафрагмы
	любых групп
33	Символ "M" применяется для обозначения опухолевого процесса метастазирования в
	отдаленных органах
	отдаленные группы лимфатических узлов
	регионарные лимфатические узлы
	отдаленные органы и отдаленные группы лимфатических узлов
34	Цитохимическое исследование опухолевой ткани молочной железы необходимо для решения вопроса о проведении
	аднексэктомии
	лучевой терапии
	хирургического лечения
	интерферонотерапии
35	Симптом «лимонной корки» и отек ареолы
	увеличивает стадию заболевания и влияет на определение тактики лечения
	не влияет на определение стадии заболевания и тактику лечения
	увеличивает риск присоединения и развития воспалительных заболеваний и увеличивает сроки лечения
	влияет на общее состояние больной и требует симптоматической терапии
36	К доброкачественным опухолям молочной железы относится
	фиброаденома
	диффузная мастопатия
	узловая фиброзно-кистозная мастопатия
	неходжкинская лимфома
37	Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является
	пункция с цитологическим исследованием
	маммография
	термография
	ультразвуковое исследование
1	Заболевания молочной железы
1	Птоз молочной железы преимущественно обусловлен

	действием момента силы тяжести
	увеличением ее объема
	постлактационным уменьшением объема
	снижением упругости кожи
2	Юношеская гипертрофия молочных желез/ювенальная гипермастия гистологически формируется из
	стромальных и фиброзных элементов
	железистой ткани
	жировой ткани
	кистозных элементов
3	Диффузная фиброзно -кистозная мастопатия может развиваться вследствие
	заболевания щитовидной железы
	хронического пиелонефрита
	сахарного диабета любого типа
	эндопротезирования молочных желез
4	Плазмоклеточный мастит является результатом
	эктазии протоков
	кисты молочных желез
	воспалительного процесса паренхимы железы
	возрастной инволюции
5	Худший прогноз течения рака молочной железы при
	отечно-инфильтративной форме
	узловой форме
	узловой форме
	болезни Педжета
6	По литературным данным риск развития лимфомы в отдаленной перспективе после эндопротезирования молочных желез повышается при использовании имплантатов с
	текстурированной оболочкой
	гладкой оболочкой
	высокой степенью когезивности
	малой степенью когезивности
7	Неблагоприятным прогностическим признаком для развития лимфомы в отдаленной перспективе после эндопротезирования молочных желез является
	серома протезного ложа в позднем послеоперационном периоде
	гематома в раннем послеоперационном периоде
	капсулярная контрактура в течении первого года после эндопротезирования
	дислокация и ротация имплантата в позднем послеоперационном периоде
8	Чрезмерная медиальная диссекция кармана для имплантата при аугментационной маммопластике приводит к деформации (осложнению) по типу симмастии
	двойной субмаммарной складки (double – bubble)
	смещения/сползания тканей железы с имплантата (ball in a sock)
	вторичного птоза нижнего полюса (bottoming out)

9	Положительно влияет на образование оптимального рубца после перiareолярноймастопексии
	непрерывный шов по Бенелли
	умеренное иссечение сосково-ареолярного комплекса
	раннее снятие швов в послеоперационном периоде
	деэпидермизация окружающей сосково-ареолярный комплекс кожи
10	Для подростка 13 лет с ювенальной гипермастией рекомендовано лечение
	редукционная маммопластика
	подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией имплантатом
	липосакция молочных желез
	антиэстрогенная и антипрогестеронная терапия
11	Основным методом лечения внутритротоковых папиллом является
	хирургический
	лучевой
	гормональный
	лекарственный
1	Реконструктивная маммопластика
1	Основным методом лечения доброкачественных опухолей молочной железы является
	хирургическое
	лекарственное
	лучевое
	гормональное
2	Преимуществом одномоментной реконструкции молочной железы после мастэктомии по сравнению с отсроченной является
	отсутствие периода утраты органа
	снижение стоимости лечения
	уменьшение анестезиологического риска
	более высокие эстетические результаты
3	При реконструкции молочной железы на основе одного конкретного доминантного сосуда забирается лоскут
	DIEP
	свободный TRAM
	мышцосохраняющий TRAM
	SIEA
4	В состав diep - лоскута для реконструкции молочной железы входит кожно-жировой лоскут из области
	передней брюшной стенки
	ягодиц
	внутренней поверхности бедра
	задней поверхности грудной стенки
5	В состав diep - лоскута для реконструкции молочной железы входит
	кожно-жировой лоскут

	тонкая мышца бедра
	широчайшая мышца спины
	прямая мышца живота
6	В состав верхнего поперечного лоскута бедра для реконструкции молочной железы входит
	тонкая мышца бедра
	приводящая мышца бедра
	портняжная мышца
	медиальная головка четырехглавой мышцы бедра
7	В состав перфорантного лоскута на нижней ягодичной артерии для реконструкции молочной железы входит
	кожно-жировой лоскут
	большая ягодичная мышца
	малая ягодичная мышца
	средняя ягодичная мышца
8	При использовании торако - дорсального лоскута для реконструкции молочной железы пересечение торако - дорсального нерва необходимо для предотвращения анимационных деформаций реконструируемой груди
	тракционного перекрута сосудистой ножки лоскута
	уменьшения послеоперационного болевого синдрома
	сокращения длины сосудистой ножки лоскута
9	Наиболее высок риск осложнения в виде частичного или полного некроза при использовании _____ лоскута
	SIEA
	DIEP
	свободный TRAM
	мышцосохраняющий TRAM
10	Наиболее высок риск осложнения в виде грыжи передней брюшной стенки при использовании _____ лоскута
	TRAM на ножке
	мышцосохраняющий TRAM
	DIEP
	свободный TRAM
11	Перфорант верхней ягодичной артерии для формирования верхнего ягодичного лоскута при реконструкции молочной железы проецируется на границе
	верхней и средней третей линии, проведенной от задней верхней ости крыла подвздошной кости к большому вертелу
	средней и нижней трети линии, проведенной от задней верхней ости крыла подвздошной кости к большому вертелу
	верхней и средней трети линии, проведенной от задней верхней ости к крестцово-подвздошному сочленению
	редней и нижней трети линии, проведенной от задней верхней ости крыла подвздошной кости к копчику
12	Наименьший диаметр сосудистой ножки для реконструкции молочной железы

	у _____ лоскута
	SIEA
	DIEP
	мышцесохраняющий TRAM
	торакодорсального
13	С целью предотвращения реинервации мышцы при использовании торакодорсального лоскута для реконструкции молочной железы необходимо резецировать фрагмент нерва _____ см
	4
	1
	2
	3
14	Латеральнее От 1 зоны при разметке DIEP - лоскута по holm располагается _____ зона
	II
	III
	IV
	V
15	Показанием для выбора tram - лоскута на ножке при реконструкции молочной железы является
	любое сопутствующее заболевание и состояние, способное скомпрометировать кровоснабжение в лоскуте
	абдоминопластика, сопровождающаяся пластикой диафрагмы апоневроза прямых мышц живота в анамнезе
	любые оперативные вмешательства в анамнезе, выполненные с пересечением прямой мышцы живота
	в случае, если в программе мастэктомии большая грудная мышца осталась интактной
16	Основным недостатком лоскута на перфорантах нижних ягодичных артерий для реконструкции молочной железы является
	короткая сосудистая ножка
	невозможность взятия лоскута после кругового бодилифтинга
	деформация донорской зоны
	плотная лобулярная клетчатка донорской зоны
17	Основой для DIEP- лоскута являются перфоранты
	глубокие нижней надчревной артерии
	глубоких, окружающих подвздошную кость сосудов
	поверхностные нижней надчревной артерии
	верхней ягодичной артерии
18	Микроанастомозы DIEP - лоскута и TRAM- лоскута с подкачкой и внутренней грудной артерией при реконструкции молочной железы накладываются в _____ межреберье
	IV
	V
	VI

	VII
19	Реципиентным сосудом при реконструкции молочной железы DIEP - лоскутом и TRAM- лоскутом является
	внутренней грудной артерией
	межреберной артерией
	подключичной артерией
	подмышечной артерией
20	Реконструкция сосково - ареолярного комплекса при реконструкции молочной железы свободным лоскутом/трансплантатом
	во всех случаях выполняться на завершающем этапе реконструкции
	производится одновременно с пересадкой лоскута
	может быть выполнена на любом этапе реконструкции или коррегирующих вмешательств
	должна быть выполнена до ретракции пересаженного лоскута
21	Полное мышечное покрытие имплантата при комбинированной реконструкции с использованием торакодорсального лоскута достигается
	созданием кармана при сшивании широчайшей мышцы спины с отсеченной большой грудной мышцей
	укрытие большой грудной мышцей, отсеченной от реберного края
	мобилизацией и укрытием порции передней зубчатой мышцы
	формированием миофасциального кармана фасции передней зубчатой мышцы и прямой мышцы живота
1	Абдоминопластика
1	Подготовка к абдоминопластике включает оценку готовности сердечно-сосудистой и дыхательной систем к
	повышенному внутрибрюшному давлению
	нарушению микроциркуляции
	длительному постельному режиму
	изменению водно-электролитного состава крови
2	Гиперпластическая форма ожирения характерна для
	подростков
	взрослых обоего пола
	женщин репродуктивного возраста
	женщин в период менопаузы
3	1-2 степень алиментарного ожирения характеризуется индексом массы тела
	30-40
	10-20
	50-60
	70-80
4	Действием соматотропного гормона на жировую ткань является
	препятствие формированию висцерального ожирения
	стимуляция адипогенеза в висцеральных депо
	перераспределение жира в область бедер
	стимуляция адипогенеза по верхнему типу

5	Отличием гиперпластического ожирения от гипертрофического является
	количество адипоцитов
	размер адипоцитов
	распределение жировых депо
	индекс массы тела
6	первый тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе
	нормальным подкожно-жировым слоем и наличием диастиза прямых мышц живота и/или грыжами небольшого размера
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
	умеренно растянутая кожа при резко сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
7	Второй тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	нормальным подкожно-жировым слоем и наличием диастиза прямых мышц живота и/или грыжами небольшого размера
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
	умеренно растянутая кожа при резко сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
8	Третий тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе
	нормальным подкожно-жировым слоем и наличием диастиза прямых мышц живота и/или грыжами небольшого размера
	умеренно растянутая кожа при резко сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
9	Четвертый тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	умеренно растянутая кожа при резко сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе
	нормальным подкожно-жировым слоем и наличием диастиза прямых мышц живота и/или грыжами небольшого размера
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
10	Пятый тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	дефектом кожи и подкожной клетчатки с плохой сократимостью в виде «фартука» при резко ослабленном тонусе мышечно-апоневротического слоя
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном

	или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
	дефектом кожи и подкожной клетчатки с плохой сократимостью в виде «фартука» при ослабленном тонусе мышечно-апоневротического слоя и наличием грыж и рубцов после предшествующих лапаротомий
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе
11	Шестой тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	дефектом кожи и подкожной клетчатки с плохой сократимостью в виде «фартука» при ослабленном тонусе мышечно-апоневротического слоя и наличием грыж и рубцов после предшествующих лапаротомий
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе
12	Деформация передней брюшной стенки в виде умеренно растянутой кожи при резко сниженном мышечно-апоневротическом тонусе характерна преимущественно для
	мужчин старше 40 лет
	многократно рожавших женщин с избыточной массой тела
	многократно рожавших женщин с нормальной или сниженной массой тела
	Молодых, недавно родивших женщин с активным образом жизни
13	Деформация передней брюшной стенки в виде дефекта кожи и подкожной клетчатки с плохой сократимостью и резко ослабленном тонусе мышечно-апоневротического слоя характерна преимущественно для
	многократно рожавших женщин с избыточной массой тела
	мужчин старше 40 лет
	многократно рожавших женщин с нормальной или сниженной массой тела
	пациентов обоего пола после массивного снижения массы тела
14	Оценка степени смещения кожно-жирового слоя передней брюшной стенки должна определяться в положении
	вертикальном и горизонтальном на спине
	горизонтальном на правом и левом боку
	сидя и горизонтальном на боку
	сидя и колено-локтевом
15	При сборе фотодokumentации перед абдоминопластикой наряду со стандартными ракурсами анфас, профиль, полупрофиль необходимо выполнить фото в положении
	профиль с наклоном вперед
	профиль в колено-локтевом положении
	профиль в положении лежа с приподнятыми конечностями
	анфас со спины
16	К общепринятым принципам предоперационной подготовки перед абдоминопластикой у пациентов с избыточной массой тела относится желательное снижение массы тела на _____ % от первоначального значения

	10
	20
	25
	30
17	При растяжении кожного лоскута передней брюшной стенки расстояние между мечевидным отростком и лобковым симфизом может быть увеличено не более, чем на _____ %
	25
	10
	15
	40
18	Подкожная клетчатка передней брюшной стенки состоит из _____ слоев
	2
	3
	4
	1
19	Поверхностный слой жировой клетчатки передней брюшной стенки представлен
	жировой тканью ячеистой структуры в виде сот
	аморфными непостоянными жировыми карманами
	мелкоячеистой жировой тканью с большим количеством соединительнотканых структур
	плотных жировых долек в виде ограниченных конгломератов
20	После выполнения классической абдоминопластики нижним поперечным доступом основное кровоснабжение кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки происходит из
	верхней надчревной артерии
	поверхностной надчревной артерии
	межреберных, подреберных и поясничных артерий
	глубокой артерии, огибающей подвздошную кость
21	Показанием к проведению вертикальной абдоминопластики является наличие
	патологического рубца после предшествующей срединной лапаротомии и
	отказ пациента иметь дополнительный горизонтальный рубец
	необходимость пликация релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
	необходимость герниопластики с использованием сетчатого имплантата
	тяжелая сопутствующая соматическая патология
22	Наиболее распространенным методом пластики диастазы прямых мышц живота является
	пликация апоневроза не рассасывающейся нитью
	раздельное соединение рассеченного переднего листка влагалища прямых мышц живота
	пластика проленовой сеткой
	пластика ацеллюлярным дермальным матриксом
23	При переносе пупочной ямки разметка реципиентного местоположения будущего

	пупка производится по средней линии на
	уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше
	18-20 см выше линии оволосения лобка
	уровне плавающих ребер
	середине расстояния между лобком и лонным сочленением
24	Предоперационное ношение компрессионного белья перед абдоминопластикой показано для
	адаптации к повышению внутрибрюшного давления
	уменьшения степени релаксации мышц передней брюшной стенки
	уменьшения лимфостаза у пациентов с выраженным кожно-жировым фартуком
	улучшения микроциркуляции в зоне будущего вмешательства
25	При правильной разметке верхняя граница зоны препаровки кожно -жирового лоскута в ходе классической абдоминопластики является
	мечевидный отросток и край реберной дуги
	эпигастральная область
	уровень плавающих ребер
	уровень субмаммарных складок
26	Особенностью напряженной верхней абдоминопластики по lejouran и paskal является
	разрез кожи в виде «велосипедного руля»
	сочетание горизонтально и вертикального разрезов
	пластика диастаза прямых мышц живота проленовой сеткой
	вертикальный разрез без переноса пупочного кольца
27	Причиной развития подопоневротических гематом после мобилизации кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки является
	выполнение отслойки без выделения и коагуляции перфорантных сосудов
	нестабильное артериальное на протяжении операции
	отказ от ношения компрессионного белья в послеоперационном периоде
	выполнение отслойки без предварительной инфильтрации
28	Причиной развития подопоневротических гематом после мобилизации кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки является
	выполнение отслойки без выделения и коагуляции перфорантных сосудов
	нестабильное артериальное на протяжении операции
	отказ от ношения компрессионного белья в послеоперационном периоде
	выполнение отслойки без предварительной инфильтрации
29	Существенным отличием напряженно - боковой абдоминопластики pollockwood от классической является
	резекция кожи преимущественно в латеральных отделах туловища
	лучшие технические условия для пликациирелаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
	худшие условия кровоснабжения центральной части лоскута
	невозможность сочетания методики с липосакцией тех или иных отделов живота
30	Для напряженно -боковой абдоминопластики по lockwood характерно
	сокращение зоны отслойки кожно-жирового лоскута с сохранением подреберных

	перфорантов
	худшие условия кровоснабжения центральной части лоскута
	лучшие технические условия для пликациирелаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
	отсечение пупочного канатика и перенос пупочного кольца в виде свободного трансплантата
31	Отсечение пупочного стебля от апоневроза при проведении классической абдоминопластики показано при
	избыточной длине пупочного стебля
	диастазе прямых мышц живота в подпупочной зоне
	диастазе прямых мышц живота в надпупочной зоне
	повторной абдоминопластики
32	При грыжевом кольце большого диаметра, значительно выходящем за пределы основания пупочного стебля, в программе классической абдоминопластики следует выполнить
	отсечение пупочного стебля от апоневроза прямых мышц живота
	укорочение и фиксацию пупочного стебля в ортотопическом положении
	дубликатурупупочного стебля
	фиксацию пупочного стебля за пределами краев грыжевого отверстия пупочного кольца
33	Оптимальный уровень повышения внутрибрюшного давления после пластики апоневроза передней брюшной стенки по сравнению с предоперационным показателем _____ мм водного столба
	10-15
	20-30
	35-40
	45-50
34	При необходимости сужения талии у пациента с пониженным тонусом мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки показаны пластика диастаза прямых мышц живота и
	пликациярелаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
	пластика релаксированных фасций косых мышц живота проленовой сеткой
	наложение тракционных швов по Полак
	резекция XI- XII пар ребер
35	Показанием к проведению реверсной абдоминопластики является
	необходимость проведения симультанной редукционной маммопластики или мастопексии
	обширная пупочная грыжа
	отсутствие избытка кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота
	значительное снижение тонуса мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки
36	Показанием к открытой миниабдоминопластике является
	умеренно выраженные кожно-жировой избыток и сниженный тонус мышечно-апоневротического каркаса
	небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота

	эластичная, способная к сокращению кожа с незначительным слоем подкожной клетчатки, диастаз прямых мышц живота
	значительный избыток кожи и жировой клетчатки ослабленный тонус мышечно-апоневротического каркас
37	Особенностью вертикальной абдоминопластики является
	отсутствие необходимости широкой латеральной надапоневротической диссекции
	возможность проведения симультанной мастопексии
	возможность коррекции значительного избытка кожи и подкожной клетчатки в виде «фартука»
	пликация релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
38	При значительно растянутой коже с умеренным количеством подкожной клетчатки и резко ослабленном тонусе мышечного каркаса передней брюшной стенки показана
	классическая абдоминопластика
	закрытая мини-абдоминопластика
	открытая мини-абдоминопластика
	реверсная абдоминопластика
39	Показанием к модифицированной абдоминопластике с применением эндоскопии являются
	минимальный избыток кожи при ослабленном мышечно-апоневротическом каркасе
	умеренно выраженный кожно-жировой избыток и сниженный тонус мышечно-апоневротического каркаса
	значительный избыток кожи и жировой клетчатки ослабленный тонус мышечно-апоневротического каркас
	умеренный избыток кожи с хорошей сократимостью при сохранном тонусе мышечно-апоневротического каркаса
40	При деформации передней брюшной стенки с преобладанием дефекта мышечно-апоневротического каркаса над кожно-жировым показана
	модифицированная абдоминопластика с применением эндоскопии
	реверсная абдоминопластика
	открытая мини абдоминопластика
	классическая абдоминопластика
41	Классическая абдоминопластика предусматривает
	поперечный разрез в нижнем отделе передней брюшной стенки с широким выделением кожно-жирового лоскута до уровня края реберной дуги
	разрез кожи в виде велосипедного руля в нижнем отделе и по уровню ступенчатую препаровку кожно жирового слоя
	сочетание горизонтально и вертикального разрезов и пластику дефекта апоневроза проленовой сеткой
	укороченный поперечный разрез в надлобковой зоне с липосакцией в областях с наиболее выраженным скоплением жировой клетчатки
1	Липосакция
1	Контуры поверхности тела определяет _____ жировая клетчатка
	подкожная
	субфасциальная

	висцеральная
	клетчаточных пространств
2	Сотношение объема талии к объему бедер от/об используется для определения
	типа жиротложения (андроидное, гиноидное)
	характера жиротложения (гипертрофическое, гиперпластическое)
	индекса массы тела
	характера течения ожирения
3	Чаще всего сопровождается сердечно -сосудистыми заболеваниями и сахарным
	диабетом 2 типа _____ ожирение
	андроидное
	гипотиреоидное
	гипоовариальное
	церебральное
4	Гиноидный и андроидный типы жиротложения относятся к _____
	типу ожирения
	экзогенно-конституциональному
	эндокринному
	симптоматическому
	алиментарному
5	Подвижность кожи передней брюшной стенки ограничена в области пупка
	и _____ области
	паховой
	срединной линии
	задне-подвздошной
	эпигастральной
6	Поверхностный слой жировой клетчатки в нижних отделах передней брюшной
	стенки
	переходит на переднюю поверхность бедра
	ограничен паховой связкой от клетчатки нижней конечности
	ограничен адгезивной зоной прилипания кожных покровов от клетчатки нижней
	конечности
	соединяется с глубоким слоем жировой клетчатки передней брюшной стенки
7	Глубокий слой жировой клетчатки состоит из
	аморфных непостоянных жировых карманов
	жировой ткани ячеистой структуры в виде сот
	плотных жировых долек в виде ограниченных конгломератов
	мелкоячеистой жировой тканью с большим количеством соединительнотканых
	структур
8	Основной целью липоаспирации является
	коррекция контуров фигуры
	устранение избыточной массы тела
	перераспределение жировых депо
	смена типа жиротложения

9	Противопоказанием для проведения липосакции является
	тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей в анамнезе
	ретикулярная форма варикозного расширения вен
	вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу
	рожистое воспаление кожи любого региона в анамнезе
10	Для равномерной обработки «жировой ловушки» необходимо минимальное количество разрезов/проколов кожи в количестве
	2
	1
	3
	4
11	Обработка «жировой ловушки» из двух разрезов должна происходить в направлениях
	веерообразных
	параллельных
	строго перпендикулярных
	последовательно параллельных в разных слоях
12	Отверстие канюли в процессе липоаспирации должно располагаться преимущественно в направлении
	мышечно-апоневротического слоя
	поверхности кожи
	90 градусов к поверхности кожи
	45 градусов к поверхности кожи
13	У стандартной рукоятки для липоаспирационной канюли выемка для большого пальца указывает на положение
	верхнее
	нижнее
	медиальное
	срединное
14	Консервативные минимально агрессивные канюли для липоаспирации имеют в большинстве случаев
	1-2 отверстия и малый диаметр
	2 отверстия и средний диаметр
	2 отверстия и большой диаметр
	Более 2 отверстий и средний диаметр
15	Отверстия консервативной минимально агрессивной канюли для липоаспирации располагаются обычно с
	тыльной стороны вдали от наконечника
	тыльной стороны вблизи от наконечника
	двух сторон вблизи от наконечника
	трех сторон вблизи от наконечника
16	Отверстия промежуточной умеренно агрессивной канюли располагаются
	вблизи от наконечника
	вдали от наконечника

	на верхушке наконечника
	на дополнительной насадке
17	Безопасный объем липосакции составляет не более _____ литров
	3
	5
	7
	1
18	Наиболее частым осложнением высокочастотной липосакции является
	серома
	синдром «стиральной доски»
	интрадермальный ожог
	эндотоксикоз
19	Снизить риск развития осложнений при ультразвуковой липосакции помогает
	соблюдение глубины слоя и непрерывный ход канюли
	увеличение объема тумисценции
	уменьшение объема тумисценции
	уменьшение мощности ультразвуковой волны
20	Наиболее опасным осложнением ультразвуковой липосакции является
	интрадермальный ожог кожи
	серома
	эндотоксикоз
	лимфорея
21	Наиболее опасным ранним осложнением механической липосакции является
	жировая эмболия
	травма крупных сосудов
	синдром «стиральной доски»
	парез нервов
22	Функцией компрессионного белья после липосакции является сдерживание отека и
	равномерное формирование плоскостного рубца
	остановка кровотечения
	снижение болевых ощущений
	снижение риска жировой эмболии
23	Профилактика развития сером после липосакции обеспечивается
	компрессионным бельем
	постельным режимом
	длительным ограничением физической активности
	ограничением водной нагрузки
24	Средняя потеря крови при механической липосакции на 1 литр жировой эмульсии
	составляет не более _____ мл
	200-250
	50-100
	25-50

	300-350
25	Максимальная доза лидокаинадл/ тумисцентной липосакции не должна превышать мг/кг
	55
	20
	10
	100
26	Липолитический эффект раствора кляйна обусловлен наличием в его составе
	гидрокарбоната натрия
	адреналина
	местного анестетика
	антибиотика
27	При необходимости редукции жировой ткани методом липосакции в объеме 6 литров следует планировать не менее _____ этапов
	2
	3
	4
	5
28	Признаком необходимости завершения липосакции является истончение подкожной клетчатки и следующие изменения состава аспирата в виде
	увеличения примеси крови
	уменьшения доли структурированной жировой ткани
	увеличения доли структурированной жировой ткани
	появления соединительно тканых включений
29	Оптимальным алгоритмом при планировании коррекции контуров тела при индексе массы тела более 40 является
	бариатрическое вмешательство на первом этапе
	липосакция проблемных зон в один этап
	липосакция проблемных зон в два этапа
	дермалипэктомии в проблемных зонах в несколько этапов
30	Планировать коррекцию контуров тела методом липосакции целесообразно при индексе массы тела
	25-30
	18-20
	45-50
	55-60
1	Эстетическая маммопластика
1	Эстетические проявления постлактационной инволюции ткани молочной железы преимущественно обусловлены
	редукцией стромального компонента железы
	редукцией железистого компонента железы
	замещением ткани железы жировой клетчаткой
	замещением ткани железы соединительной тканью

2	Отличие первичной гипоплазии от эстетической гипомастии/микромастии состоит в
	отсутствием способности молочных желез к лактации в анамнезе
	преимущественным дефицитом железистого компонента при инструментальном исследовании
	преимущественным дефицитом стромального компонента при инструментальном исследовании
	наличием лабораторных и клинических признаков нарушения гормонального гомеостаза
3	Основные требования к имплантатам/эндопротезам молочной железы
	безопасность, биосовместимость, стабильность свойств полимера в организме
	соответствие формы имплантата, его плотности и эластичности, аналогичным параметрам молочной железы
	наличие антибактериальных свойств и свойств, уменьшающих риск развития капсулярной контрактуры
	химическая инертность, низкая проницаемость оболочки, когезивность наполнителя
4	Анатомический имплантат/эндопротез для увеличивающей маммопластике наполнен
	плотным силиконовым гелем
	жидким силиконом
	физиологическим раствором
	стерильным масляным раствором
5	Имплантат/эндопротез молочной железы состоит из
	оболочки и наполнителя
	наружной камеры и наполнителя
	оболочки, наполнителя, порта
	оболочки и внутренней камеры
6	Поверхность анатомических имплантатов может быть
	текстурированной
	гладкой
	армированной
	гранулированной
7	Максимальная вязкость/когезивность круглых имплантатов с гладкой оболочкой - когезив _____
	I
	II
	III
	IV
8	максимальная вязкость/когезивность круглых имплантатов с текстурированной оболочкой – когезив _____
	II
	I
	III
	IV

9	вязкость наполнителя анатомических имплантатов/эндопротезов молочных желез определяется как когезив _____
	III
	II
	I
	IV
10	Параметрами круглого имплантата/эндопротеза молочных желез являются проекция и диаметр основания
	ширина основания
	высота основания
	длина арки
11	Параметрами анатомического имплантата/эндопротеза молочных желез являются проекция и высота основания
	диаметр основания
	радиус основания
	угол верхнего полюса
12	Имплантаты - экспандеры для реконструкции молочных желез характеризуются наличием наружной камеры с гелем когезив I-II
	наружной камеры с физиологическим раствором
	внутренней камеры с гелем когезив III
	гладкой оболочкой
13	По литературным данным разрыв имплантата после эндопротезирования молочных желез возникает в среднем в _____ % случаев
	6-17
	1-5
	18-20
	25-30
14	Форма молочных желез после аугментационной маммопластики зависит главным образом от исходной формы молочных желез
	объема и формы имплантата
	анатомических особенностей грудной клетки
	методики и техники операции
15	Ретромаммарное эндопротезирование позволяет более эффективно контролировать форму молочных желез
	характеризуется более выраженными и длительными послеоперационными болями
	упрощает реализацию маммографии в отдаленной перспективе
	Метод выбора при наличии небольшого железистого птоза
16	Размещение имплантата при эндопротезировании молочных желез в двух плоскостях (по tebbets) позволяет

	более эффективно контролировать профиль молочной железы при небольшом птозе
	снизить риск развития гематомы в раннем послеоперационном периоде
	уменьшить визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в нижнемедиальных отделах молочных желез
	избежать деформации, дистопии и ротации имплантата
17	Главным преимуществом инфрамаммарного доступа при аугментационной маммопластике является
	наилучший контроль диссекции тканевого кармана и положения имплантата
	наибольшая косметичность послеоперационного рубца
	меньший риск сенсорных нарушений
	меньший риск развития послеоперационной гематомы
18	Периареолярный доступ в эстетической маммопластике характеризуется
	возможностью коррекции тубулярной деформации молочной железы
	наибольшая косметичность послеоперационного рубца
	универсальностью для всех видов операций
	малой травматичностью независимо от вида операции
19	Недостаточная диссекция в области субмаммарной складки приводит к деформации (осложнению) по типу
	двойной субмаммарной складки (double – bubble)
	симмастии
	смещения/сползания тканей железы с имплантата (ball in a sock)
	вторичного птоза нижнего полюса (bottoming out)
20	Выбор имплантата и методики операции при подготовке к аугментационной маммопластике
	компромисс между ожидаемой пользой и неизбежными последствиями того или иного выбора
	выбор пациентки, основанный на собственных эстетических предпочтениях
	выбор хирурга, основанный на чётких алгоритмах подбора имплантата и хирургических принципах
	компромисс между выбором пациентки и хирурга
21	Преимущества текстурированного имплантата для аугментационной маммопластики по сравнению с гладким заключаются в
	снижении риска развития капсулярной контрактуры при ретропекторальной установке
	снижении риска смещения и ротации имплантата
	меньшей визуализации имплантата
	большем сроке службы имплантата
22	Ретропекторальное размещение имплантата при аугментационной маммопластике
	снижает риск развития капсулярной контрактуры
	уменьшает риск дистопии имплантата
	позволяет получить более глубокий инфрамаммарный сгиб
	позволяет уменьшить межмаммарное расстояние
23	Для уменьшения пальпаторного и визуального контурирования верхнего полюса

	имплантата в условиях дефицита покровных тканей при аугментационноймаммопластике следует использовать метод_____размещения имплантата
	ретропекторального
	субгландулярного
	субфасциального
	субпериостального
24	Трансаксиллярный доступ при аугментационноймаммопластике – оптимальный выбор для коррекции
	микромастии с сосково-ареолярным комплексом малого диаметра
	микромастии с сосково-ареолярным комплексом большого диаметра
	постлактационнойинволютивной гипотрофии молочных желез с птозом
	гипомастии с тубулярной деформацией
25	Выбор имплантата анатомической формы при аугментационноймаммопластике дает преимущество
	возможности выбора имплантата разной ширины и высоты основания
	меньшей визуализации латерального края имплантата
	большей проекции при равном со сферическим эндопротезом объеме и ширине
	значительного сокращения межмаммарного расстояния
26	При необходимости создать большую наполненность верхнего ската профиля молочной железы при аугментационноймаммопластике следует выбрать
	анатомический имплантат
	круглый имплантат высокого профиля
	круглый имплантат с гладкой оболочкой
	круглый имплантата с текстурированной оболочкой
27	Базовые хирургические задачи эстетической маммопластики
	модификация паренхимы и редрапировка кожного чехла
	эстетическая коррекция контуров молочных желез и повышение качества жизни
	оптимизация сенсорной и лактационной функций молочной железы
	минимальные травматичность и кожные рубцы
28	Ключевым элементом операции торека (thorek) является
	пересадка сосково-ареолярного комплекса в виде свободного кожного трансплантата
	резекция кожи и паренхимы молочной железы блоком до фасции без их разделения
	резекция кожного чехла с результирующим швом в виде инвертированного Т
	транспорт сосково-ареолярного комплекса на центральной glandулярной ножке
29	Ключевым элементом операции бесенбергера (beisenberger) является
	резекция кожи и паренхимы молочной железы по отдельности
	латеральная резекция паренхимы молочной железы
	резекция кожного чехла с результирующим швом в виде инвертированного Т
	транспорт сосково-ареолярного комплекса на центральной glandулярной ножке
30	Ключевым элементом операции шварцмана (schwarzmann) является
	деэпидермизация ножки сосково-ареолярного комплекса
	закрытый транспорт сосково-ареолярного комплекса с горизонтальным рубцом

	резекция кожного чехла с результирующим швом в виде инвертированного Т
	транспорт сосково-ареолярного комплекса на центральной glandулярной ножке
31	Главным условием транспорта сосково - ареолярного комплекса с надежной выскуляризацией является
	сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне сосково- ареолярного комплекса
	сохранение слоя подлежащих тканей в зоне сосково-ареолярного комплекса достаточной толщины
	отношение длины питающей ножки к ее ширине как для лоскута со случайным кровообращением
	выкраивание транспортной ножки сосково-ареолярного комплекса с нижним основанием
32	Дезэпидермизация поверхности транспортной ножки сосково - ареолярного комплекса направлена на сохранение
	артериального притока к САК
	венозного оттока от САК
	иннервации САК
	механической прочности ножки против ее перегиба
33	Раскрой при резекции кожного чехла, уменьшающий высоту конуса молочной железы
	циркулярный
	в виде инвертированной буквы Т
	вертикальный
	циркумвертикальный
34	Вертикальная и циркумареолярная форма разреза для мастопексии требует _____ ножки
	нижней
	медиальной
	верхней
	центральной
35	Вертикальная маммопластика со сшиванием glandулярных колонн подразумевает
	резекцию в виде кия
	резекцию по бокам от дермогlandулярной ножки сосково-ареолярного комплекса
	аутоаугментацию верхнего полюса glandулярным лоскутом
	дискоидную резекцию основания паренхиматозного конуса
36	При прочих равных условиях дистанция ключица - сосок должна оставаться наибольшей при маммопластике с
	горизонтальным кроем
	кожным кроем Вайза
	периареолярным кроем
	вертикальным кроем
37	Наиболее действенное из перечисленных средств профилактики рецидивного птоза молочной железы после мастопексии
	уменьшение массы и высоты конуса молочной железы

	вертикальная пликация паренхимы
	мышечный ремень/балкон, поддерживающий паренхиму
	укрепление кожно-подкожного чехла
38	Профилактика рецидивного птоза молочных желез после мастопексии/редукции геометрическими средствами достигается
	кожным раскроем Вайза
	аутоаугментациейглангулярным лоскутом
	вертикальной пликацией паренхимы
	резекцией нижних птозированных отделов железы
39	Усиливает антигравитационную стабильность молочной железы
	краниальное смещение молочной железы и мастопексия швами к фасции
	вертикальная маммопластика, сужающая основание путем пликацииглангулярных колонн
	аутоаугментацияглангулярными лоскутами, увеличивающая высоту конуса молочной железы
	аутоаугментация верхнего полюса глангулярным лоскутом
40	При кожном крое вайза первоначальное расстояние от соска до субмаммарной складки должно составлять не более _____ см
	6
	8
	10
	12
41	Поддерживающий/связочный аппарата молочной железы
	непрерывен от дермы до глубокой фасции с максимальной концентрацией в субмаммарной зоне и по медиальной границе
	фиксирует паренхиму к грудной фасции и может быть идентифицирован и реконструирован
	фиксирует железу к фасции в зонах наибольшей фиксации в субмаммарной и по латеральной границе
	делит паренхиму железы на сектора и наиболее выражен в нижне-медиальном квадранте
42	Применение метода свободной аутогенной пересадки жировой ткани с целью коррекции объема и формы молочных желез ограничено
	невозможностью введения относительно большого объема жировой ткани
	сложностью дифференциальной диагностики участков фиброза с новообразованиями
	отсутствием достоверных научных данных о безопасности данного метода
	плохой приживаемостью жировой ткани
43	Центральная питающая ножка при редукционной маммопластике обеспечивается
	непрямыми перфорантами, вступающими в паренхиму железы из большой грудной мышцы
	сосудистой оболочкой кожного чехла железы субдермального сплетения
	прямыми чресфасциальными перфорантами
	прямыми кожными ветвями

44	Удаление нижних отделов молочной железы со свободной трансплантацией ареолы по thorek показано в случаях
	необходимости удаления 1500-2000 граммов железистой ткани с каждой стороны
	ювенальной гипермастии
	симметризации здоровой молочной железы с железой после секторальной и субтотальной резекции
	умеренного птоза
45	Для сокращения объема и времени вмешательства у пожилых женщин при редукционной маммопластике методом выбора является
	удаление нижних отделов молочной железы со свободной трансплантацией сосково-ареолярного комплекса по Thorek
	транспорт сосково-ареолярного комплекса на центральной glandулярной ножке
	резекция кожи и паренхимы молочной железы по отдельности по Beisenberger
	резекция паренхимы молочной железы в латеральных отделах
46	Увеличение молочных желез аутологичной жировой тканью применимо для пополнения объема до _____ кубических сантиметров
	160-220
	100-140
	250-300
	300-350
47	Донорские зоны с жировыми клетками, имеющими высокую концентрацию антилипидных рецепторов расположены в области
	живота
	лица
	верхней конечности
	торса
48	Для прогнозирования объема липоасpirата с определенного донорского места используются тесты
	ладонный и щипковый
	пинч-тест
	Дюркана и Тинеля
	щипковый и Ширмера
49	Отрицательное влияние на жизнеспособность жирового трансплантата оказывает
	супервлажная техника инфильтрации 2:1
	влажная техника инфильтрации 1:1
	наличие в растворе местных анестетиков
	наличие в растворе адреналина
50	Инфильтрация тканей реципиентной зоны молочных желез при липофилинге позволяет
	более равномерно и послойно ввести больший объем жирового трансплантата
	уменьшить повреждение адипоцитов при введении
	уменьшить гипоксию вводимых адипоцитов в реципиентном ложе
	усилить микроциркуляцию реципиентной зоны
51	При липофилинге молочной железы число вколов по периметру реципиентной

	зоны выполняется из расчета на каждые _____ см
	3
	4
	5
	6
52	При липофилинге молочных желез наиболее часто используется _____ схема введения жировой ткани в реципиентные области
	веерообразная
	сетчатая
	одноканальная
	болюсная
53	Максимально допустимое число каналов из одного вкола при липофилинге молочных желез не более
	4-5
	1-2
	2-3
	6-7
54	Наиболее действенное из перечисленных средств профилактики рецидивного птоза молочной железы после мастопексии
	уменьшение массы и высоты конуса молочной железы
	вертикальная пликация паренхимы
	мышечный ремень/балкон, поддерживающий паренхиму
	укрепление кожно-подкожного чехла

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Продемонстрировать наложение узлового шва на разрез поверхности силиконового коврика;
2. Продемонстрировать наложение непрерывного внутрикожного шва на разрез поверхности силиконового коврика;
3. Продемонстрировать прием мобилизации краев раны - диссекцию в подкожном слое;
4. Продемонстрировать прием диссекции в подкожном слое или на силиконовом коврик-симуляторе);
5. Продемонстрировать прием субпериостальной диссекции;
6. Продемонстрировать прием субфасциальной/межфасциальной диссекции;
7. Продемонстрировать процесс тумисценции подкожного жирового слоя по разметке перед липосакцией при помощи иглы/ канюли;
8. Продемонстрировать процесс тунелизации инфильтрированного раствором подкожного жирового слоя по предварительной разметке;
9. Продемонстрировать послойное ушивание раны: наложение узловых швов на подкожный слой и на кожу;
10. Продемонстрировать процесс иссечения кожного лоскута по предварительной разметке;
11. Продемонстрировать выполнения определенного этапа оперативного вмешательства на усмотрение экзаменационной комиссии;

12. Продемонстрировать прием местной пластики встречными треугольными лоскутами по разметке на силиконовом коврикe/ нетканом материале;
13. Продемонстрировать прием местной пластики закрытия дефекта ротационным лоскутом по разметке (с заданными размерами и формой) на силиконовом коврикe/нетканом материале;
14. Продемонстрировать прием местной пластики закрытия дефекта выдвигающим лоскутом по разметке (с заданными размерами и формой) на силиконовом коврикe/нетканом материале;
15. Продемонстрировать (схематично) процесс разметки перед увеличивающей маммопластикой/ редукционной маммопластикой/ мастопексией, используя муляж(манекен) торса;
16. Продемонстрировать (схематично) процесс разметки перед классической абдоминопластикой, используя муляж(манекен) торса;
17. Подобрать по каталогу эндопротез для аугментационной маммопластики по заданным параметрам пациентки;
18. Подобрать по каталогу модель и размер компрессионного белья по заданным параметрам пациента и по типу планируемого вмешательства;
19. Интерпретировать результаты компьютерной томограммы орбитальных областей и придаточных пазух носа (предоперационное обследование перед ринопластикой);
20. Интерпретировать данные исследования риноманометрии;
21. Интерпретировать данные исследования УЗИ молочных желез (предоперационное обследование перед маммопластикой);
22. Интерпретировать данные компьютерной томограммы пациента с врожденным пороком развития черепно-лицевой области;
23. Интерпретировать данные исследования УЗИ мягких тканей;
24. Продемонстрировать на добровольце процесс фотографирования перед различными типами операций: ринопластика/ отопластика/ омолаживающие операции на лице;
25. Продемонстрировать на добровольце процесс фотографирования перед различными типами операций: маммопластика/ абдоминопластика/ торсоластика/ брахиопластика/ фемороластика/ глутеопластика/ круроластика;
26. Продемонстрировать на добровольце навык определения силовых линий кожи и направление оптимального разреза (область – на усмотрение членов экзаменационной комиссии).
27. Продемонстрировать на добровольце способы определения степени выстояния ушной раковины;
28. Продемонстрировать на добровольце прием для определения ложного и истинного избытка ткани века;
29. Интерпретировать данные фотографий пациентов с признаками различных состояний/симптомов (птоз века, лагофтальм, энофтальм, экзофтальм, парез мимических мышц);
30. Продемонстрировать на добровольце выполнение щипковой пробы на определение тонуса нижнего века;
31. Интерпретировать данные теста Ширмера и клинических данных при выявлении синдрома «сухого глаза»;

32. Продемонстрировать процесс определения чувствительности пальцев кисти;

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Нормативно-правовая документация, определяющая деятельность медицинских организаций и медицинских работников в сфере «Пластическая хирургия».
2. Особенности оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "пластическая хирургия".
3. Трудовое законодательство, определяющее деятельность медицинского персонала в медицинских организациях. Трудовые функции работников.
4. Основы здорового образа жизни, методы его формирования, профилактика повреждений, заболеваний и (или) состояний, сопровождающихся врожденными и приобретенными дефектами и деформациями.
5. Профилактика интраоперационных осложнений и послеоперационных осложнений. Профилактика внутрибольничной инфекции.
6. Анатомо-физиологические и региональные особенности поверхностных тканей организма.
7. Ангиосомная теория и организация крово- и лимфообращения поверхностных тканей организма;
8. Норма и патология раневого процесса и особенности лечения хронических и сложных ран.
9. Современные средства ухода за острыми и хроническими ранами.
10. Планирование разрезов и доступов в пластической хирургии в соответствии с силовыми линиями кожи и регионарными особенностями.
11. Классификация и клинические признаки и принципы хирургической коррекции рубцов.
12. Консервативная противорубцовая терапия: лечение и профилактика патологического рубцевания.
13. Метод свободной пересадки кожи: сущность метода, источники, области применения, техника.
14. Анатомо-физиологические особенности хрящевой ткани, как пластического материала, области применения свободных хрящевых трансплантатов и техника выполнения.
15. Метод свободной пересадки собственной жировой ткани: способ забора, подготовки и введения аутожира, области применения.
16. Метод пластики местными тканями: классификация местных лоскутов, принципы перемещения, способы кровоснабжения.
17. Лоскуты на питающей ножке: особенности и области применения.
18. Тканевая экспансия: сущность метода, разновидности медицинских устройств, порядок и техника выполнения.
19. Метод мигрирующего стебельчатого лоскута (Филатовский стебель): сущность метода, порядок планирования, перемещения и пластики, биологические свойства стебельчатого лоскута.

20. Общие вопросы применения микрохирургической техники в пластической хирургии: оборудование, инструментарий, расходные материалы,
21. Основные микрохирургические техники: микрососудистый и микроневральный шов, шов сухожилия.
22. Классификация реваскуляризируемых аутотрансплантатов по составу тканей и источнику кровоснабжения.
23. Частные вопросы микрохирургической пересадки: кожные и кожно-жировые аутотрансплантаты, особенности взятия, основные трансплантаты, области применения.
24. Частные вопросы микрохирургической пересадки: костные, кожно-костные аутотрансплантаты, особенности взятия, основные трансплантаты, области применения
25. Частные вопросы микрохирургической пересадки: мышечные аутотрансплантаты, особенности взятия, основные трансплантаты, области применения
26. Принципы послеоперационного мониторинга микрохирургических аутотрансплантатов, фатальные нарушения и способы их устранения.
27. Анализ области дефекта и алгоритм выбора пластического материала.
28. Имплантаты в пластической хирургии: разновидности материалов, требования к имплантируемым материалам, правила фиксации.
29. Теоретические аспекты трансплантации: классификация по принципу источника тканей, способы заготовки, области применения.
30. Прикладные аспекты топографической анатомии головы и шеи, возможности хирургических доступов;
31. Периоды эмбриотального развития головы и шеи;
32. Классификация и клиническая картина расщелин губы, неба, альвеолярного отростка;
33. Первичная и вторичная хейло-рино-уранопластика: техника, сроки;
34. Классификация и клиническая картина и принципы хирургического лечения врожденных деформаций челюстей;
35. Классификация и клиническая характеристика и принципы хирургического лечения пороков развития шеи;
36. Основные причины синостозирования и формообразования черепа в условиях заращения одного или нескольких швов.
37. Классификация и клиническая характеристика и методы хирургической коррекции изолированных краниосиностозов;
38. Классификация и клиническая характеристика и методы хирургической коррекции синдромальных краниосиностозов;
39. Орбитальный гипертелоризм, классификация и методы коррекции;
40. Классификация и клиническая характеристика травм верхней и средней зон лица, методы лечения;
41. Классификация и клиническая характеристика нижней зоны лица, методы лечения;
42. Классификация и клиническая характеристика посттравматических деформаций верхней и средней зон лица, подходы к хирургической коррекции;
43. Классификация и клиническая характеристика посттравматических деформации нижней зоны лица;

44. Общие вопросы онкопластической хирургии головы и шеи;
45. Клиническая характеристика, классификация и методы хирургической коррекции комбинированных дефектов челюстно-лицевой области;
46. Принципы планирования эстетических вмешательств в области лица и шеи;
47. Эволюция представлений о хирургической анатомии лица, эра поверхностной мышечно-фасциальной системы, эра удерживающих связок, эра пространств;
48. Техника хирургических вмешательств на уровне кожи и подкожной клетчатки;
49. Техника хирургических вмешательств на уровне ПМФС (пликация, мобилизация, умбрикация);
50. Принципы хирургической коррекции возрастных изменений периорбитальной области (верхняя и нижняя блефаропластика);
51. Методы расширенной блефаропластики: показания и отдаленные результаты;
52. Анатомо-физиологические особенности носа и придаточных пазух
53. Принципы хирургической коррекции хрящевого отдела носа;
54. Принципы хирургической коррекции костного отдела носа;
55. Полная реконструкция носа, принципы функциональной ринопластики;
56. Принципы и техника вторичной и сложной ринопластики;
57. Контурная пластика спинки носа в программе коррекции вторичных деформаций
58. Эстетические параметры, классификация и клиническая характеристика врожденных и приобретенных дефектов и деформаций ушных раковин;
59. Методы эстетической отоластики: коррекция выступающих ушных раковин, коррекция дополнительных бугорков и ножек противозавитка;
60. Принципы реконструктивной отоластики с использованием собственного хрящевого трансплантата;
61. Реконструкция ушной раковины с использованием синтетических материалов.
62. Основы формообразования, ангиоархитектоники и эстетических параметров молочных желез.
63. Клинические признаки гипертрофированных и гипотрофированных молочных желез, птоза молочных желез и оценка локального статуса при подготовке к маммопластике.
64. Обследование ациентов перед эстетической и реконструктивной маммопластикой.
65. Имплантаты для аугментационной маммоластики и способы индивидуального подбора.
66. Техника аугментационной маммоластики: оперативные доступы и способы размещения имплантата.
67. Техника редукционной маммоластики: типы питающих ножек.
68. Принципы планирования хирургической коррекции птоза молочных желез: разновидности мастопексии по форме результирующего рубца, по типу модификации чехла и стромы.

69. Сочетанные вмешательства: аугментационной маммопластики и мастоэксии: показания и планирование, техника вмешательств.
70. Клиническая характеристика, классификация и методы коррекции тубулярных молочных желез.
71. Липофилинг молочных желез как самостоятельное вмешательство и как этап комплексного вмешательства.
72. Онкопластическая хирургия молочных желез: возможности первичной и вторичной реконструкции молочной железы после онкологических вмешательств.
73. Техника реконструкции молочной железы после утраты органа методом тканевой экспансии.
74. Техника реконструкции молочной железы ротационными лоскутами.
75. Техника реконструкции молочной железы микрохирургическими аутоотрансплантатами.
76. Показания и техника выполнения кожесохраняющей мастэктомии (подкожной мастэктомии).
77. Способы реконструкции сосково-ареолярного комплекса, порядок выполнения вмешательств.
78. Клиническая характеристика и классификация деформаций передней брюшной стенки.
79. Разновидности методов абдоминопластики с переносом и без переноса пупочного кольца: форма результирующего рубца, возможности вмешательства.
80. Умбиликопластика: первичная, вторичная, неоумбиликопластика: разметка, техника вмешательств, отдаленные результаты.
81. Общие вопросы липомоделирования в области торса и конечностей.
82. Технические особенности липосакции в зависимости от разновидности метода: классическая механическая, водоструйная, вибрационная, ультразвуковая.
83. Сочетанные вмешательства при коррекции деформаций в области передней брюшной стенки: абдоминопластика в сочетании в герниопластикой, липосакцией.
84. Планирование и техника коррекции контуров тела после массивного снижения массы (постбариатрическая коррекция): нижний и верхний бодилифтинг (торсопластика), дополнительные вмешательства (дермолипэктомии в области плеча, бедра).
85. Коррекция ягодичных областей: методы аугментационная глутеопластика, глутеопексия, аутоаугментация ягодичных областей, липофилинг ягодичных областей (техника выполнения, показания, отдаленные результаты).
86. Контурная пластика голеней (круропластика): особенности эндопротезов для круропластики, техника вмешательств.
87. Клиническая картина и классификация врожденных и приобретенных дефектов уrogenитальной области у мужчин.
88. Методы и техника коррекции эпи- и гипоспадии.
89. Методы и техника частичных, субтотальных и тотальных дефектов полового члена.
90. Методы и техника хирургической коррекции микропении.
91. Методы и техника хирургической коррекции эректильной дисфункции.
92. Клиническая картина и классификация врожденных и приобретенных дефектов уrogenитальной области у женщин.

93. Эстетические параметры, приобретенные дефекты и деформации промежности.
94. Методы и техника хирургической коррекции малых и больших половых губ.
95. Методы и техника хирургической коррекции стенок влагалища.
96. Правовые вопросы постановки диагноза «ядерный транссексуализм», порядок необратимых вмешательств.
97. Методы и техника неофаллопластики и неоуретропластики при хирургической смене пола.
98. Методы и техника неовагинопластики при хирургической смене пола.
99. Дополнительные хирургические вмешательства при хирургической смене пола.
100. Вопросы обезболивания при хирургических операциях на конечностях.
101. Классификация и клиническая характеристика врожденных пороков развития кисти.
102. Классификация и клиническая характеристика приобретенных дефектов и деформаций кисти.
103. Методы обследования кровообращения, чувствительности и функций кисти.
104. Методы и техника хирургической коррекции врожденных пороков развития кисти (синдактилии, полидактилии, амниотических перетяжек, расщепленной кисти).
105. Методы и техника хирургического лечения свежих и застарелых повреждений сгибательного аппарата пальцев и кисти.
106. Методы и техника хирургического лечения свежих и застарелых повреждений разгибательного аппарата пальцев и кисти.
107. Тактика хирургического лечения при поверхностных дефектах пальцев и кисти: алгоритм выбора лоскута/аутооттрансплантата для коррекции.
108. Тактика лечения при тяжелых и мутилирующих повреждениях кисти.
109. Реплантация сегментов конечностей: показания и противопоказания, последовательность и техника вмешательств.
110. Лечение контрактур пальцев и кисти: тактика и подходы, техника вмешательств.
111. Лимфатический отек конечностей (постмастэктомический синдром, лимфостаз нижних конечностей): этиология, патогенез, диагностика с красителями
112. Методы хирургического лечения хронического лимфатического отека конечностей с применением микрохирургической техники.
113. Классические хирургические методы хирургического лечения хронического лимфатического отека.
114. Экспертная оценка функциональных нарушений, связанных с особенностями топографии дефектов и деформаций врожденного и приобретенного характера.
115. Оценка степени дерматогенных контрактур в области головы и шеи, тела и конечностей.
116. Экспертиза медицинской документации, фотодокументации области интереса при оценке отдаленных результатов оперативных вмешательств.

117. Общие вопросы реабилитации пациентов после пластических эстетических и пластических реконструктивных операций.

118. Восстановительный период для разного типа пластических эстетических и пластических реконструктивных вмешательств и планирование многоэтапных вмешательств.

119. Реабилитационные программы у пациентов после пластических эстетических вмешательств в области головы и шеи, тела и конечностей.

120. Реабилитационные программы у пациентов после пластических реконструктивных вмешательств в области головы и шеи: методы восстановления функций мимики, артикуляции, жевания.

121. Вопросы эктопротезирования при реабилитации пациентов с комбинированными дефектами лица, анофтальмом, дефектами ушных раковин.

122. Реабилитационные программы при оперативных вмешательствах в области кисти: противорубцовая терапия, динамическая механотерапия, порядок начала активных и пассивных движений.

123. Методы эластокомпрессии в раннем и отдаленном послеоперационном периоде для разного типа пластических вмешательств: порядок и регулярность ношения, сроки отказа от компрессионного белья.

Ситуационные задачи

Задача №1

Пациент Г., 58 лет, госпитализирован с жалобами на невозможность смыкания век, ограничение открывания рта, ограничение отведения левой руки. Ожоги пламенем в быту получил 5 месяцев назад. Лечился в ожоговом центре по месту жительства, производилась аутодермопластика ожоговых ран. Около двух месяцев назад стали образовываться грубые рубцы, вызывающие вышеописанные жалобы. Последний месяц пациент стал отмечать снижение массы тела из-за невозможности нормального приема пищи, сухость и красноту глаз, что заставляло регулярно применять увлажняющие капли и глазные мази (натуральная слеза, корнергель и т.п.). При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам без отклонений от нормы. St. localis: на лице обширные рубцы вызывают выворот верхних и нижних век, значительное уменьшение размеров рта. Также имеются обширные послеожоговые рубцы передней грудной стенки, левой подмышечной области, ограничивающие отведение левой руки (макс. угол отведения 40 градусов). Область левой подмышечной впадины полностью поражена рубцами. Область спины не повреждена

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Тактика ведения и лечения?
4. Прогноз?

Задача №2

К пластическому хирургу обратился пациент К., 34 лет с жалобами на деформирующий, неэстетичного вида рубец в области локтевого сгиба слева. В анамнезе у пациента травма – разрыв сухожилия бицепса в результате резкого поднятия тяжелого предмета. В кратчайшие сроки после травмы было проведено оперативное лечение – пластика сухожилия. Течение послеоперационного периода – без осложнений, заживление раны первичным натяжением. Рекомендации по ведению раннего и отдаленного послеоперационного периода выполнял аккуратно. Через 2.5-3 месяца

заметил, что рубец утолщается и уплотняется, возникают сложности при разгибании руки в локтевом суставе. Обратился повторно, после чего было выполнено иссечение рубца. Заживление проходило с выраженным натяжением краев раны и образованием трех лигатурных свищей на 8-9 день после операции. После 1,5-2 месяцев после повторного вмешательства обнаружил, что рубец деформируется повторно. В настоящее время с момента повторной операции прошло 11 месяцев.

St. localis: в области локтевого сгиба слева определяется линейный деформирующий рубец длиной 7,6-7,7 см вдоль оси конечности. Ширина рубца от 0,6 до 0,8 см на разных участках. Рубец плотный, выступает над поверхностью кожных покровов, светло розового цвета, безболезненный. Амплитуда движений в левом локтевом суставе снижена, конечность в состоянии сгибания в локтевом суставе 110-120°:

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. В результате какой тактики возникло данное состояние?
2. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании?
3. Какова тактика лечения и сроки его проведения?
4. Какова тактика лечения



Исходный вид рубца

Задача №3

Планируется оперативное вмешательство в области предплечья.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза
2. Продемонстрируйте мануальный прием, позволяющий определить направление разреза
3. Поясните выбор направления разреза



Рис. 1. Определение направления кожных линий Лангера. Правильное направление.



Рис.2. определение направления кожных линий Лангера. Неправильное направление.

Задача 4

Планируется оперативное вмешательство в области наружной поверхности плеча.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза?
2. Продемонстрируйте мануальный прием, позволяющий определить направление разреза.
3. Поясните выбор направление разреза.



Рис. 1. Определение направления кожных линий Лангера в области плеча. Правильное направление предполагаемого разреза.



Рис.2. Определение направления кожных линий Лангера в области плеча. Неправильное направление предполагаемого разреза.

Задача №5

Планируется оперативное вмешательство в области наружной поверхности плечевого сустава

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза.
2. Продемонстрируйте мануальный прием, позволяющий определить направление разреза.
3. Поясните выбор направление разреза.



Рис.1.

Задача №6

Планируется оперативное вмешательство в области подмышечной впадины.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза в области задней подмышечной линии.
2. Продемонстрируйте мануальный прием, позволяющий определить направление разреза.
3. Поясните выбор направление разреза.



Рис.1

Задача №7

Планируется оперативное вмешательство в области передней поверхности грудной клетки.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза?
2. Продемонстрируйте мануальный прием, позволяющий определить направление разреза.
3. Поясните выбор направление разреза.



Рис.1

Задача №8

Планируется оперативное вмешательство в лопаточной области.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза?
2. Продемонстрируйте мануальный прием, позволяющий определить направление разреза.
3. Поясните выбор направление разреза.



Рис.1

Задача №9

К пластическому хирургу обратилась пациентка И. с жалобами на эстетически неприемлемый, деформирующий тянущий рубец передней брюшной стенки.

Из анамнеза: три года назад перенесла полостную операцию, доступом для которой была нижняя срединная лапаротомия. Заживление первичным натяжением. Через 3-4 месяца после вмешательства послеоперационный рубец стал увеличиваться в объеме, уплотнился и потемнел. Применяла различные противорубцовые мази и гели без видимого эффекта. В анамнезе – беременность и роды (крупный плод).

При обсуждении вариантов коррекции, выяснилось, что пациентка против удлинения рубца в подпупочной зоне за счет изменения его конфигурации.

Status localis: Живот относительно симметричен, передняя брюшная стенка растянута умеренно, определяется расхождение прямых мышц живота не более 2,0-2,5 см. Имеются умеренно выраженные отложения локализованного жира в надлобковой, околопупочной зонах и боковых отделах живота. Определяются гипертрофические множественные деформирующие послеоперационные рубцы. Вертикальный рубец после нижней срединной лапаротомии, деформирующий пупочное кольцо. Множественные горизонтальные гипертрофические рубцы 1,5-3,5 см в надлобковой и паховых областях. Рубцы цианотичного оттенка, выступают над поверхностью кожи, болезненные

Вопросы:

1. Какова причина частого формирования гипертрофических рубцов в данной зоне?
2. Изобразите схематично оптимальное направление Разрезов (рубцов) в области передней брюшной стенке.
3. Предложите варианты коррекции. Укажите метод выбора с учетом пожеланий пациентки.



Рис.1. Исходный вид рубца



Рис.2 Силовые линии передней брюшной стенки



Рис.3. Вариант коррекции



Рис.4. Направления разрезов, не соответствующие силовым линиям.

Задача №10

Условие задачи: К пластическому хирургу обратилась пациентка К., 29 лет с жалобами на наличие объемного плотного образования в области правой ушной раковины. В анамнезе у пациентки множественный пирсинг ушных раковин, через год после которого обнаружила уплотнения в области отверстий. Постепенно уплотнения приобрели вид объемных шариков, болезненных при прикосновении. Пациентке был поставлен диагноз: келоидные рубцы ушных раковин. За два года было выполнено две попытки иссечения данных рубцов. В области левой ушной раковины сформировался приемлемый нормотрофический рубец. Келоидный рубец справа рецидивировал дважды. После последней операции и рецидива выполнена попытка коррекции рубца методом СВЧ-криодеструкции без эффекта.

Status localis: Рис.1. Ушные раковины асимметричны за счет наличия плотного объемного образования в области завитка справа. Образование плотное, с гладкой поверхностью, темно-розового цвета 2,3 х 1,2 см. Определяются мелкие сосудистые включения в толще образования. Пальпация умеренно болезненна. Кожа задней поверхности правой ушной раковины рубцово изменена, рубцы нормотрофические, определяется дефицит кожи задней поверхности правой ушной раковины. Рубец в области завитка левой ушной раковины нормотрофический, линейный, зрелый, длина 1 см. Положение ушных раковин нормальное, размеры и форма ушных раковин соответствуют возрастной норме, ушно-головной и скафо-конхальный углы не изменены



Рис.1

Вопросы:

1. Предложите методы коррекции
2. Каковы способы профилактики образования келоидного рубца у данной пациентки в будущем?

Задача №11

К пластическому хирургу обратилась пациентка Я. с жалобами на уплотнение в подподбородочной области и передней поверхности шеи, нарушение разгибания шеи.

В анамнезе у пациентки хирургическая коррекция возрастных изменений мягких тканей лица (фейслифтинг), сопровождавшийся передней платизмопластикой 3 месяца

назад. Течение послеоперационного периода – без особенностей, заживление преддушно-заушных разрезов – первичным натяжением. По прошествии 1,5-2 месяцев пациентка стала ощущать уплотнение и чувство натяжения в области передней поверхности шеи. Однако, некоторое время полагала, что это естественный процесс заживления. Обратиться за консультацией решила тогда, когда возникли проблемы с разгибанием шеи

Status localis: Рис.1, Рис 2. Лицо относительно симметрично. В субментальной области определяется горизонтальный рубец 4,5 см, светло-розового цвета, не выступающий над поверхностью кожи, спаянный с подлежащими тканями. Кожные покровы передней поверхности шеи и субментальной и частично подчелюстных областей значительно уплотнены, малоподвижны, образуют множество мелких вертикальных складок по площади уплотнения. Книзу границы уплотнения распространяются до верхнего края щитовидного хряща. Разгибание шеи ограничено.



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Определите диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Задача №12

Планируется оперативное вмешательство в подмышечной области.

Вопросы:

1. Изобразите схематично оптимальные направления линий разрезов в подмышечной и смежных областях.
2. Изобразите схематично оптимальные линии разрезов для широкого доступа к структурам подмышечной впадины.
3. Какое направление разрезов приведет к формированию гипертрофического рубца и рубцовой контрактуры?

Задача №13

За медицинской помощью обращается пациент, у которого имеется продольная рана вследствие травмы в подмышечной области

Вопросы:

1. Каковы особенности закрытия такой раны после первичной хирургической обработки и почему?
2. Изобразите схематично линию разрезов.
3. Изобразите схематично окончательный вид раны после наложения швов.

Задача №14

Планируется замещение обширного дефекта кожи местными тканями в области плечевого сустава.

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут.
3. Назовите способы закрытия донорской зоны.

Задача №15

Планируется замещение обширного дефекта кожи местными тканями в области заднего края подмышечной впадины и лопаточной области.

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут.
3. Назовите способы закрытия донорской зоны.

Задача №16

За медицинской помощью обращается пациент, у которого имеется продольная рана вследствие травмы по задней подмышечной линии.

Вопросы:

1. Каковы особенности закрытия такой раны после первичной хирургической обработки и почему?
2. Изобразите схематично линию разрезов
3. Изобразите схематично окончательный вид раны после наложения швов

Задача №17

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в области корня носа и/или верхней губы.

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут в перечисленных областях

Задача №18

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в преддушной области разной площади.

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута? Способ закрытия донорской зоны?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут для закрытия дефектов разной величины в преддушной области.

Задача №19

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в щечно-причелюстной области

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута? Способ закрытия донорской зоны?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут для закрытия дефекта.

Задача №20

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в области нижней челюсти и подчелюстной зоне.

Вопросы:

1. из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута? Способ закрытия донорской зоны?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут для закрытия дефекта

Задача №21

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в области нижнего века и подглазничной области.

Вопросы:

1. из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута? Способ закрытия донорской зоны?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут для закрытия дефекта

Задача №22

При планировании оперативных вмешательств на структурах кисти – сухожилиях, суставах, нервах, необходим тщательный выбор направления разрезов с целью снижения риска развития рубцовых контрактур.

Вопросы:

1. Изобразите схематично и объясните направление и конфигурацию рациональных разрезов на тыле кисти
2. Изобразите схематично и объясните направление и конфигурацию рациональных разрезов на ладонной поверхности кисти.

Задача №23

При контрольном осмотре пациентки 21 года, перенесшей 1,5 месяца назад редукционную маммопластику, обнаружено умеренное уплотнение циркулярного периареолярного и горизонтального компонентов рубцов с двух сторон. Пациентка отмечает, что около двух недель назад стала ощущать легкий зуд и покалывание по ходу рубцов (Рис.1,2 – горизонтальные компоненты рубцов; рис.3 – периареолярный рубец).

Из анамнеза: редукционная маммопластика была выполнена в связи с первичной ювенальной гипермастией и сопутствующими нарушением осанки, выраженным болевым синдромом в области грудного отдела позвоночника по желанию пациентки. Течение послеоперационного периода – без осложнений, заживление первичным натяжением. Ношение компрессионного белья – в течении 1 календарного месяца после операции. Все рекомендации по ведению послеоперационного периода пациентка выполняла аккуратно.



Рис. 1



Рис.2



Рис. 3

Вопросы:

1. Что следует заподозрить в данном случае (наиболее вероятный диагноз)?
2. С каких методов коррекции следует начать?

Задача №24

К пластическому хирургу обратилась пациентка С., 20 лет с целью коррекции формы ушных раковин.

При осмотре: Положение и размер ушных раковин относительно симметричен. Определяется недоразвитие противозавитка ушных раковин с двух сторон. Чаши ушных раковин углублены. Прочие части ушных раковин развиты нормально. Ушно головной угол справа и слева – 85-90°, скафо-конхальный – более 130. (рис 1,2).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Что является причиной данной деформации?
3. Какую методику коррекции следует применить в данном случае?



Рис.1



Рис.2

Задача №25

К пластическому хирургу обратилась пациентка Х., 24 лет с ориентальным типом лица и жалобами на эстетически непривлекательную форму верхних век, сложности при наложении макияжа (рис.1). Пациентке было выполнено вмешательство: коррекция

ориентального типа верхних век (европеизация век). В послеоперационном периоде при поднятии верхних век образуется четкая глазнично-пальпебральная борозда на расстоянии 4-5 мм от ресничного края (рис.2). При опускании верхнего века борозда сглаживается (рис.3).



Рис.1



Рис. 2



Рис. 3

Вопросы:

1. В чем заключается методика европеизации верхних век у представителей монголоидной расы?
2. Какой из методов применен в данном случае и почему?

Задача №26

Две пациентки одной возрастной категории с преимущественно деформационным типом старения перенесли в одно и то же время омолаживающие операции в области лица. На фото представлены результаты оперативного вмешательства обеих пациенток на 12-14 день после вмешательства и предоперационного состояния.



Рис.1 (а, б) Пациентка 1 до и после операции



Рис 2. (а, б) Пациентка 2 до и после операции

Вопросы:

1. Предположите, какие из оперативных вмешательств выполнены представленным пациенткам?
2. Каковы особенности перечисленных вмешательств и показания к выполнению.

Задача №27

К пластическому хирургу обратилась пациентка с жалобами на неудовлетворительные результаты предшествующей эстетической операции. В анамнезе у пациентки эстетическая пластика верхних век в связи с возрастными изменениями. После операции прошло больше года, но избыток кожи верхних век по мнению пациентки, так и не был устранен.

При осмотре: Лицо в пределах физиологической асимметрии. Определяются возрастные птогические изменения верхней и средней зон лица средней степени. Определяется ложный блефарохлазис верхних век. Избыток кожи не менее 0,8 см. Брови расположены ниже верхнеглазничного края (рис.№№ 1,2,3,4).



Рис.1



Рис.2



Рис 3



Рис.4

Вопросы:

1. В чем причина неудовлетворительного результата предыдущей операции?
2. Какой вариант коррекции можно предложить данной пациентке для получения эстетически значимого эффекта?

Задача №28

К пластическому хирургу обратилась пациентка с жалобами на изменение контуров глазной щели, частое раздражение конъюнктивы, слезотечение при минимальном воздействии внешней среды (ветер, изменение влажности и пр)

В анамнезе у пациентки эстетическая пластика нижних век 1 года назад. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы удалены на 5 сутки после вмешательства. Деформация глазной щели обнаружилась сразу после операции, однако, пациентка объясняла для себя происходящее отеком тканей и ожидала, что после полного заживления форма глазной щели станет прежней. В качестве реабилитации был назначен курс физиотерапии (микротоковая терапия, ультрафонофорез), которая не оказала влияния на результат операции.

При осмотре: Лицо в пределах физиологической асимметрии. Умеренные возрастные атрофические изменения мягких тканей лица. Определяется выраженный склеральный вид: нарушение конфигурации глазной щели преимущественно латеральной порции в виде расширения (лагофтальм), больше выражен справа. Рубцы после предыдущей блефаропластики верхних и нижних век – зрелые, нормотрофические, малозаметные (рис.1).



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Что явилось причиной развития данной послеоперационной деформации глазных щелей?
2. Какие варианты коррекции можно предложить данной пациентке?

Задача №29

Условие задачи: К пластическому хирургу обратился пациент Б, 30 лет. с целью уменьшить объем щечных областей методом резекции комков Биша, о которой узнал из открытых источников. По субъективному мнению, пациента, его лицо выглядит недостаточно мужественным.

При осмотре: Лицо в пределах физиологической асимметрии. Нижняя зона лица относительно симметрична. Определяется косметическая диспропорция лица (недостаток нижней трети лица) нижней гипогнатии и недоразвития ментальной области. При осмотре нарушений прикуса не выявлено. Переднее-нижнее положение подъязычной кости, шейно-подбородочный угол открытый. Определяется избыточный объем щечных областей за счет умеренной гипертрофии жирового тела щек.

Для уточнения диагноза пациенту выполнены прямой и боковой обзорные снимки черепа. Рентгенологическое исследование подтверждает, что прикус у пациента адаптирован, дизокклюзии не выявлено.



Рис.1 Фото анфас



Рис.2 Фото профиль



Рис.3 Обзорный боковой снимок



Рис.4 Обзорный прямой снимок

Вопросы:

1. Что является наиболее частой причиной косметических диспропорций лица?
2. Приведет ли резекция комков Биша у данного пациента к желаемому результату?
3. Какой план коррекции следует предложить данному пациенту?

Задача №30

Пациентка 17 лет, обратилась к пластическому хирургу с жалобами на неэстетичную форму носа.

При осмотре имеет место небольшой горб носа в костном отделе. Нос удлинен, с нависающим кончиком, узкий во всех отделах, имеется искривление спинки носа. При передней риноскопии выявлено искривление носовой перегородки в хрящевом отделе, не затрудняющее носовое дыхание. В большей степени обращает на себя внимание выраженный экзофтальм обоих глаз, расходящееся косоглазие правого глаза, нарушение прикуса за счет уменьшения верхней челюсти в переднезаднем и поперечном размерах. За счет чего имеется выраженная скученность зубов верхней и нижней челюсти, «готическое нёбо». Все симптомы в совокупности можно описать как «вдавленная» деформация лица.

При беседе выяснилось, что девушка с раннего возраста наблюдается у эндокринолога по поводу эутиреоидного зоба. Несмотря на то, что регулярно проводятся исследования концентрации гормонов щитовидной железы и УЗИ щитовидной железы, патологических изменений никогда не выявлялось. Специфического лечения, соответственно, не проводится. Кроме того, ранее девушка наблюдалась у офтальмолога по поводу частичной атрофии зрительных нервов, снижением зрения (правый глаз практически не видит, острота зрения левого глаза снижена). Получала специфическое лечение, направленное на сохранение зрения. Что делалось - не помнит и считает, что лечение было безуспешным, так как степень зрительных расстройств не изменялась со временем. Считает, что нарушения зрения у нее с рождения, так как не помнит, чтобы когда-либо видела лучше. В детстве наблюдалась неврологом из-за частых головных болей. Жалобы на головные боли стали реже после полового созревания, однако и сейчас головные боли изредка возобновляются, особенно при перемене погоды. До школы часто болела простудными заболеваниями. Вспомнила, что ее мать рассказывала, о том, как в первые годы жизни ее родители очень боялись, что она задохнется во сне из-за сильнейшего храпа. По поводу этого храпа наблюдалась у ЛОР-врача с диагнозом «аденоиды». Оперирована по этому поводу в возрасте 5 лет, проведена аденотонзилэктомия. После операции храп постепенно исчез, однако и сейчас при простуде храпит во время сна. Консультировалась у ЛОР-врача, который связал храп с искривлением носовой перегородки.



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Какой диагноз следует заподозрить?
2. Какое обязательное обследование может однозначно подтвердить диагноз, и какие находки будут считаться характерными для данного заболевания?
3. Какой алгоритм оперативной помощи может быть предложен пациенту соответственно выставленному диагнозу

Задача №31

Пациент Я., 53 года, поступил в клинику с жалобами на изменение конфигурации лица за счет асимметрии подбородочной области с диагнозом амелобластома подбородочного отдела и тела нижней челюсти с вовлечением тканей преддверия рта.

Из анамнеза: Диагноз амелобластомы верифицирован гистологически после амбулаторной расширенной биопсии по типу цистэктомии нижней челюсти.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Определяется изменение конфигурации лица за счет гипертрофии подбородочной области (рис 1а), где пальпируется плотное неподвижное образование, занимающее весь подбородочный отдел с переходом на боковые участки тела нижней челюсти. В полости рта дефект слизистой оболочки размером 3 x 4 см в центральной области преддверия рта. Слизистая оболочка отечна, слегка гиперемирована, в области дна полости рта патологических изменений ткани не определяется.

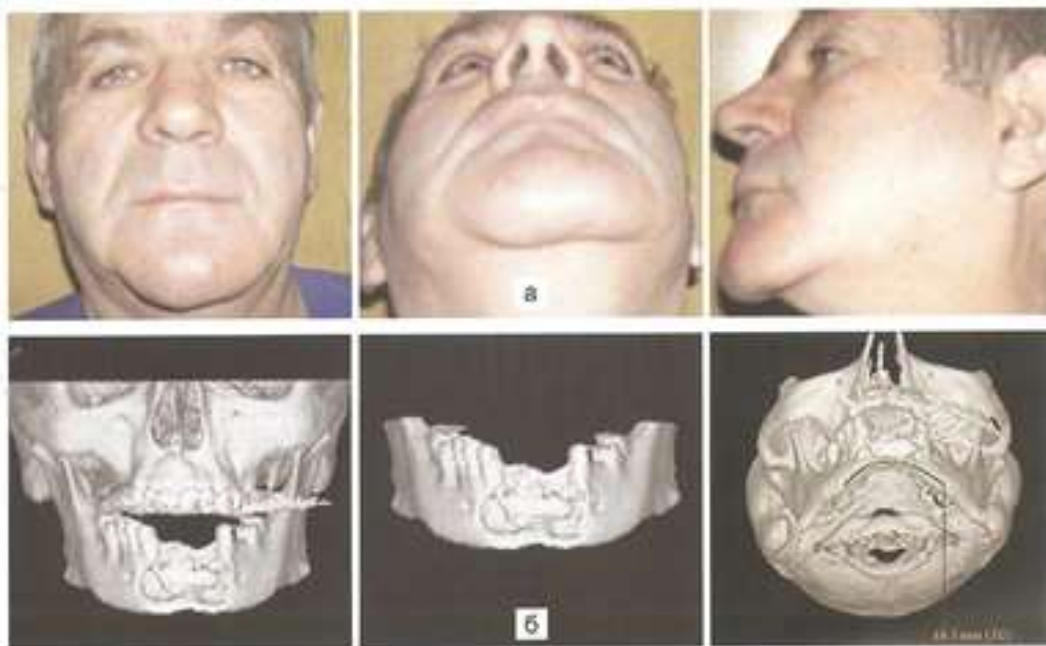


Рис.1 (а,б)

Вопросы:

1. Общая тактика ведения и лечения? Что необходимо восстановить после радикальной хирургической операции?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести с учетом запланированной тактики лечения?
3. Дефект какой категории возникает при выполнении радикального хирургического лечения?
4. Какова тактика устранения данного дефекта?
5. Какой тип трансплантата возможно использовать в данном случае? Какие из местных тканей возможно использовать для восстановления тканей преддверия полости рта в области дефекта?
6. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?
7. Прогноз

Задача №32

Пациентка Р., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную асимметрию и деформацию средней зоны лица, проблемы с приемом пищи. (Рис.1а).

Из анамнеза: 1,5 года назад выявлена остеобластокластома верхней челюсти слева. Была произведена операция: резекция верхней челюсти, скуловой кости и скуловой дуги с прилегающими мягкими тканями твердого неба, преддверия рта. Диагноз рака верифицирован гистологически. В дальнейшем пациентка нигде не лечилась.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Нарушение конфигурации лица из-за резкого западения верхней губы и мягких тканей в левой скуловой, подглазничной и скуловой областях. Открывание рта – свободное. Отмечается дефект верхнего преддверия рта и сквозной дефект твердого неба слева. (КТ с 3Д моделированием рис.1б)



Рис.1(а,б)

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. К какой категории относится данный дефект?
3. Какова тактика устранения данного дефекта? Что необходимо восстановить?
4. Какой тип трансплантата оптимален в данном случае?
5. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести с учетом запланированной тактики лечения?
6. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?
7. Прогноз.

Задача №33

Пациент Н., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную асимметрию и деформацию средней зоны лица.

Из анамнеза: 2 года назад выявлен плоскоклеточный рак верхней челюсти слева. Была произведена операция: резекция верхней челюсти с прилегающими мягкими тканями твердого неба, преддверия рта, щечной области. Диагноз плоскоклеточного рака верифицирован гистологически. Была проведена дистанционная гамма-терапия (суммарная доза 60 Грей) и два курса химиотерапии.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Нарушение конфигурации лица из-за резкого западения верхней губы и мягких тканей в левой скуловой, подглазничной, щечной областях. Отмечается опущение левого глазного яблока на 2 см. Артикуляция нарушена. В полости рта определяется обширный дефект твердого неба, верхней челюсти, щечной области и верхней губы, сообщение с полостью рта, где имеется сквозной дефект твердого неба размером 5 x 4 см, дефект преддверия рта, нижняя носовая раковина выступает в полость рта (рис.1а).

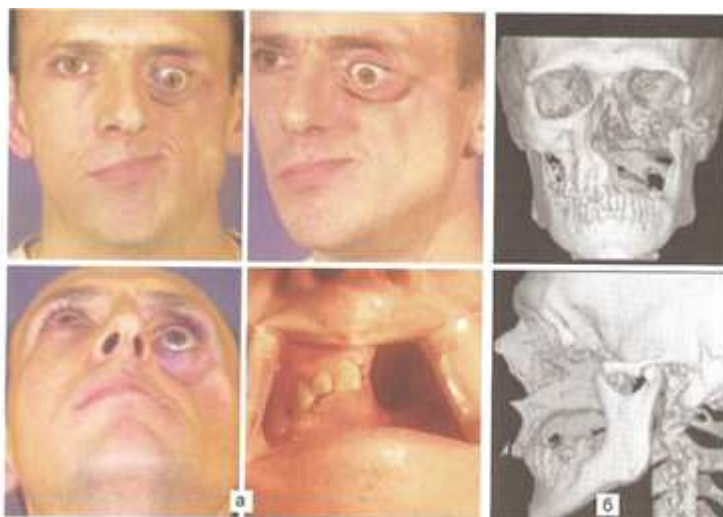


Рис.1(а,б)

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. К какой категории относится данный дефект?
3. Какова тактика устранения данного дефекта? Что необходимо восстановить?
4. Какой тип трансплантата оптимален в данном случае?
5. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести с учетом запланированной тактики лечения?
6. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?
7. Прогноз.

Задача №34

Пациент С., 27 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную асимметрию и деформацию нижней зоны лица.

Из анамнеза: 8 лет назад выявлена амелобластома тела и ветви нижней челюсти справа. Дважды, с интервалом в 3 года были выполнены оперативные вмешательства: удаление новообразования по типу фрагментарной резекции нижней челюсти. Диагноз амелобластомы верифицирован гистологически.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Значительное изменение конфигурации лица за счет резкого увеличения щечной и подчелюстной области справа, где пальпируется плотный болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом напряжена, умеренно гиперемирована, подвижна. Новообразование на протяжении тела нижней челюсти от ее ветви до уровня 42 зуба. (Рис 1а) При осмотре в полости рта слизистая оболочка от 33 до 38 зуба изменена, истончена, гиперемирована, в двух местах отмечается прорастание тканей новообразованием по границе нижнего преддверия рта справа, рубцовая деформация (Рис.1б).

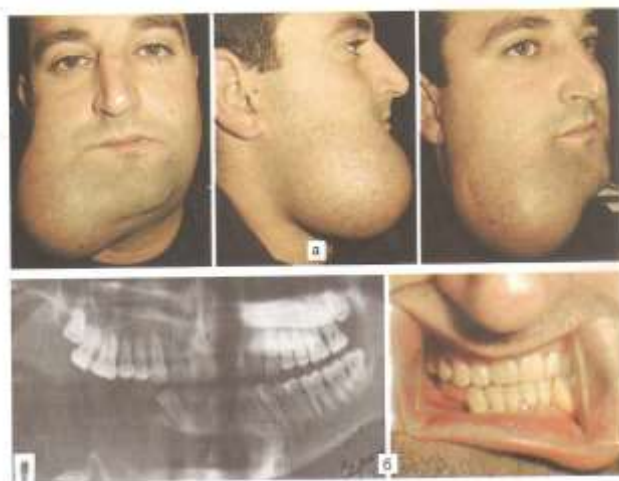


Рис.1

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Общая тактика ведения и лечения? Что необходимо восстановить?
4. Дефект какой категории возникает при выполнении радикального хирургического лечения?
5. Какова тактика устранения данного дефекта?
6. Какой тип трансплантата оптимален в данном случае?
7. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести с учетом запланированной тактики лечения?
8. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?
9. Прогноз.

Задача №35

Пациентка 28 лет обратилась с жалобами на припухлость и боль при ходьбе в подколенной области левой нижней конечности. В анамнезе: 1 год назад пациентке было выполнено подфасциальное эндопротезирование голени. Послеоперационный период протекал гладко, рекомендации в период реабилитации соблюдала аккуратно. За неделю до обращения имело место падение при катании на лыжах.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы. (рис.1,2)

St. localis: При осмотре задних поверхностей нижних конечностей определяется асимметрия подколенных областей. Рельеф левой подколенной области нарушен за счет выбухания с ровными контурами. При пальпации: плотно-эластической консистенции. Пальпация левой подколенной области болезненна, послеоперационный рубец умеренно гиперемирован



Рис.1



Рис 2

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Тактика ведения и лечения?
4. Прогноз?

Задача №36

Пациент 38 лет, травма на производстве, на ногу упал тяжелый предмет.

При осмотре у больного рвано-ушибленная рана в н/3 правой голени (рис 1) по переднее-медиальной поверхности с переходом на правую стопу, рана размером 16,0х10,0 см, дном раны является сухожилия мышц разгибателей стопы, поврежденный правый голеностопный сустав и перелом внутренней лодыжки. Кровообращение в стопе декомпенсировано (стопа холодная, бледная, капиллярная реакция отсутствует). По данным доплерографии отсутствует пульсация на передней и задней большеберцовых артериях ниже раны. При ревизии раны выявлено повреждение передней и задней большеберцовых артерий на протяжении, диастаз на обеих артериях более 10 см.



Рис.1

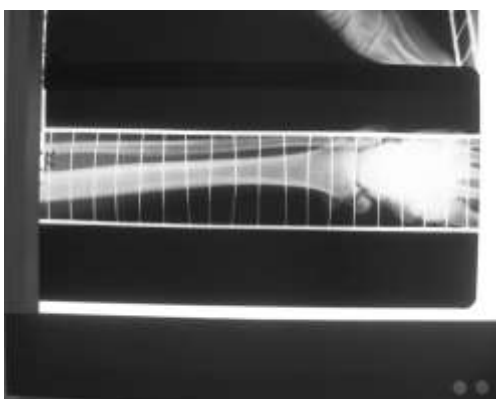


Рис.2

Вопросы:

1. Какие задачи мы должны решить оперативным путем?
2. Какие варианты лечения раны вы можете предложить?
3. Возможно ли использование для закрытия дефекта мягких тканей местных лоскутов из икроножной, камбаловидной мышцы?

Задача №37

Пациент 35 лет, Диагноз: Открытый перелом обеих костей левой голени (рис 2,3). Остеомиелит большеберцовой кости. Гранулирующая рана н/3 левой голени.

Из анамнеза: травма 6 месяцев назад, в результате ДТП, сбит автомобилем, больному было выполнено экстренно вправление перелома, фиксация перелома в аппарате наружной фиксации (АНФ), послеоперационный период осложнился некрозом мягких тканей над зоной перелома, остеомиелитом большеберцовой кости. Больному выполнялись этапные некрэктомии, резецирование фрагмента большеберцовой кости.

При осмотре у больного имеется гранулирующая рана по переднемедиальной поверхности н/3 правой голени размером 10,0х8,0 см, неправильной формы, с четкими краями, дном раны является ярко красные грануляции, кровообращение в стопе компенсировано (рис.1).



Рис.1



Рис.2



Рис.3

Вопросы:

1. Какие варианты лечения раны вы можете предложить?
2. Какой вариант лечения является оптимальным для максимально быстрого восстановления функции правой нижней конечности?
3. Какой алгоритм оперативной помощи может быть предложен пациенту?

Задача №38

Пациент 31 год, травма на производстве, рука попала под электронож.

При осмотре у больного имеется травматическая ампутация сегмента левой кисти на уровне пястно-фаланговых суставов, сегмент кисти доставлен с пациентом и ампутация 1-го пальца левой кисти на уровне метафиза основной фаланги 1-го пальца левой кисти. (Рис.1, 2)



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Какие пальцы самые функциональные в движениях кисти? Какие пальцы являются приоритетными при реплантации пальцев?
2. Какие варианты операционного лечения вы можете предложить, чтобы восстановить 1-й палец левой кисти?
3. Какие показания и противопоказания к реплантации вы знаете?

Задача №39

Пациент 28 лет, производственная травма, рука попала в работающий станок, экстренно доставлен в приемное отделение к микрохирургу.

При осмотре у больного имеется травматическая ампутация 3,4 пальцев правой кисти на уровне головок основных фаланг 3,4 пальцев, ампулаты доставлены с пациентом, дном ран по ладонной поверхности является ДМФС, по тыльной поверхности головка средней фаланги, на культих 3,4 пальцев в рану выстоят средние фаланги 3,4 пальцев, имеется дефект мягких тканей, на 5-м пальце имеется рваная рана по тыльно-лучевой поверхности, дном раны является сгусток крови, имеется патологическая подвижность средней фаланги 5-го пальца, рваная рана правой кисти по ладонной поверхности в области 3,4 пястных костей, дном ран является сгусток крови, из ран умеренное смешанное кровотечение. Кровообращение в 1,2,5 пальцах правой кисти компенсировано, отсутствуют активные сгибательные движения культи 3-го пальца (средней фаланги), чувствительность 1,2,5 пальцев сохранена.



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациенту?
2. Какие показания и противопоказания к реплантации есть в данном случае?
3. Какие вопросы необходимо задать пациенту?
4. Какой алгоритм оперативной помощи может быть предложен пациенту соответственно выставленному диагнозу

Задача №40

К пластическому хирургу обратилась пациентка 37 лет после потери массы тела вследствие лечения у диетолога 1,5 года назад. Снижение массы – 25 кг. Первым этапом пациентке после стабилизации массы тела выполнена нижняя торсопластика (абдоминопластика в сочетании с дермалипэктомией в поясничной области). В настоящее время пациентка планирует выполнить контурную коррекцию бедер, настаивая на определенной методике оперативного вмешательства, которое предусматривает только горизонтальный разрез в паховых областях и промежности, мотивируя свой выбор тем, что такой рубец проще маскируется бельем.

При осмотре: нижние конечности относительно симметричны. Ткани внутренней поверхности бедер умеренно птозированы, на внутренних поверхностях участки мацерации и гиперпигментации. Кожные покровы внутренней поверхности бедер умеренно атрофичны, дряблые (рис.1).



Рис.1

Вопросы:

1. Следует ли в данном случае удовлетворить пожелание пациентки иметь короткий и легко маскирующийся рубец?
2. Какой вариант коррекции бедер следует предложить в данном случае?

Задача №41

К пластическому хирургу обратилась пациентка К. с жалобами на косметически неприемлемую форму молочных желез и с целью изменить объем и форму молочных

желез. В анамнезе беременность и роды, грудного вскармливания не было по причине выраженной гипогалактии.

При осмотре: молочные железы умеренно асимметричны. Объем грудной клетки – 87 см, рост – 163 см, вес – 69 кг. Верхние полюса молочных желез сглажены. Внутренние склоны молочных желез – вогнуты. Комплексы САК расположены значительно ниже субмаммарных складок. Диаметр ареол – 8-8,5 см. Расстояние от яремной вырезки до соска справа – 27,0 см, слева – 27,5 см. Расстояние между молочными железами – 5,3 см. Расстояние от субмаммарной складки до соска справа – 11 см, слева – 12 см. Субмаммарные складки на разных уровнях: левая субмаммарная складка на 2,5 см выше правой. Диаметр основания – 11 см. Основания молочных желез поджаты в нижнее-медиальном отделе (рис.1,2,3,4,5)



Рис. 1



Рис.2



Рис 3



Рис.4



Рис.5

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие варианты вмешательства возможны при данном типе деформаций? В чем заключается суть этих методов?
3. Какие ошибки допустил хирург при предоперационном фотографировании пациентки?

Задача №42

К пластическому хирургу обратилась пациентка Л., 28 лет с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника, нарушение осанки, сложности в выборе одежды и нижнего белья и с целью уменьшить молочные железы.

В анамнезе у пациентки субтотальная резекция яичников с двух сторон по причине наличия эндометриозных кист. При расспросе пациентка сомневается, остановились в росте молочные железы.

При осмотре: молочные железы в пределах физиологической асимметрии. Рост – 165 см, вес – 74 кг. Объем грудной клетки – 83 см. Основание молочных желез более 20 см. Диаметр ареол – 9,5 – 10 см, Расстояние от яремной вырезки до соска справа – 30 см, слева – 29 см. Расстояние от субмаммарной складки до соска справа – 15 см, слева – 17 см. Рис.1.

На теле имеются свежие и зрелые послеоперационные рубцы после аппендэктомии и лапароскопии. Незрелые рубцы с явными признаками гипертрофии, зрелые рубцы сглажены, эстетически приемлемые.



Рис.1.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует исключить при проведении предоперационной подготовки?
2. Какой вариант питающей ножки предпочтительнее?
3. Какую противорубцовую терапию следует назначить данной пациентке и в какие сроки.

Задача №43

К пластическому хирургу обратилась пациентка Ш. 33 лет с жалобами на изменение формы молочных желез после родов и кормления грудью 10 лет назад. Цель пациентки – восстановить объем и форму молочных желез.

При осмотре: Окружность грудной клетки – 74 см. Рост – 167 см, вес – 60 кг. Молочные железы относительно относительно симметричны, верхний полюс сглажен, определяется кожный птоз. Субмаммарные складки относительно симметричны. Ткань молочных желез при пальпации однородна, безболезненна, регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны, выделений из протоков нет. Рис.1,2,3,4,5,6.

Диаметр основания молочной железы справа – 13,5 см, слева – 13,0 см.

Расстояние от яремной вырезки до соска справа – 22,5, слева – 22,5.

Расстояние от середины ключицы до соска справа – 21,5, слева – 22,0 см.

Расстояние от субмаммарной складки до соска справа – 6,9, слева – 6,5.

Расстояние от субмаммарной складки до соска в натяжении справа – 8,5, слева – 9,0.

Расстояние между железами (кливидж) – 3,4 см.

Диаметр ареолы справа – 8,5 см, слева – 9,0 см.



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5



Рис.6

Вопросы:

1. Какой вариант увеличивающей маммопластики следует предложить в данном случае?
2. Какой из ракурсов предоперационного фотодокументирования не выполнил хирург?
3. Определите приблизительные параметры имплантата для аугментации молочных желез у данной пациентки.

Задача №44

К пластическому хирургу обратился пациентка Л. 38 лет с целью устранения послеродовую деформации передней брюшной стенки. В плане предоперационной подготовки необходимо собрать фотодокументацию.



Рис 1

Вопросы:

1. Какие основные ракурсы следует использовать?

2. Каковы сроки послеоперационного фотографирования?
3. Какую предоперационную подготовку помимо клинико-лабораторного обследования следует проводить в данном случае?
4. В качестве тренинга учащимся предлагается фотографировать друг друга, имитируя сбор фотодокументации перед абдоминопластикой.

Задача №45

Пациентка Н., 38 лет, пришла на прием к пластическому хирургу с жалобами на деформацию и болезненность правой молочной железы

Два с половиной года назад пациентка перенесла аугментационную маммопластику по поводу постлактационной инволюции молочных желез. Ранний послеоперационный период протекал гладко, без выраженного болевого синдрома. Рекомендации по поведению в раннем и отдаленном послеоперационном периоде выполняла аккуратно, ношение компрессионного белья продолжала до 1.5 месяцев после операции. В анамнезе имеются указание на развитие острого серозного мастита справа в послеродовом периоде за 8 лет до операции.

Через 1 год и 8 месяцев пациентка обнаружила, что молочные железы стали асимметричны. Правая молочная железа стала более плотной, при пальпации стала ощущаться болезненность. В течении нескольких месяцев правая молочная железа по плотности стала значительно отличаться от левой, усилилась болезненность и деформация.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Молочные железы асимметричны. Правая молочная железа уплотнена равномерно по всей поверхности. При пальпации болезненна. Контуры имплантата определяются визуально. Определяется зрелый нормотрофический полулунный рубец по нижнему периметру ареолы с двух сторон. Протоковых выделений нет, регионарные лимфоузлы не изменены справа и слева

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Тактика ведения и лечения?
4. Прогноз?

Задача №46

Условие задачи: К пластическому хирургу обратилась пациентка Л., 25 лет с жалобами на малый объем молочных желез. В анамнезе у пациентки в возрасте 22 лет имеется беременность, роды и непродолжительный период лактации сроком 3 месяца. Пациентка отмечает гипогалактию слева. После родов существенного изменения объема и формы молочных желез не наблюдалось. Обратилась к пластическому хирургу с целью проведения увеличивающей маммопластики.

St. localis: Молочные железы ассиметричны. Правая молочная железа умеренно превышает по объему левую молочную железу. Имеются отличия в уровне субмаммарных складок. Левая субмаммарная складка на 2,5 см выше, чем правая. Расстояние от яремной вырезки до САК справа – 20 см, от яремной вырезки до САК слева – 19,5 см. Диаметр основания справа - 11 см, слева – 9,2см. Форма и размеры САК справа и слева относительно симметричны. Отмечается асимметрия подмышечных впадин. Левая подмышечная впадина выше, чем правая. (Рис.№№ 1,2,3)



Рис.1



Рис.2



Рис.3

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Что является причиной этого состояния?
2. Какова тактика обследования в данном случае?
3. Какова тактика коррекции?

Задача 47

К пластическому хирургу обратился пациент П. 18 лет с целью коррекции посттравматической деформации носа. В плане предоперационной подготовки необходимо собрать фотодокументацию.

Вопросы:

1. Какие основные ракурсы следует использовать?
2. Какие дополнительные ракурсы следует использовать?
3. Каковы сроки послеоперационного фотографирования и окончательной оценки результатов ринопластики?
4. В качестве тренинга учащимся предлагается фотографировать друг друга, имитируя сбор фотодокументации перед ринопластикой.



Рис.1 Анфас



Рис.2 Профиль правый



Рис.3. Профиль левый



Рис.4 Полупрофиль правый



Рис.5 Полупрофиль левый



Рис.6 Полуаксиальная проекция



Рис.7 Анфас средняя зона, крупный план



Рис.8 Профиль правый средняя зона крупный план



Рис.9 Профиль левый средняя зона крупный план



Рис.10 Фото сверху «вертолетная проекция»



Рис.11 Полупрофиль правый средняя зона крупный план



Рис.12 Полупрофиль левый средняя зона крупный план

Задача №48

К пластическому хирургу обратилась пациентка Р. 27 лет с жалобами на неудовлетворительную форму носа. Пациентку не устраивает форма как костного, так и хрящевого отдела носа. При детальном расспросе выяснилось, что имеется нарушение дыхания через правую половину носа, усиливающаяся при простудных заболеваниях. В анамнезе у девушки травма носа, которую она получила в возрасте 11-12 лет во время падения с велосипеда. Амбулаторно была произведена остановка носового кровотечения, прочих манипуляций и обследований проведено не было. При осмотре определяется выраженное оливообразное расширение крыльных хрящей носа. Межкрыльное расстояние – 3.3 см, основание носа – 2.7 см, высота коллюмелы – 1.8 см. Определяются костные гребни носовых костей в виде горбинки.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Какой вероятный сопутствующий диагноз имеется у пациентки?
2. Какие дополнительные исследования требуются в данном случае?
3. Какова тактика оперативной коррекции у данной пациентки?



Рис.1



Рис.2.



Рис.3

Задача №49

К пластическому хирургу обратился пациент Р. 32 лет с жалобами на неудовлетворительную форму носа, которая сформировалась после травмы и нарушение дыхания через нос. Из анамнеза: Травма получена в результате удара по лицу. Через 8 суток после травмы в ЦРБ по месту жительства под внутривенным обезболиванием была произведена попытка репозиции перегородки носа и эвакуация подслизистой гематомы перегородки носа. Со слов пациента, гипсовую повязку после репозиции ему не накладывали. В течении 2-3 месяцев сформировались несимметричный дефект и характерная деформация спинки носа.

Status localis: Лицо умеренно асимметрично из-за смещения левого ската носа медиально. Высота спинки носа уменьшена, определяется выраженная «седловидная деформация» носовых костей. Ширина спинки носа – умеренная. Носо-лобный угол – уменьшен, носо-губный угол – увеличен. При передней риноскопии: выраженное искривление перегородки носа в хрящевом отделе влево, костные гребни в костной части перегородки, нижние носовые раковины гипертрофированы, умеренно отечны и цианотичны, содержимое носовых ходов – скудное, слизистое.



Рис. 1



Рис. 2



Рис.3

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. В результате какой тактики первичной операции возникла данная деформация?
3. Какова тактика оперативной коррекции у данного пациента? Укажите варианты материалов для реконструкции.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы пациенту?
5. С какими дополнительными вмешательствами целесообразно сочетать реконструктивную операцию в области спинки носа?

Задача №50

К пластическому хирургу обратилась пациентка П. 35 лет с жалобами на неудовлетворительную форму носа. Из анамнеза: 2 года назад под местной анестезией выполнена первичная эстетическая ринопластика с целью уменьшения ширины и укорочения концевого отдела носа. Ранний результат операции пациентку вполне удовлетворял. Через 3-3,5 месяцев форма носа стала постепенно меняться, концевой отдел становился бесформенным, кожная перегородка носа сместилась вниз.

Status localis: Лицо относительно симметрично (в пределах физиологической асимметрии). Костный отдел носа не изменен, скаты носа относительно симметричны. Определяется выраженная деформация хрящевого отдела носа по типу «клюва попугая». Концевой отдел уплощен, выраженная протрузия кожной перегородки носа. Крылья носа на разном уровне: левое крыло носа расположено выше. Определяется выраженное западение в области краев грушевидного отверстия, связанное с врожденной деформацией (Рис 1, 2, 3)



Рис.1



Рис.2



Рис.3

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. В результате какой тактики первичной операции возникла данная деформация?
3. Какова тактика оперативной коррекции у данной пациентки? Укажите варианты материалов для реконструкции.

Задача №51

Пациентка Г., 52 года, состояние после эстетической блефаропластики верхних век по поводу возрастных изменений периорбитальной области.

В соответствии с рекомендациями пациентка явилась в клинику на 5-е сутки для удаления швов.

Из анамнеза: Пациентка обратилась к пластическому хирургу с жалобами на избыток кожи и морщины верхних век и избыток кожи верхних век.

Операция выполнена по эстетическим показаниям.

Хронические заболевания, серьезные травмы и операции на этапе предоперационного обследования – отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей

Признаков сопутствующей патологии придаточного аппарата глаза на этапе предоперационной подготовки не выявлено. Состояние зрительного анализатора – возрастная гиперметропия.

Пациентка была обследована перед операцией по стандартной схеме для оперативного вмешательства под внутривенным обезболиванием. Противопоказаний к операции не выявлено.

В ходе операции выполнено: стандартное квадрилатеральное иссечение избытка кожи верхних век в соответствии с предоперационной разметкой, выделение и частичная резекция жировых пакетов – центрального и назального, которое прошло с небольшими техническими сложностями справа. Кровопотеря – минимальная.

После оперативного вмешательства пациентка провела в клинике 1 сутки и выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение лечащего врача. На момент выписки – отек и гематомы в области вмешательства – относительно симметричны, в пределах нормы реакции для данного типа вмешательств.

При осмотре: заживление первичным натяжением. Отек и гематомы остаточные, в стадии редукции. Также при осмотре выявлена умеренная асимметрия глазных щелей:

край верхнего века справа более, чем на 2 мм прикрывает верхний край роговицы. Правая бровь в состоянии выраженной гиперекстензии. Слезотечение и слезостояние не выявлено, количество миганий – 14 в 1 мин. (рис.1)



Дополнительная информация:

Симметрия глазных щелей восстановилась через 2,5 месяца на фоне противоотечной, стимулирующей, лимфодренирующей физиотерапии и противорубцовой терапии.

Вопросы:

1. Определите тип послеоперационного осложнения у данной пациентки.
2. В какое время наиболее вероятно произошло данное осложнение?
3. Какие из анатомических структур орбиты вовлечены в процесс с наибольшей вероятностью?
4. Результатом каких событий явилось данное осложнение?
5. Во время какой манипуляции это могло произойти?

Задача №52

К пластическому хирургу обратилась пациентка 75 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования на коже крыла носа слева.

Из анамнеза: Больной себя считает в течении нескольких лет, когда на кончике носа слева, пациентка обнаружила безболезненный узелок величиной чуть больше спичечной головки. Узелок слегка возвышается над поверхностью кожи, имел плотную консистенцию. За медицинской помощью не обращалась. В последующем, болезненный узелок увеличивался в размерах. Обратилась за консультацией к дерматокосметологу, была направлена на обследование в онкодиспансер. При цитологическом обследовании выявлен базальноклеточный рак кожи носа (C 44).

При осмотре: На коже крыла носа имеется образование 1,8 см в диаметре выступающее в преддверие носа. Определяются рубцовые изменения на поверхности пораженного участка крыла носа. (рис.1, рис.2)

Регионарные л/узлы не изменены.



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Какие из признаков базалиомы не характерны для злокачественных опухолей?
2. С чем следует дифференцировать базальноклеточный рак кожи?
3. Какое лечение показано пациентке?
4. Какой способ пластики следует использовать для замещения дефекта крыла носа?
5. Какие варианты данного способа можно предложить?

Задача №53

Пациентка Н., 43 года, состояние после эстетической блефаропластики верхних век по поводу возрастных изменений периорбитальной области.

Из анамнеза: Пациентка обратилась к пластическому хирургу с жалобами на избыток кожи и морщины верхних век, выраженную «полноту» верхнего века в области хвоста брови. Определялся истинный блефарохлазис верхних век, уровень бровей соответствовал верхнеглазничному краю.

Операция выполнена по эстетическим показаниям.

В ходе операции выполнено: стандартное квадрилатеральное иссечение избытка кожи верхних век в соответствии с предоперационной разметкой, частичная резекция круговой мышцы глаза, выделение и частичная резекция центрального, назального и подборвного преапоневротического жировых пакетов, Кровопотеря – минимальная.

Анамнез жизни: Хронические заболевания, серьезные травмы и операции на этапе предоперационного обследования – отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей.

Данные физикального обследования: Признаков сопутствующей патологии придаточного аппарата глаза на этапе предоперационной подготовки не выявлено. Состояние зрительного анализатора – возрастная гиперметропия.

Предоперационное обследование: Пациентка была обследована перед операцией по стандартной схеме для оперативного вмешательства под внутривенным обезболиванием. Противопоказаний к операции не выявлено.

При осмотре: При осмотре на 3 сутки определяется выраженный, резко асимметричный отек слева, умеренная гиперемия, частичное расхождение шва, выделение умеренного количества бесцветного прозрачного чистого отделяемого из области расхождения шва. Смыкание век, подъем века не нарушены, количество мигательных движений в норме, признаков воспаления конъюнктивы нет, болезненность незначительная. Температура, относительно аналогичной области справа не изменена.



Рис.1

Вопросы:

1. Какой тип послеоперационного осложнения наблюдается у данной пациентки?
2. Какая анатомическая структура повреждена с наибольшей вероятностью?
3. Какая техническая ошибка была допущена интраоперационно?
4. Что могло явиться предпосылкой для данного типа повреждения?
5. Во время какой манипуляции произошло повреждение?
6. Каким образом отличить жировую ретросепальную и подбровную преапоневротическую клетчатку от ткани слезной железы?

Задача №54

Пациентка Р., 32 года, состояние после эстетической блефаропластики нижних век трансконъюнктивальным доступом под внутривенным обезболиванием. Через два часа после оперативного вмешательства, на момент ранней активизации, пациентка предъявляет жалобы на двоение в глазах.

Из анамнеза: Пациентка обратилась к пластическому хирургу с жалобами на выраженную «припухлость» и отечность в подглазничной области. Пациентка отмечала, что форма нижнего века характерна для нее с момента пубертатного периода.

Хронические заболевания, серьезные травмы и операции на этапе предоперационного обследования – отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей;

На этапе предоперационной подготовки состояние зрительного анализатора – без патологии, признаки возрастных изменений периорбитальной области - минимальные. Индивидуальные особенности – ранние грыжевые выпячивания клетчатки нижнего века – 3 группы грыж;

Пациентка была обследована перед операцией по стандартной схеме для оперативного вмешательства под внутривенным обезболиванием. Противопоказаний к операции не выявлено.

При осмотре: При осмотре: отек в области вмешательства – относительно симметричный, признаков кровотечения нет, болевой синдром – минимальный, возникает только при пальпации. Слезотечения, слезостояния не выявлено, размер и форма глазных щелей – не изменены

Вопросы:

1. Каков тип послеоперационного осложнения наблюдается у данной пациентки?
2. В какие сроки возникло или может возникнуть подобное осложнение?
3. Какая из анатомических структур вовлечена в процесс с наибольшей вероятностью?
4. Что явилось причиной данного осложнения?

5. Во время какой манипуляции произошло данное повреждение с наибольшей вероятностью?
6. Каков прогноз данного состояния?

Задача №55

Женщина 35 лет обратилась к врачу-пластическому хирургу с жалобами на неэстетичный вид малых половых губ, неудовлетворенность качеством коитуса.

Из анамнеза: Из гинекологического анамнеза: Менархе с 12 лет, установились сразу, умеренные, по 4—5 16 дней, через 28 дней, регулярные; в анамнезе беременность и роды (детям 3 и 8 лет)

Объективный статус – в пределах возрастной нормы

При осмотре: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Отмечается гипертрофия малых половых губ, с обеих сторон. Края малых половых губ пигментированы. Расстояние от средней линии до наиболее выступающей точки малых половых губ, с обеих сторон, составляют 7 см, и 9 см соответственно. В области верхней комиссуры имеются дополнительные складки, более выраженные слева. Область ануса и больших половых губ без видимых патологических изменений. Осмотр в зеркалах: Слизистая входа во влагалище обычного цвета, умеренно влажная. Шейка матки цилиндрической формы, без воспалительных признаков. Наружный зев закрыт, овальной формы. Слизистая влагалища обычной окраски, без изъязвлений (рис.1, рис 2). Расстояние от средней линии до наиболее выступающей точки малых половых губ, с обеих сторон, составляют 7 см, и 9 см соответственно. В области верхней комиссуры имеются дополнительные складки, более выраженные слева.



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данной клинической ситуации? Каковы эстетические параметры женских наружных половых органов?
2. Основной вид лечения в данной клинической ситуации и в чем он заключается?
3. Каков метод и объем вмешательства?
4. Что следует рекомендовать пациентке после выписки из стационара?
5. В чем заключается послеоперационный уход за областью вмешательства?
6. Изобразите схематично различные варианты хирургической коррекции.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырехбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и

вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
1.	Клиническая хирургия [Электронный ресурс]: нац. рук.: в 3 т. Т. 1/ [А. А. Адамян и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАРМедиа, 2008. – 858 с.: ил. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970406748.html	Удаленный доступ
2.	Клиническая хирургия [Электронный ресурс]: нац. рук.: в 3 т. Т. 2 / [А. М. Шулуто и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАРМедиа, 2013. – 825 с.: ил. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425725.html	Удаленный доступ
3.	Клиническая хирургия [Электронный ресурс]: нац. рук.: в 3 т. Т. 3 / [Е. В. Кижаяев и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1002 с.: ил. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970415443.html	Удаленный доступ
4.	Мастер-класс пластического хирурга [Текст] / Е. Б. Лапутин. - М. : Литтерра : Косметик интернешнл форум, 2007.	2
5.	Реконструктивные операции при раке молочной железы [Текст] : [руководство] /К. П. Лактионов, С. Н. Блохин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 127 с	2
6.	Эстетическая хирургия возрастных изменений век [Текст] / С. В. Грищенко. - М. : Медицина, 2007. - 213 с.	5
7.	Руководство по экспериментальной хирургии [Текст]/ Б. К. Шуркалин, В. А. Горский, А. П. Фаллер и др. - Москва: Атмосфера, 2010. - 174 с.	3
8.	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс]: нац. рук. / [В. В. Афанасьев и др.]; под ред. А. А. Кулакова [и др.]. – Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2015. – 921 с.: ил. - Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437278.html	Удаленный доступ

9.	Челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. А. Ю. Дробышева, О. О. Янушевича. - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2021. – 880 с.: ил. - Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459713.html	Удаленный доступ
10.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для мед. вузов]: в 2 т. Т. 1 / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи ; под ред. Ю. М. Лопухина. – 3-е изд., испр. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 832 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451779.html	Удаленный доступ
11.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для мед. вузов]: в 2 т. Т. 2 / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи ; под ред. Ю. М. Лопухина. – 3-е изд., испр. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 592 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451786.html	Удаленный доступ
12.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи [Текст]: [учебник для высшего профессионального образования]/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, А. А. Кулаков, М. Э. Петросян. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 526с	1
13.	Детская хирургия [Электронный ресурс]: нац. рук. : [учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / [А. Б. Алхасов и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1164 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431443.html	Удаленный доступ
14.	Детская хирургия [Электронный ресурс] / под ред. А. Ю. Разумовского ; отв. ред. А. Ф. Дронов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 784 с. - Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439593.html	Удаленный доступ
15.	Клиническая генетика [Текст] : геномика и протеомика наследственной патологии : [учеб. пособие для вузов] / Г. Р. Мутовин. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.	10
16.	Клиническая генетика [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] / Н. П. Бочков, В. П. Пузырев, С. А. Смирнихина ; под ред. Н. П. Бочкова. – 4-е изд., доп. и перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 592 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458600.html	Удаленный доступ
17.	Клиническая генетика [Электронный ресурс] : геномика и протеомика наследств. патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мутовин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411520.html	Удаленный доступ
18.	Гены [Текст]: пер. : И. А. Кофиади и др. / Б. Льюин ; под ред. Д. В. Ребрикова. - Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - 896 с. : ил. - (Лучший зарубежный учебник). - Пер. 9-го англ. изд. - Пер. изд.: Genes IX / B. Lewin. Boston etc. : Jones and Bartlett publ	5
19.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для мед. вузов / Н. В. Полунина. - М. : Мед. информ. агентство, 2010	10
20.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для студентов мед. вузов / Ю. П. Лисицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.	6
21.	Общая хирургия [Текст]: учеб. для студентов мед. вузов / под ред. Н. А. Кузнецова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2009. – 889 с. : ил., табл. – (Учебная литература).	10
22.	Общая хирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. мед. учеб. заведений /под ред. Н. А. Кузнецова]. – 2-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 896 с.(Учебная литература). - Режим доступа: https://www.booksup.ru/ru/read/obcschayahirurgiya-11963068/?page=I	Удаленный доступ
23.	Общая хирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] / В.К. Гостищев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 727 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456125.html	Удаленный доступ
24.	Детская хирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] / [А. Ф. Дронов и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с. - Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439593.html	Удаленный доступ
25.	Стоматология [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] / М. Т. Александров [и др.] ; под ред. Н. Н. Бажанова. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАРМедиа, 2008.– 415 с. - Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970408322.html	Удаленный доступ

26.	Основы дентальной имплантологии [Электронный ресурс]: учеб. пособие / А. С.Иванов. – 2-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2013. – 64 с. – Режим доступа: https://e.lanbook.com/book/59802	Удаленный доступ
27.	Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Текст]: [учебник для вузов] / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов. - Москва: ГЭОТАРМедиа, 2008. - 206 с.	5
28.	Стоматология детская. Хирургия [Текст]: [учеб. для вузов] / [С. В. Дьякова, О. З. Топольницкий, В. М. Елизарова и др.]; под ред С. В. Дьяковой. - М.: Медицина, 2009. - 381 с.: ил. - (Учебная литература для студентов медицинских вузов).	5
29.	Избранные труды по комбустиологии [Текст]/ под ред. Н. В. Островского; [А. А. Алексеев, В. Б. Бабкин, И. Б. Белянина и др.]; МУЗ "Городская клиническая больница № 7»; Саратовский центр термических поражений. - М. : Науч. кн.,2009. - 275 с.	1
30.	Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Текст]: сб. иллюстр. клин. задач и тестов: [учеб. пособие для мед. вузов] / [В. А. Абрамов, В. П. Васькевич, Р. Л. Гальперина и др.]; под ред. О. З. Топольницкого и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.	3
31.	Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс]: сб. иллюстр. клин. задач и тестов: [учеб. пособие для мед. вузов] / [В. А. Абрамов и др.]; под ред. О. З. Топольницкого и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 189 с. : ил. - Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419946.html	Удаленный доступ
32.	Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Текст]: учеб. пособие для студентов, обучающихся по спец. "Стоматология" / В. В. Афанасьев, А. А. Останин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	5
33.	Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс]: [учеб. пособие] / В. В. Афанасьев, А. А. Останин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 238 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439074.html	Удаленный доступ
34.	Врожденная расщелина верхней губы и неба [Текст]/ С. В. Чуйкин, Л. С. Персин, Н. А. Давлетшин; под ред. С. В. Чуйкина. - Москва: Мед. информ. агентство, 2008. - 363 с	3
35.	Толковый англо-русский и русско-английский словарь метафорических терминов черепно-челюстно-лицевой хирургии и стоматологии [Текст]: [учебное пособие для вузов] / В. Ф. Новодранова, С. Г. Дудецкая, В. Ю. Никольский. – Москва: МИА, 2007. – 343 с.	10
36.	Медицинская и клиническая генетика для стоматологов [Текст] : учебное пособие для медицинских вузов / Л. В. Акуленко и др. ; под ред. О. О. Янушевича. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 398 с	3
37.	Медицинская и клиническая генетика для стоматологов [Электронный ресурс]: [учеб. для мед. вузов] / [Л. В. Акуленко и др.]; под ред. О. О. Янушевича. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 398 с.: ил. - Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455876.html	Удаленный доступ
38.	Профилактические рекомендации по здоровому образу жизни на 2014 год [Текст]/ В. С. Полунин; Каф. обществ. здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - [19-е изд.]. - Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2013. - 139 с.: ил., портр. - Изд. подгот. в связи с 90-летием кафедры. - На обл. и тит. л.: Здоровая Россия, 1924-2014.	1
39.	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс]: [учебник] / под ред. А. В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 191 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431368.html	Удаленный доступ
40.	Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 144 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430163.html	Удаленный доступ
41.	Практическая косметология [Текст]: руководство / Ю. С. Бутов, С. Н. Ахтямов, И. К. Жукова, В. Ю. Васенова ; под ред. Ю. С. Бутова. - Москва: МИА, 2013. - 395с.	1
42.	Научно-исследовательская работа студента [Текст]: учебно-практическое пособие / Н. М. Розанова. - Москва: Кнорус, 2018. - 255 с. -	2

43.	Биотехнология: учебник [Электронный ресурс] / под ред. Колодязной В. А., Самотруевой М. А., 2020. - 384 с.- Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454367.html	Удаленный доступ
44.	Биоинформатика : учебник / Н. Ю. Часовских. - [Электронный ресурс] .-2020 – 352 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455425.html	Удаленный доступ
45.	Основы персонализированной медицины: медицина XXI века: омикс-технологии, новые знания, компетенции и инновации [Электронный ресурс] / Джайн К.К., Шарипов К.О. - М. : Литтеппа, 2020. - 576 с. - Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503437.html	Удаленный доступ
46.	Основы персонализированной и прецизионной медицины: учебник / под ред. С. В. Сучков. - 624 с. -2020.- [Электронный ресурс] .-Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456637.html	Удаленный доступ
47.	Персональная телемедицина Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем [Электронный ресурс]. / О. Ю. Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва : Практика, 2015. – 248 с. - Режим доступа: https://www.booksup.ru/ru/read/personalnayatelemedicina-79837/?page=1	Удаленный доступ
48.	Инновационная экономика: [Электронный ресурс] учебное пособие / А. А. Якушев, А. В. Дубынина. – Москва : Финансы и статистика, 2017. – Режим доступа: https://ibooks.ru/bookshelf/355179/reading	Удаленный доступ
49.	Нанобиотехнологии в медицине: нанодиагностика и нанолечение: актовая речь / Арчаков Александр Иванович; А. И. Арчаков ; Российский государственный медицинский университет. [Электронный ресурс] -- Москва, 2009. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=16bn.pdf&show=dcatalogues/1/3304/16bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
50.	Нанобиотехнологии [Текст]: практикум/ [А. М. Абатурова, Д. В. Багров, А. А. Байжуманов и др.] ; под ред. А. Б. Рубина. - Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - 384 с. : [8] л. ил., ил. - (Нанотехнологии).	10
51.	Компьютерное моделирование для решения задач фармакокинетики. Компьютерная реализация одно- и двухкамерных фармакокинетических моделей [Электронный ресурс]: методические разработки для преподавателей к практическим занятиям по курсу "Медицинская информатика" / С. П. Олимпиева, В. В. Киликовский, Е. С. Муравьева; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Мед.-биол. фак., каф. мед. кибернетики и информатики. . - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=189672.pdf&show=dcatalogues/1/3955/189672.pdf&view=true	Удаленный доступ
52.	Биофармация, или основы фармацевтической разработки, производства и обоснования дизайна лекарственных форм: [учеб. пособие] [Электронный ресурс]/ И. И. Краснюк, Н. Б. Демина, М.Н. Анурова, Н. Л. Соловьева. – Москва: Гэотар-Медиа, 2020. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455593.html	Удаленный доступ
53.	Наноструктуры в биомедицине [Электронный ресурс]: пер. с англ. / под ред. К. Гонсалвес [и др.]. – 2-е изд. (эл.). – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 536 с.Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001017295.html	Удаленный доступ
54.	Математические модели в иммунологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] / под ред. Г. И. Марчука. – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. – 296 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001017103.html	Удаленный доступ
55.	Биомедицинские нанотехнологии, [Электронный ресурс]/ Будкевич Е.В., Будкевич Р.О. - Издательство "Лань" ЭБС ЛАНЬ, 2022. – Режим доступа: https://e.lanbook.com/book/187746	Удаленный доступ
56.	Клиническая генетика [Электронный ресурс]: геномика и протеомика наследств. патологии: учеб. пособие / Г. Р. Мutowин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. – Режим доступа: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411520.html	Удаленный доступ
57.	Молекулярное моделирование [Электронный ресурс]: теория и практика: пер. с англ. / Х.-Д. Хельте [и др.]. – 3-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 322 с. - Режим доступа:	Удаленный доступ

	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001017240.html	
58.	Фармакогеномика [Электронный ресурс] : [учебное пособие медико-биологических факультетов медицинских вузов] / Н. Л. Шимановский ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. молекул. фармакологии и радиобиологии мед.-биол. фак. - Электрон. дан. - Москва : Изд-во РАМН, 2017. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=27bn.pdf&show=dcatalogues/1/3592/27bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
59.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс]: [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. -- Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191279.pdf&show=dcatalogues/1/4913/191279.pdf&view=true	Удаленный доступ
60.	ПЦР в реальном времени [Электронный ресурс]. / [Д. В. Ребриков, Г. А. Саматов, Д. Ю. Трофимов и др.] ; под ред. Д. В. Ребрикова. - 8-е изд. - Москва : Лаб. знаний, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=94bn.pdf&show=dcatalogues/1/5061/94bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
61.	NGS высокопроизводительное секвенирование [Электронный ресурс] / Д. В. Ребриков, Д. О. Коростин. - 2-е изд. - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. - 232 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=86bn.pdf&show=dcatalogues/1/5053/86bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
62.	Биохимические основы химии биологически активных веществ [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Коваленко Л. В. - 3-е изд. - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. - 232 с- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=97bn.pdf&show=dcatalogues/1/5068/97bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
63.	Гены по Льюину / Дж. Кребс, Э. Голдштейн, С. Килпатрик: [Электронный ресурс]. пер. 10-го англ. изд. -Москва : Лаб. знаний, 2021. - 919 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=109bn.pdf&show=dcatalogues/1/5080/109bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
64.	Программирование: [Электронный ресурс]. учеб. пособие / Н. А. Давыдова, Е. В.Боровская. - 4-е изд. Москва: Лаб. знаний, 2020. - 241 с. - Adobe Acrobat Reader.- Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=93bn.pdf&show=dcatalogues/1/5060/93bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
65.	Трансплантология и искусственные органы: [Электронный ресурс]. учебник / под ред. С. В. Готье. - Москва: Лаб. знаний, 2022. - 320 с. -- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=108bn.pdf&show=dcatalogues/1/5079/108bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
66.	Фармацевтическая химия: [Электронный ресурс]. учебник / Э. Н. Аксенова, О. П.Андрианова ; под ред. Г. В. Раменской. - Москва: Лаб. знаний, 2021. - 472 с. -Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=96bn.pdf&show=dcatalogues/1/5067/96bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
67.	Численные методы [Электронный ресурс]. / Н. С. Бахвалов, Н. П. Жидков, Г. М. Кобельков. - 9-е изд. - Москва: Лаб. знаний, 2020. - 636 с. : ил. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=98bn.pdf&show=dcatalogues/1/560069/98bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
68.	Математические методы в биологии: анализ биологических данных в системе Statistica: [Электронный ресурс]. учеб. пособие для вузов / С. Н. Гашев, Ф. Х.Бетляева, М. Ю. Лупинос. [Электронный ресурс] - Москва: Юрайт, 2022. - (Высшее образование).- Режим доступа : https://urait.ru/book/matematicheskie-metody-v-biologiiianaliz-biologicheskikh-dannyhv-sisteme-statistica-492334	Удаленный доступ
69.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] /	Удаленный доступ

	О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. – Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191279.pdf&show=dcatalogues/1/4913/191279.pdf&view=true	
70.	Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии: [Электронный ресурс]. учеб. пособие для мед. вузов / [А. Аббати и др.]; ред. : В. Гмел, Э. И.Брилл ; пер. с англ. А. Е. Лю-бовой. – Москва: Лаб. знаний, 2021. – 440 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=105bn.pdf&show=dcatalogues/1/5076/105bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
71.	Хроническая венозная недостаточность [Электронный ресурс]: учебное пособие /РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. факультет. хирургии педиатр. фак. [сост. : И. И.Затевахин, М. Ш. Цициашвили, В. Н. Шиповский и др.]. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190371.pdf&show=dcatalogues/1/4366/190371.pdf&view=true	Удаленный доступ
72.	Профилактика тромбоэмболических осложнений при беременности и в послеродовом периоде [Электронный ресурс] : методические рекомендации /[сост. : П. В. Козлов, А. Ю. Буланов] ; под ред. Ю. Э. Доброхотовой, М. А.Лысенко ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. акушерства и гинекологии лечеб. фак.- - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190078.pdf&show=dcatalogues/1/4208/190078.pdf&view=true	Удаленный доступ
73.	Криотерапия: лечение холодом [Текст] : авт.-сост. : А. Оршанская. - Ростов-наДону : Феникс, 2015. - 124 с.	5
74.	Cell Biology and Genetics [Текст] / М. Stubbs, N. Suleyman. - 4th ed. - Edinburgh etc. :Mosby Elsevier, 2015. - XIV, 200 p. : il. - (Crash Course / ser. ed. : D. Horton-Szar)(Study smart with Student Consult)	1