

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.60 «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»

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
	выписка 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 і 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 аутоотрансплантата _____ месяцев
	3
	1
	2
	6
4	Реваскуляризация свободного кожного аутоотрансплантата 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
	схождении 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
	передне-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 аутотрансплантата 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 аутотрансплантатов 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 аутотрансплантатов 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 аутотрансплантатов 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

	ре васкуляризируемого аутотрансплантата
	малоберцового
	ребеня подвздошной кости
	реберного аутотрансплантата VI-VIII ребер
	лучевого с фрагментом лучевой кости
8	К кожно-костным ре васкуляризируемым аутотрансплантатам относятся
	малоберцовый и лопаточный
	лучевой и торакодорсальный
	боковой плеча и TRAM-лоскут
	DIEP-лоскут и IGAP-лоскут
9	Пути ми кровоснабжения ре васкуляризируемой 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
	ре васкуляризированный малоберцовый аутотрансплантат
	ре васкуляризированный гребень подвздошной кости
	свободный трансплантат костей свода черепа
	ре васкуляризированный лопаточный аутотрансплантат
11	При формировании челюстных изгибов полнослойная остеотомия возможна при использовании ре васкуляризированных аутотрансплантатов
	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 аутотрансплантата
	антропометрических характеристиках донорской и реципиентной зоны
	максимально возможной длине аутотрансплантата
	максимально возможной высоте аутотрансплантата
14	Главным условием для зубного протезирования после реконструкции челюстно-лицевой области реваскуляризованными костными аутотрансплантатами 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
	последовательное 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)
	метилурацил
14	Самоклеящимся 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 букки-терапии местно следует назначить
	актовеги/солкосерил гель
	мазь/гель, содержащую антибактериальный препарат
	мазь/гель, содержащую противогибковый 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 postakhneцелесообразно 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 выступания 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 выступания 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
	спаиванность с подлежащими тканями
29	Признаком простого зрелого гипертрофического рубца является темно-розовый цвет и
	возвышение над поверхностью кожи
	зарастание 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 самофиксирующихсяпротиворубцовых силиконовых покрытий ограничены
	временем утраты покрытием адгезивных свойств
	загрязнением покрытия
	отсутствием адекватного воздухообмена в области рубца
	возникновением мацерации в области применения
37	Действие силиконсодержащихпротиворубцовых 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
	последовательное 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 использован 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 (rinion)
	N (nasion) –Gn(gnation)
	N (nasion) –Pr (prosthion)
	G (glabella) - R (rinion)
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 ноза
	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
	спадение надкрыльных зон ноза
	вестибулярное смещение краев латеральных ножек
	протрузия колюмеллы/колонны ноза
	сглаженный концевой отдел ноза
2	Функцией внутреннего носового клапана является
	кондиционирование воздуха
	стабильность концевой части ноза
	усиление сенсорного восприятия обонятельных раздражителей
	дренирование придаточных пазух ноза
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
	межкантального расстояния 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

	ортопантомограммография 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
	интрасептальное 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 делит жировую клетчатку передней брюшной стенки на
	поверхностный и глубокий слои

	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 инфльтрационной канюли
	длительным периодом между процедурами(пассажами) липофилинга
15	При подготовке донорской зоны для забора жирового трансплантата необходима инфльтрация
	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 инфльтрация
	раствором анестетика
	стандартным раствором Кляйна
	раствором анестетика и кортикостероидов
	раствором кортикостероидов
17	Забор донорского материала для липофилингадолжен 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 аугментационноймаммопластике проводится с целью уменьшения
	визуального расстояния между молочными железами
	риска вторичного птоза
	визуализации верхнего полюса имплантата
	риска ротации имплантата
6	Метод липофилингаколемана (coleman) заключается в
	разделении каналов васкуляризированной тканью
	однорусном введении
	внесении в жировой трансплантат дополнительных компонентов
	диаметром канала более5 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 выступания 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 редукционной 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 редукционной лабиопластики рекомендуется ушивать
	внутрикожным непрерывным швом по Холстеду
	наружными узловыми швами
	непрерывным обвивным швом
	швом по Донати
16	К редукционной лабиопластике относятся
	краевая и центральная резекция малых половых губ
	пластика задней комиссуры вульварного кольца
	контурная пластика безбололочным 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 кольпоррафией и липофилингом больших половых губ
	гименопластикой и иссечением капюшона клитора
	задней кольпоррафией 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 липофилинге больших половых губ целесообразно введение ауотрансплантата 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 лабиопластик 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 объёма 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
	контуры, которыми довольна пациентка
5	Для эстетических параметров молочных желез взрослой женщины независимо от ростовых 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
	соединительнотканным 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 опухоли 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 перiareолярной мастопексии
	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 внутрипротоковых 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 tier - 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 трети 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
	мышцосохраняющий 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 укрытии 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 тоне
	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 тоне
	умеренно растянутая кожа при резко сниженном мышечно-апоневротическом тоне
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 тоне
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тоне
	умеренно растянутая кожа при резко сниженном мышечно-апоневротическом тоне
8	Третий тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тоне
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тоне
	нормальным подкожно-жировым слоем и наличием диастиза прямых мышц живота и/или грыжами небольшого размера
	умеренно растянутая кожа при резко сниженном мышечно-апоневротическом тоне
9	Четвертый тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	умеренно растянутая кожа при резко сниженном мышечно-апоневротическом тоне
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тоне

	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 тоне
10	Пятый тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	дефектом кожи и подкожной клетчатки с плохой сократимостью в виде «фартука» при резко ослабленном тоне мышечно-апоневротического слоя
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тоне
	дефектом кожи и подкожной клетчатки с плохой сократимостью в виде «фартука» при ослабленном тоне мышечно-апоневротического слоя и наличием грыж и рубцов после предшествующих лапаротомий
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тоне
11	Шестой тип эстетических дефектов передней брюшной стенки характеризуется
	дефектом кожи и подкожной клетчатки с плохой сократимостью в виде «фартука» при ослабленном тоне 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 тоне
	умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тоне
	утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тоне
12	Деформация передней брюшной стенки в виде умеренно растянутой кожи при резко сниженном мышечно-апоневротическом тоне 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 тоне 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 диастаза 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 lejour 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 подапонеуротических гематом после мобилизации кожно-жирового лоскута передней рюшной 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 подапонеуротических гематом после мобилизации кожно-жирового лоскута передней рюшной 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 по lockwood 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
	дубликатуру пупочного 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
	пликация релаксированных 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 абдоминопластике является
	необходимость проведения симультанной редуccionной 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 каркаса
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 выраженные кожно-жировой избыток и сниженный тонус мышечно-апоневротического каркаса
	значительный избыток кожи и жировой клетчатки ослабленный тонус мышечно-апоневротического каркаса
	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 жиροотложения (андроидное, гиноидное)

	характера жировоголожения (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 жировоголожения 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 жиросотложения
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
	лимфоррея

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 лидокаина дл/ тумесцентной 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 маммопластики 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 косметичностью 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 (ballin a sock)
	вторичного птоза нижнего полюса (bottomingout)
20	Выбор имплантата и методики операции при подготовке к аугментационноймаммопластике
	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 аугментационноймаммопластике 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 аугментационноймаммопластике
	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 кровоснабжением

	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 glandularной 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 антилиполитических α 1-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
	болусная
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