

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

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени  
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**уровень подготовки кадров высшей квалификации**

**Программа ординатуры**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.60**

*(пластическая хирургия)*

**РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА**  
на заседании кафедры госпитальной хирургии

Зав. кафедрой Уметалиев Т.М.



«26» августа 2025 г.

**Бишкек 2025**

**Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.60 пластическая хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098 и Постановлением Правительства КР №303 от 31.07.2007г.**

**Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена**

**Программу составили:**

**Матеев Мырзабек Асыпбекович, д.м.н., профессор,  
Кадыров Максут Сатарович, к.м.н.,**

## **СОДЕРЖАНИЕ**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ</b>   | <b>4</b>  |
| 1.1. Цель государственной итоговой аттестации                                       | 5         |
| 1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации                         | 5         |
| 1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации                        | 6         |
| <b>2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ</b>                            | <b>9</b>  |
| 2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию                     | 9         |
| 2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию | 13        |
| 2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию             | 24        |
| <b>3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА</b>  | <b>35</b> |

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

### Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

### Профессиональные

#### **Профилактическая деятельность:**

(ПК-1) - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

(ПК-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

(ПК-3) - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

#### **Диагностическая деятельность:**

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

#### **Лечебная деятельность:**

(ПК-6) - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании микрохирургической медицинской помощи;

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

#### **Реабилитационная деятельность:**

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

#### **Психолого-педагогическая деятельность:**

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

### **Организационно-управленческая деятельность:**

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

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

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

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

### **1.1. Цель государственного экзамена**

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.60 пластическая хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.60 пластическая хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098

### **1.2. Порядок проведения государственного экзамена**

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

**Тестирование** проводится в форме бланочного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

**Сформированность практических умений и навыков** проверяется в форме клинического разбора больного в Национальном Госпитале при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, в отделении проктологии.

Клинический разбор больного необходимо проводить по следующей схеме плана обследования больного по пластической хирургии:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Наружный осмотр области живота, крестцово-копчиковой области, промежности.
3. Пальпация области живота, крестцово-копчиковой области, промежности.
4. Пальцевое исследование прямой кишки.

**Собеседование** проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на

подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

### **1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.60 «Пластическая хирургия» проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача – пластического хирурга в соответствии с формируемыми компетенциями:

#### 1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

#### 2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное и рентгеноскопическое обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

**Отлично** - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой **отлично** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организует необходимую и адекватную микрохирургическую помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную микрохирургическую помощь.
- Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования микрохирургических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных микрохирургических

методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе микрохирургической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

**Хорошо** - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой *хорошо* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организывает необходимую и адекватную микрохирургическую помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную микрохирургическую помощь.
- Достаточно хорошо оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования микрохирургическую больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных микрохирургических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе микрохирургической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

**Удовлетворительно** - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организывает необходимую и адекватную микрохирургическую помощь;
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную микрохирургическую помощь.
- Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и слабо умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования микрохирургических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных микрохирургических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе микрохирургической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

**Неудовлетворительно** - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

### 3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам пластической хирургии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, остановка кровотечения из различных

источников, неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии, стенозах и т.д.)

*При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:*

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

*При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:*

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение верхней конечности.
- Клиническую анатомию и физиологию верхней конечности;
- Методики исследования состояния и функций верхней конечности;
- Симптоматологию заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение верхней конечности.
- Клиническую анатомию и физиологию верхней конечности;
- Методики исследования состояния и функций верхней конечности;
- Симптоматологию заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение верхней конечности.
- Клиническую анатомию и физиологию верхней конечности;
- Методики исследования состояния и функций верхней конечности;
- Симптоматологию заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **неудовлетворительно** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Пластическая хирургия”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-

пластический хирург” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-пластический хирург”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

## **2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

### **2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию:**

1. История развитие пластической хирургии.
2. Классификация рубцов по этиологии и патогенезу. Клиническая картина и морфологические особенности.
3. Методики консервативного лечения патологических рубцов основные препараты, применяемые при лечение рубца способы и применение.
4. Хирургическая коррекция рубцовых изменений кожи, показание и противопоказание оперативному лечению
5. Особенности клинических проявление и лечение келоидных рубцов кожи,
6. Особенности клинических проявление и лечение атрофических рубцов кожи
7. Особенности клинических проявление и лечение гипертрофических рубцов кожи
8. Классификация видов келоидной пластики. Особенности планирование местнопластических операции на различных участках тело
9. Закрывтие обширных дефектов мягких тканей. Классификация лоскутов методы их использование и функции. Основные правила при закрытие дефектов. Свободные сложные лоскуты и варианты их включение в кровоток.
10. Виды лоскутов на временных питающих ножках. История появления этих видов пластики. Показание к использованию.
11. Техника выкраивания итальянского лоскута, виды итальянских лоскутов. отдаленные результаты итальянской пластики.
12. Классификация и виды стебельчатых Лоскутов. Техника и основные этапы выкраивания круглого кожно-жирового стебля. Наиболее частые ошибки. Осложнения.
13. Особенности пересадки свободных не васкуляризованных кожных лоскутов для закрытие изъянов и различных анатомических областях лица и шеи. Показание и противопоказание, этапы операции. Осложнение и профилактика
14. Классификация поверхностных скелетных мышц по типам их кровоснабжения. Кожно-мышечные лоскуты: принципы формирования, техника (на примере лоскута из широчайшей мышц спины) и показания к применению.
15. Трансплантация тканей. Классификация и типы трансплантатов, понятие об идеальном трансплантате. Области применения их эстетической реконструктивной хирургии.
16. Свободные кожные трансплантаты с осевым кровоснабжением, показания к применению, особенности ведения после операционного периода.
17. Современные позиции идеального имплантата и возможности использования в пластической и эстетической хирургии. Классификация материалов, используемых для имплантации в пластической и эстетической хирургии, ошибки и осложнения при имплантации
18. Контрактура Дипютрена. Диагностика стадия развитие, основные методы и лечения
19. Микрохирургическая техника. Показания к реплантации и реваскуляризации. Техника шва сосудов, нервов и сухожилий. Особенности введение больных после микрохирургических операции.

20. Повреждения лицевого нерва. Анатомия. Клиника повреждения. Современный хирургические подходы.

21. Подтяжка средней зоны лица. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

22. Височная подтяжка. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

23. Основные принципы и виды современной пластики шеи. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Осложнения и их профилактика.

24. Прикладная анатомия молочных желез. Классификация эстетических нарушений молочных желез (геоплазия, постлактационная инволюция, макромастия, асимметрия, недоразвития)

25. Эндопротезирования молочных желез. Показания и противопоказания к операции, по увеличению груди. Виды имплантов. Правила подбора имплантата.

26. Оперативные доступы при Аугментационной маммопластики. Типы, расположения эндопротезов. Техника оперативных вмешательств. Ведение послеоперационного периода.

27. Классификация осложнение после Аугментационной маммопластики.

28. Мастоптоз. Классификация птоза по Рено. Техника хирурга зависимости от птоза молочных желез.

29. Типы операции при Мастоптозе. Показания и отбор пациентов для операции

30. Противопоказания. Особенности оперативной техники при Мастоптозе. Осложнения и их профилактика.

31. Операции при Гигантомастии. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники при Мастоптозе. Осложнения и их профилактика.

32. Редукционная Маммопластика. Показания и противопоказания к Мастопексии и Редукции большой груди. Особенности передоперационной разметки. Планирования операции и возможные осложнения.

33. Врожденная и приобретенная деформации Сосково – ореолярного комплекса. Типы операции при деформации сосково – ореолярного комплекса особенности хирургической техники.

34. Реконструктивная хирургия молочных желез. Основные способы восстановления молочной железы при деформации после операционном периоде.

35. Мастоэктомия с первичной реконструкцией молочной железы. Роль и экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после Мастоэктомии.

36. Экспандерная дермотензия: Виды тканевых экспандеров, правила их подбора, показания и техника операции, осложнения метода.

37. Прикладная анатомия передней брюшной стенки с позиции эстетического хирурга. Классификация эстетических недостатков передней брюшной стенки по Матрасова

38. Абдоминопластика. История развития метода. Отбор пациентов для операции, современные варианты оперативных вмешательств.

39. Классическая абдоминопластика. Показания и отбор пациентов для операции.

40. Противопоказания к абдоминопластики, особенности оперативной техники, осложнения и их профилактика.

41. Напряженно-боковая абдоминопластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания к абдоминопластики, особенности оперативной техники, осложнения и их профилактика

42. Вертикальная абдоминопластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания к абдоминопластики, особенности оперативной техники, осложнения и их профилактика

43. Миниабдоминопластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания к абдоминопластики, особенности оперативной техники, осложнения и их профилактика

44. Пластика пупка. Показания, доступы. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

45. Анатомия и физиология жировой ткани. Функция, строение, виды и распределение жировой ткани в организме человека.

46. Липосакция. Виды механической липосакции. Классификация липосакции по объёму удаляемого аспирата. Особенности шприцевой и аппаратной липосакции различных анатомических областей, опасности и осложнения.

47. Особенности различных методик липосакции (сухая – влажная, тумесцентная, супервлажная) Ультразвуковая, лазерная, радиоволновая, водоструйная. Показания и противопоказания к применению. Достоинство и недостатки методов.

48. Анатомия ягодичной области. Глютеопластика. История развития метода. Показания к операции. Современные варианты контурной Глютеопластики. Возможные осложнения и их профилактика.

49. Анатомия голеней. Контурная пластика голеней. История развития метода. Показания к операции. Современные варианты контурной пластики голени. Возможные осложнения и их коррекция.

50. Прикладная анатомия ушных раковин с позиции эстетического хирурга.

51. Эстетическая отоластика: виды, показания и противопоказания. Современные хирургические подходы. Возможные осложнения и их профилактика.

52. Врожденные пороки развития уха. Эмбриопатогенез. Степени деформации наружного уха.

53. Проблемы наблюдаемые при высокой степени деформации после операции Микротии. Особенности оперативной техники. Осложнения и профилактика.

54. Особенности анатомия носа с позиций пластического хирурга. Врожденные и приобретенные деформации носа. Анализ лица перед Ринопластикой.

55. Риноластика: виды, показания, противопоказания. Обследование пациента. Современные хирургические подходы.

56. Открытая риноластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

57. Закрытая риноластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

58. Методы коррекции концевого отдела носа при закрытой риноластики. Осложнения и их профилактика.

59. Виды и техника выполнения остеотомии при риноластики. Возможности осмотра костного отдела носа при закрытых доступах.

60. Хирургия носовой перегородки. Основные виды деформации носовой перегородки. Доступы и виды операции. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

61. Особенности оперативной техники при операциях на пирамиде носа (высокая спинка носа с горбинкой, искривленный нос).

62. Ключевые приемы при операциях на каудальном отделе носа (бульблообразный нос, послеоперационный нос, надкончиковое возвышение)

63. Брахиопластика: виды, показания, противопоказания. Современные хирургические подходы. Возможные осложнения и их профилактика.

64. Аномалия развития органов челюстно-лицевой области. Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Показания к операции. Современные варианты оперативного лечения возможное осложнения и их профилактика.

65. Анатомия кисти. Антропометрические и рентгенологические обследования. Исследования функция кисти. Выбор анестезиологического пособия. Планирование разрезов на кисти.

66. Основные виды оперативных вмешательств на кисти. Понятие об атравматической технике операции. Особенности послеоперационного ведения и виды иммобилизационных повязок.

67. Операции при повреждение сухожилий кисти. Первичный шов сухожилий. Свободная пересадка сухожилий и тенолиз. Показания и противопоказания к выполнению операции. Особенности оперативных техник.

68. Этиопатогенетические механизмы заживления раны. Условия формирования нормотрофического рубца.

69. Классификация рубцов по этиологии и патогенезу. Клиническая картина и морфологические особенности

70. Методики консервативного лечения патологических рубцов. Основные препараты, применяемые при лечении рубцов и их способы применения.

71. Возрастные изменения лица и шеи: Характеристика, оценка, общие принципы коррекции.

72. Оценка возрастных изменений тканей периорбитальной области. Влияние факторов скелета на процесс старения. Принципы хирургической коррекции. Основные виды оперативных вмешательств.

73. Особенности анатомии век. Механизмы старения век. Классификация видов эстетической блефаропластики.

74. Верхняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика

75. Нижняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика

76. Трансканюктивальная блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика

77. Прикладная анатомия лица и шеи с позиции эстетического хирурга

78. Классификация омолаживающих операции лица и шеи. Отбор пациентов для операции. Показания к операции. Предоперационная подготовка. Особенности период реабилитационного периода.

79. Ретидэктомия. Показания к операции, техники операции возможные осложнения и их коррекции.

80. Фронтально-темпоро-орбито-малярный лифтинг. Современная концепция принципы отбора пациентов, профилактика, осложнения.

81. Эндоскопический лифтинг верхней трети лица. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

82. Подтяжка лица с коротким рубцом Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

83. Расширенная подтяжка лица со SMAS (superficial muscular aponevrotic system lift) манипуляция со СМАС при лифтинге боковых отделов лица и шеи. Прикладная анатомия основные виды вмешательств, отбор пациентов.

## **2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию:**

### **Ситуационная задача 1.**

Больной Ш., 29 лет, поступил через 62 часа после травмы в клинику по поводу укушенной раны нижней губы слева со значительным дефектом тканей. Состояние больного удовлетворительное. При осмотре определялся сквозной дефект кожи, красной каймы, мышц и слизистой оболочки внутренней поверхности нижней губы слева размером 45x27 мм. Края раны на всем протяжении сближены отдельными узловыми швами. Правая половина нижней губы резко отечна, воспалительных явлений вокруг швов нет. Угол рта слева сохранен вместе с участком красной каймы длиной 10 мм. Тактильная чувствительность тканей вокруг ушитой раны несколько снижена. В левой подчелюстной области определялся увеличенный малоблезненный лимфатический узел. Отмечалось резкое нарушение функции нижней губы: речь и прием пищи затруднены, выражено значительное слюнотечение. Опишите метод пластики для данной ситуации. Ответ: Проведена операция: пластика нижней губы местными тканями через 63 часа после травмы. Сняты швы. Рана обработана по общепринятой методике. Произведены дополнительные сквозные разрезы по нижней границе дефекта справа длиной 25 мм и слева до угла рта. Рана зашита наглухо, форма губы полностью восстановлена.

### **Ситуационная задача 2.**

Больной М., 21 года, поступил в клинику через 10 часов после травмы по поводу дефекта кончика, крыльев и перегородки носа после укуса. Общее состояние больного удовлетворительное. В области хрящевого отдела носа имеется рана размером 25x15 мм. Медиальная часть правого крыла носа представляет собой раневую поверхность без повреждения хряща и внутренней выстилки. В области левого крыла носа по свободному краю его до середины рана в виде узкой полоски. В месте перехода латеральной ножки крыльных хрящей в медиальную ножку, хрящ оголен, разорван вместе с внутренней выстилкой без дефекта тканей. Рана с кончика носа переходит на верхнюю часть перегородки носа с дефектом кожи. Края раны неровные, умеренно отечные, на коже спинки носа и лба имеются ссадины. Опишите метод пластики для данного дефекта. Ответ: Проведена операция — пластика носа лоскутом на ножке, взятым с левой щеки (через 12 часов после травмы). После первичной хирургической обработки раны произведено сшивание поврежденного левого крыльного хряща и внутренней выстилки после предварительного ее отделения от перегородки и крыла носа. Образованный на левой щеке лоскут на широкой ножке размером 55x25 мм, его дистальной частью, перенесен на раневую поверхность носа и подшит к его краям, под ножку лоскута введен тампон.

Задача № 3. Определите степень электротравмы у пострадавшего, который поступил в стационар после того, как попал под напряжение 380 вольт, сознание не терял, отмечались легкие судороги.

Задача № 4. Больной 14 лет находится в периоде реконвалесценции ожоговой болезни по поводу ожога пламенем 25%(20%)/ I — III б лица, шеи, туловища, правой верхней конечности (с момента ожога прошло 3 месяца). В области плечевого сустава и плеча кожный покров восстановлен с помощью аутодермопластики. На лице и шее ожоги эпителизовались самостоятельно. Какие функциональные исходы можно ожидать со стороны функции верхней конечности?

Задача № 5.

Больной 14 лет находится в периоде реконвалесценции ожоговой болезни по поводу ожога пламенем 25%(20%)/ I — III б лица, шеи, туловища, правой верхней конечности (с момента ожога прошло 3 месяца). В области плечевого сустава и плеча кожный покров восстановлен с помощью аутодермопластики. На лице и шее ожоги эпителизовались самостоятельно. Какие исходы могут быть при самостоятельной эпителизации ожогов на лице?

Задача № 6.

Больной 14 лет находится в периоде реконвалесценции ожоговой болезни по поводу ожога пламенем 25%(20%)/II — Шб лица, шеи, туловища, правой верхней конечности (с момента ожога прошло 3 месяца). В области плечевого сустава и плеча кожный покров восстановлен с помощью аутодермопластики. На лице и шее ожоги эпителизовались самостоятельно. Какова тактика в случае развития деформаций в области лица и шеи?

Задача № 7.

В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%) II — IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс — редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.

Какие дополнения к диагнозу можно сделать?

Задача № 8.

В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%)/ I — IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс — редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.

В чем заключается отличие шока у этого пострадавшего от шока у обожженного пламенем?

Задача № 9.

В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%) I — IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс — редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.

Лечение данного вида шока?

Задача № 10.

В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%) I — IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс — редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.

Прогноз для жизни?

Задача № 11. В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%) / II — IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс — редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.

Прогноз для развития инвалидизации?

Задача № 12.

Больной доставлен в медицинский пункт. Отмечается гиперемия лица; пульс 130 мин<sup>-1</sup>, АД - 140/90 мм рт. ст. Дыхание частое и поверхностное. Температура тела - 39°C. По свидетельству сопровождавшего, пострадавший, ликвидируя аварию, в течение часа работал при температуре около 60°C и высокой влажности воздуха.

Укажите возможный механизм травмы.

Задача № 13.

Шофер в течение суток находился в автомобиле, занесенном снегом. Кожа побледнела, дыхание и пульс едва определялись. Артериальное давление - 70/40 мм рт. ст., температура тела (ректальная) - 30°C.

Поставьте диагноз.

Задача № 14.

У мальчика 10 лет после длительного пребывания на солнце с непокрытой головой появилось общее возбуждение, гиперемия лица, участился пульс, повысились артериальное давление и температура тела до 39°C.

Какое нарушение терморегуляции наблюдалось у мальчика?

Задача № 15.

Больной 16 лет доставлен в больницу в тяжелом состоянии с термическим ожогом II степени (площадь ожога достигает 30 % поверхности тела). Сознание помрачено, АД - 80/50 мм рт. ст., пульс 120 мин<sup>-1</sup>, слабого наполнения, дыхание частое и поверхностное, температура тела - 37,7°C. Анализ крови: эритроциты - 5,5 x 10<sup>12</sup> /л, НЬ - 170 г/л, показатель гематокрита - 0,52 л/л, лейкоциты - 20 x 10<sup>9</sup> /л.

Каковы механизмы выявленных нарушений?

Задача № 16.

Больной доставлен в приемное отделение больницы в тяжелом состоянии. Во время лыжной прогулки заблудился в лесу и уснул под деревом. Найден через сутки. Объективно: сознание утрачено, ректальная температура 25°C, кожные покровы и видимые слизистые бледные, с синюшным оттенком, зрачки расширены, систолическое артериальное давление 40 мм рт. ст. (диастолическое не определяется). Пульс 30 мин<sup>-1</sup>, дыхание редкое поверхностное, рефлексы снижены, болевая чувствительность отсутствует.

Какому этапу (периоду) состояния соответствует указанный комплекс нарушения жизнедеятельности?

Задача № 17.

Рабочий во время аварии на производстве схватился рукой за провод, по которому проходил ток напряжением 220 В. Вследствие судорожного состояния мышц самостоятельно отделиться от провода не мог. Быстро потерял сознание. Через несколько минут был отделен от провода другими рабочими. Прибывший врач констатировал остановку дыхания при сохранившейся, но ослабленной сердечной деятельности. На ладони и на обеих стопах имеются небольшие, глубокие раны с обожженными и слегка обугленными краями. Пострадавшему было произведено искусственное дыхание, которое осуществлялось в течение 2,5 часов (до появления самостоятельного дыхания). Можно ли считать, что пострадавший находился в состоянии клинической смерти?

Задача № 18.

Больная обратилась к врачу по поводу ожога правой стопы кипятком. При осмотре стопы обращают на себя внимание резкая краснота и припухлость кожи. Пальпация стопы болезненна. Обожженная кожа имеет повышенную температуру. Двигательная функция стопы нарушена. У больной отмечены учащение дыхания и пульса. Температура тела 37,8°C. При анализе крови обнаружен нейтрофильный лейкоцитоз.

Как объяснить общие изменения при воспалении?

Задача № 19.

Пострадавший доставлен из очага пожара. При осмотре — ожоги нижних конечностей, ягодиц и повреждение таза. Состояние тяжелое (пульс 110 в мин., АД 80/40 мм рт.ст.). Неоднократная рвота. По краям повязок, полностью закрывающих ноги, виден струп. Нагрузка на таз болезненна. Из уретры выделяется кровь. При капиллярной пункции мочевого пузыря получено 20 мл бурой, с запахом гари, мочи.

Установить предварительный диагноз.

Задача № 20.

Пострадавший получил ожог горячей жидкостью левой кисти, сразу смазал рану подсолнечным маслом и наложил сухую повязку.

Оцените действия больного.

Задача № 21.

У пациента был глубокий ожог тыльной поверхности кисти и была выполнена операция аутодермопластика. Какие следует выполнить мероприятия и какие дать рекомендации пациенту для предотвращения развития рубцов кожи?

Задача № 22.

У пациентки после прокола мочки уха появились рубцы. Какие медикаментозные препараты следует применить? Описать технику оперативного вмешательства.

Задача № 23.

У пациента был глубокий ожог области плечевого сустава. Какие действия необходимо предпринять для предотвращения развития рубцовых деформаций.

Задача № 24.

Пациентке была выполнена операция - мастопексия. Какие необходимо сделать рекомендации для предотвращения развития рубцовых деформаций?

Задача № 25.

У 30-летней пациентки имеются выраженные нарушения кожи лица в виде постакне. Какие следует выполнить процедуры, в какой технике и в каком сочетании для коррекции имеющихся эстетических дефектов.

Задача № 26.

У пациентки после операции по удалению щитовидной железы развились грубые рубцы в области разреза. Какие особенности лечебной тактики?

Задача № 27.

У пациента в течении длительного времени имеются грубые зудящие рубцы в области грудины. В чем заключается алгоритм дифференциальной диагностики рубцов, какие

следует применять препараты и методы лечения? Задача № 28.

У 3-х летнего ребенка после дермального ожога стали развиваться рубцы кожи. Спустя 3 месяца к Вам обратились родители ребенка, которые указывают на наличие интенсивного зуда в ночное время. Какие следует назначить препараты? Какие ограничения накладывает малый возраст пациента?

Задача № 29.

У пациентки появились рубцы в области носо-губных складок после введения филлеров. Какие диагностические и лечебные мероприятия следует предпринять?

Задача № 30.

У пациентки после родов имеются множественные изменения кожи — стрии. Каким образом можно корректировать данный эстетический дефект?

Задача № 31.

Пациент Ш. 23 года. Анамнез заболевания: Со слов травма в 1994 году, упал левой кистью на раскаленные угли. Получал медицинскую помощь по месту жительства, в 1994 году выполнена аутодермопластика расщепленным лоскутом с левого бедра. Со временем сформировалась сгибательная контрактура 1-5 пальцев. В 2016 году консультирован в специализированном стационаре.

При осмотре на левой верхней конечности: Кожные покровы изменены — порочный рубец левой кисти по ладонной поверхности до проекции лучезапястного сустава до средней трети правого предплечья, Движения в суставах пальцев и кисти в 1-5 пальцах ограничены в связи со сгибательной контрактурой. Отмечаются гипертрофические рубцы в 2-4 межпальцевых промежутках. Отмечается чувствительность во всех пальцах правой кисти. кровоснабжение в пальцах компенсированное. Планируемый дефект на ладонной поверхности после удаления порочных рубцов и устранения сгибательной контрактуры 12\*8 см

Диагноз: Последствия ожога левой кисти. Порочные рубцы ладонной поверхности левой кисти. Комбинированная сгибательная контрактура 1-5 пальцев левой кисти. Перечислите характеристики кровоснабжаемого лоскута для замещения данного дефекта? Какой комплекс кровоснабжаемых тканей предпочтителен для данного оперативного вмешательства в несвободном варианте?

Задача № 32.

Анамнез заболевания: Со слов больного травма на производстве 05.01.15 в 1.40 ночи обе руки попали под упавшую разогретую до 275 градусов Цельсия формовочную плиту. Конечности находились придавленными формовочной плитой в течение 6 минут. Нарядом скорой помощи госпитализирован в НИИ СП Джанелидзе. с диагнозом Контактный ожог 9% Ша,б - IV степени верхних конечностей. Рвано — ушибленная рана в области правого лучезапястного сустава. Шок 1. Сопутствующие



Объясните, почему в данном случае противопоказано тотальное замещение дефекта расщепленным кожным ауто трансплантатом?

Задача № 34.

Пациент Б. 58 лет. Анамнез заболевания: Травма на производстве. В декабре 2013 года пострадал на пожаре 28 военный завод в г. Санкт-Петербург. Доставлен 2 декабря с пожара в НИИ СП Джанелидзе. Выписан 13 апреля 2014 года в поликлинику по месту жительства. В сентябре 2014 года прооперирован по поводу послеожоговой контрактуры левой кисти. ВмедА кафедры термических поражений, Выполнена пересадка свободной кожи с бедра на ладонную поверхность правой кисти. Обратился в специализированный стационар осенью 2015 года в плановом порядке для этапной операции по поводу контрактуры правой кисти Зцавз |оса|з: При осмотре на правой верхней конечности: Кожные покровы изменены — порочный рубец правой кисти по тылу до нижней трети правого предплечья, Движения в суставах пальцев затруднены. Отмечаются гипертрофические рубцы в 1,2,3,4 межпальцевых промежутках, по ладонной поверхности правой кисти Ногтевые пластинки на 1,2,3,4,5 пальцах деформированы. Отмечается гиперчувствительность в дистальной фаланге 2 пальца

правой кисти. кровоснабжение в пальцах компенсированное. Дефицит активных движений в ПМФС и ДМФС пальцев правой кисти составляет 60 и 30 градусов соответственно

Диагноз: Последствия ожогов. Порочные рубцы ладонной поверхности правой кисти. Комбинированная контрактура пальцев правой кисти.

Название операции: Иссечение порочных рубцов, пластика дефектов несвободным кровоснабжаемым кожно-фасциальным ауто трансплантатом (лучевой лоскут). Пластика свободным полнослойным некровоснабжаемым кожным трансплантатом

Объясните патогенез образования контрактуры пальцев после замещения дефекта полнослойным кожным ауто трансплантатом? Будет ли эффективным устранение контрактуры пальцев правой в аппарате Илизарова или введение в рубцы коллагеназ через 2 года с момента оперативного вмешательства?

Задача № 35.

Со слов пациента автотравма от 2013 года в г. Махачкала доставлен в ГБ Махачкалы с ДЗ- открытый перелом верхней трети правой большеберцовой кости, закрытый перелом средней трети правой бедренной кости со смещением отломков. Выполнено наложение АВФ голень- бедро на правую нижнюю конечность. Лечился в АВФ около 10 месяцев, в процессе лечения стал отмечать появление свища в верхней трети правой голени. После снятия АВФ стал отмечать стойкое ограничение движений в правом коленном суставе, лечился консервативно — без положительной динамики. В 2015 году в ГБ г. Махачкалы — повторное наложение АВФ - без улучшения. Поступил в специализированный стационар для решения вопроса об эндопротезировании правого коленного сустава 24.06.16. В процессе обследования выявлен хронический остеомиелит правой большеберцовой кости. Пациент консультирован гнойным хирургом, микрохирургом. Переведен для лечения в специализированное отделение.

{ана оса! з: Осмотр в условиях перевязочной. Пациент передвигается без дополнительной опоры. При осмотре на правой нижней конечности: Кожные покровы обычной окраски. В верхней трети правой голени по передней поверхности обширные рубцы 16\*9 см. В проекции бб кости свищ со скудным гнойным отделяемым. Диаметр

0,5 см. Пальпация безболезненная. Движения в правом коленном суставе болезненные, активные и пассивные движения ограничены. Сгибание 60 градусов, разгибание 180 градусов. Кровоснабжение правой стопы компенсированное, неврологических нарушений не выявлено

Диагноз: Хронический остеомиелит правой большеберцовой кости, порочный рубец верхней трети правой голени.

Показано ли пациенту реконструктивное оперативное вмешательство? Предложите способ такого вмешательства?

Задача № 36.

Пациентка А. 26 лет. Жалобы: на неудовлетворенность формой и размерами молочных желез.

Анамнез жизни: Соматически здорова. Беременностей и родов нет. Занимается любительским спортом.

Данные осмотра: Значимых асимметрий молочных желез не выявлено. Паренхима молочных желез расположена правильно, признаки тубулярности отсутствуют. Птоза нет. Диаметр сосково-ареолярного комплекса 3 см. Расстояние от яремной вырезки до соска 21 см. Ширина «пятна» молочной железы 14 см., высота 13 см. Пациентка выражает желание выполнить увеличение груди с целью получения естественной формы и небольшого увеличения объема. Так же пациентка не хочет, чтобы были видны рубцы от операции. Предложите вариант аугментационной маммопластики. Какой доступ предпочтителен? Какую плоскость установки имплантата Вы порекомендуете?

Задача № 37.

Пациентка В. 39 лет. Жалобы: на неудовлетворенность формой и размерами молочных желез.

Анамнез жизни: Соматически здорова. Двое детей.

Данные осмотра: Птоз молочных желез 1 степени больше справа. Наблюдается асимметрия по объему. Правая грудь больше на 150 мл. Паренхима молочных желез расположена правильно, признаки тубулярности отсутствуют. Диаметр сосково-ареолярного комплекса 6 см. Расстояние от яремной вырезки до соска 25 см. Ширина «пятна» молочной железы 16 см., высота 16 см. Пациентка выражает желание выполнить подтяжку груди. Она так же не против увеличения объема.

Сформулируйте диагноз. Предложите вариант коррекции птоза. Каким образом можно устранить имеющуюся разницу в объеме?

Задача № 38.

Пациентка С. 42 года. Обратилась в клинику пластической хирургии с подозрением на разрыв имплантата левой молочной железы. Из анамнеза известно: эндопротезирование молочных желез около 5 лет назад, установлены силиконовые эндопротезы.

Какие из исследований необходимо прежде всего назначить пациентке? Тактика ведения пациента при разрыве имплантата?

Задача № 39.

Пациентка ЦП. 58 лет. Обратилась в клинику пластической хирургии с жалобами на нависание верхнего века, множественные морщины вокруг глаз. При осмотре определяются значительные избытки кожи верхних и нижних век, углубление слезной и веко-щечной борозд. Какой вариант оперативного лечения может быть предложен пациентке?

#### Задача № 40.

Пациентка К. 36 лет. Обратилась с жалобами на дряблость кожи живота, многочисленные растяжки. Изменения пациентка связывает с сильным похуданием за последние 2 года. Отмечается незначительное растяжение и избытки кожи в нижнем отделе живота, до области пупка, а также локальное отложение жира в области живота и талии. При осмотре наблюдается диастаз прямых мышц живота.

Определите вид и объем необходимого оперативного вмешательства. Какие рекомендации необходимо будет назначить пациентке в послеоперационном периоде?

#### Задача № 41.

Пятидесятилетней пациентке, по эстетическим показаниям выполнен липофилинг носогубных складок. Операция проведена под местной инфильтрационной анестезией. Взятие аутожировой ткани осуществлено с передней брюшной стенки через прокол кожи возле пупка. Спустя сутки после операции у пациентки после операции появились сильные боли в околопупочной области. Состояние больной ухудшилось. Отмечается повышение температуры тела до 39 градусов. В анализе крови — лейкоцитоз со сдвигов влево. Кожа околопупочной области гиперемирована, горячая на ощупь, болезненная при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные. Какое осложнение наступило у больной? Что следует предпринять?

#### Задача № 42.

Пациентке 32 лет по эстетическим показаниям выполняется липосакция избыточных жировых отложений наружных поверхностей бедер. Операция проводится под местной

инфильтрационной анестезией. В подкожную клетчатку введено около 1000 мл раствора Кляйна. Внезапно пациентка пожаловалась на затруднение дыхания, сердцебиение, шум в ушах, тошноту и головокружение. Объективно — сознание спутанное, кожные покровы гиперемированы, пульс частый, слабого наполнения. Отмечается тахикардия, тахипноэ, артериальная гипотензия (90/40 мм ртст), Какое осложнение вы заподозрили у больной? Чем подтвердите ваше предположение? Что следует предпринять?

#### Задача № 43.

Сорокасемилетнему пациенту 2 дня тому под общей анестезией выполнена липосакция избыточных жировых отложений на передней брюшной стенке. В анамнезе — 20 лет тому назад пациент перенес несколько оперативных вмешательств на органах брюшной полости по поводу острого аппендицита, осложнившегося спаечной болезнью. В процессе липосакции было удалено около 5000 мл аспирата, содержащего 3000 мл жира. Вскоре после операции пациент стал жаловаться на усиливающиеся боли в животе, жажду, тошноту и рвоту. Повысилась температура тела до 38,2 градуса. Выявлена тахикардия. При осмотре - живот вздут, болезнен при пальпации во всех отделах. Выявлено напряжение мышц передней брюшной стенки. Брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании, определяется разлитой симптом Щеткина-Блюмберга. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз возрос с  $10,0 \times 10^9$  до  $18,0 \times 10^9$  в 1 мкл. Какое осложнение вы заподозрили у больного? Чем подтвердите ваше предположение? Что следует предпринять?

#### Задача № 44.

У больного после электроожога 4 степени волосистой части головы возник дефект левой теменной области. Кость оказалась пораженной на всю толщину. Размеры костного изъяна, образовавшегося после отторжения некротизированного фрагмента теменной кости, составляют 8x10 см. Дном раны является покрытая грануляциями твердая мозговая оболочка. Какое оперативное вмешательство (вмешательства) следует выполнить больному? Возможен ли альтернативный план лечения больного?

Задача № 45.

Мегалипосакция — это...? Допустимо ли выполнять подобные операции пациентам с ожирением 3 степени, компенсированным сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и варикозным расширением вен нижних конечностей? Какой максимальный объем аспирата можно удалить одновременно у пациента весом 182 кг? Какая максимальная доза амидных анестетиков может быть использована при мегалипосакции?

Задача № 46.

Пациентка 18 лет с юношеской гигантомастией обратилась для выполнения операции по уменьшению молочных желез. Вес правой молочной железы 4000 г., левой - 4200 г. Расстояние от яремной вырезки до правого соска — 41 см, до левого - 44 см. Какой способ редукционной маммопластики следует выбрать и почему? Обоснуйте свой выбор. Задача № 47.

Какой способ восстановления волосного покрова следует избрать и почему у 30 летнего пациента с посттравматической рубцовой алопецией теменно-затылочной области (площадь участка облысения приближается к 35 процентам от всей площади волосистой части головы)? Если предполагается экспандерная дермотензия, подберите площадь и объем эндоэкспандера.

Задача № 48.

Двадцатилетняя пациентка астенического телосложения с микромастией обратилась с просьбой об увеличении молочных желез до 3 размера. Рост пациентки 157 см, окружность груди — 67 см, диаметр ареол — 2 см. Реальны ли ожидания пациентки? Имплантаты молочных желез какого объема можно предложить пациентке? Выберите операционный доступ и местоположение эндопротезов. Обоснуйте свой выбор.

Задача № 49.

У пациентки после проведенного 9 месяцев тому назад эндопротезирования молочных желез сформировалась капсулярная контрактура 2 степени. Для увеличения молочных желез использовались круглые текстурированные силиконовые имплантаты, установленные через периареолярный доступ ретромаммарно. Какую хирургическую тактику для устранения возникшего осложнения следует избрать у данной пациентки и почему?

Задача № 50.

У пациентов с посттравматическими дефектами крыльев носа операцией выбора является пластика по К.П.Суслову, однако она выполнима при относительно небольших размерах изъяна и неповрежденных ушных раковинах. Назовите альтернативные методы оперативной коррекции изъянов крыльев век и перечислите их достоинства и недостатки.

Задача № 51.

Показано ли у обожженного с диагнозом: электротравма 40%(35%) / II-IV обеих верхних конечностей, туловища, шок 3 ст., острая почечная недостаточность лечение с помощью гемодиализа?

Задача № 52.

Показана ли ампутация у обожженного с диагнозом: электроожог 25%(10%) III-IV туловища, правой верхней конечности (с учетом того, что кисть и предплечье до средней трети обуглены)?

## 2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

### 1. Пластическая хирургия — это специальность, которая:

- а) устраняет деформации и корректирует недостатки внешности человека;
- б) занимается операциями на поверхностных тканях тела;
- в) посвящена вопросам заживления ран с целью восстановления форм и функций частей тела;
- г) является синонимом «хирургии красоты».

### 2. Роль макрофагов заключается в следующем:

- а) синтезируют и выделяют факторы роста ТФР-8, оФРФ и ФРСЭ;
- б) их присутствие обеспечивает рост грануляций;
- в) с их участием фибробласты превращаются в миофибробласты и рана контрагирует;
- г) все вышеперечисленное.

### 3. Факторы, играющие роль в образовании тонкого линейного рубца, следующие:

- а) атравматичная техника оперирования;
- б) направление рубца, совпадающее с кожными линиями, в зависимости от области тела;
- в) возраст пациента;
- г) все вышеперечисленное.

### 4. Оптимальными донорскими зонами для закрытия дефектов лица трансплантатами являются:

- а) передняя брюшная стенка;
- б) заушная и надключичная области;
- в) внутренняя поверхность плеча;
- г) наружная поверхность бедра.

### 5. Участок покровных тканей, который перемещен на другой участок тела, но при этом сохраняет свое основание и непрерывное кровоснабжение, носит название:

- а) саженец;
- б) трансплантат;
- в) лоскут;
- г) свободный лоскут.

### 6. При замещении дефектов лица трансплантатом у лиц молодого возраста следует прежде всего учитывать:

- а) деление лица на анатомические подзоны;
- б) пожелания пациента;
- в) направление кожных линий;
- г) тип кожи по Фитцпатрику

### 7. Для обеспечения оптимального приживления кожных трансплантатов большой площади после иссечения послеожоговых рубцов щечной области целесообразно:

- а) проводить отсрочку пластики на 24 часа по достижении полного гемостаза;
- б) шинировать зубы;
- в) проводить кормление через назогастральный зонд;
- г) все вышеперечисленное.

### 8. Ногтевой комплекс пальцев кисти:

- а) увеличивает площадь опоры мякоти дистальной фаланги;
- б) обеспечивает стабильность кончика пальца;
- в) состоит из матрикса и ногтевой пластинки;
- г) все вышеперечисленное.

### 9. Наиболее важна чувствительность мякоти дистальных фаланг следующих поверхностей пальцев, за исключением:

- а) лучевые (наружные) II и III пальцев;
- б) ладонные I пальца;
- в) локтевая IV пальца;
- г) локтевая поверхность V пальца.

**10. Какие поверхности пальцев кисти отличаются наименьшей тактильной чувствительностью и наибольшим расстоянием при дискриминации двух точек:**

- а) ладонные поверхности основных фаланг пальцев;
- б) ладонная поверхность дистальной фаланги I пальца;
- в) тыльная поверхность пальцев;
- г) локтевая поверхность подушечки IV пальца.

**11. По сравнению с полнослойными трансплантатами расщепленные трансплантаты кожи, как правило, не рекомендуются для пересадки на ладонную поверхность пальцев кисти, поскольку:**

- а) в большей мере контрагируют;
- б) в них хуже восстанавливается чувствительность;
- в) вызывают большее рубцевание и дают худшие косметические результаты;
- г) все вышеперечисленное.

**12. У 23-летнего мужчины 4 месяца назад размозжен кончик указательного пальца правой доминирующей кисти по лучевому краю. При поступлении рана была закрыта расщепленным кожным трансплантатом. Рана зажила, но затем кость обнажилась и кончик пальца стал болезненным. Какой способ пластики следует предпочесть:**

- а) пересадка полнослойного трансплантата кожи;
- б) замещение дефекта нейроваскулярным осевым лоскутом.

**13. К свободным лоскутам, применяемым для закрытия дефектов пальцев кисти, относят:**

- а) венозные лоскуты;
- б) лоскут височной фасции;
- в) перфорантные лоскуты предплечья;
- г) все вышеперечисленное.

**14. Большой по площади и глубине дефект тыла проксимальной фаланги I пальца может быть ликвидирован:**

- а) I метакарпальным лоскутом;
- б) тыльным островковым лоскутом средней фаланги;
- в) тыльным межкостным лоскутом;
- г) всем вышеперечисленным.

**15. Причиной нарушения притока крови в не свободных осевых лоскутах может являться:**

- а) перекрут артерии;
- б) слишком большое натяжение ножки;
- в) тромбоз сосудов конечности;
- г) все вышеперечисленное.

**16. В сгибании межфаланговых суставов пальца участвуют следующие мышцы, за исключением:**

- а) червеобразных;
- б) поверхностного сгибателя пальцев;
- в) межкостных мышц;
- г) глубокого сгибателя пальцев.

**17. Для восстановления функции поврежденного сухожилия сгибателя в зоне II необходимы условиями являются:**

- а) наличие кровоснабжения сухожилия в зоне повреждения;
- б) целостность синовиального влагалища);
- в) наличие кровоснабжения сухожилия в зоне повреждения и целостность синовиального влагалища);
- г) ничего из вышеперечисленного.

**18. Зона III сухожилий сгибателей ограничена проксимально:**

- а) дистальным краем карпальной связки;
- б) проксимальным краем карпальной связки;
- в) проксимальным краем связки A1 фиброзного влагалища;
- г) ничего из вышеперечисленного.

**19. Необходимыми условиями для успеха операции тенотомии являются следующие, кроме:**

- а) отсутствия контрактур суставов пальца;
- б) хорошей сократимости мышц сгибателей пальца;
- в) целостности кольцевидных связок А2 и А4;
- г) нормальной чувствительности кожи пальца.

**20. Шов сухожилий сгибателей противопоказан при определенных условиях, кроме:**

- а) повреждения обоих сосудисто-нервных пучков пальца;
- б) дистального конца глубокого сгибателя длиной менее 1 см;
- в) разрушения фиброзного влагалища пальца;
- г) ни при одном из вышеперечисленных исключений.

**21. Двухэтапная пластика сухожилия показана в определенных случаях, кроме:**

- а) целостности сухожильного влагалища);
- б) дефекта сухожилия сгибателя в зоне II;
- в) повреждения сухожилия на нескольких уровнях;
- г) ни при одном из вышеперечисленных исключений.

**22. Утрата фиброзного влагалища на пальце:**

- а) увеличивает необходимую амплитуду сокращения мышцы для достижения полного сгибания суставов;
- б) уменьшает эту амплитуду;
- в) не влияет на амплитуду сокращения мышцы для достижения полного сгибания суставов;
- г) ничего из вышеперечисленного.

**23. Завершение процесса восстановления формы сухожилия после сшивания происходит:**

- а) через 5 недель;
- б) через 16 недель;
- в) через 8 недель;
- г) ничего из вышеперечисленного.

**24. Наиболее опасной манипуляцией для возникновения несостоятельности сухожильного шва в первые три недели после операции является:**

- а) активное сгибание пальца);
- б) активное разгибание пальца);
- в) пассивное разгибание пальца;
- г) пассивное сгибание пальца.

**25. Местное применение стероидных гормонов имеют определенные действия, кроме:**

- а) ограничения формирования рубцов вокруг сухожилия;
- б) увеличения вероятности развития инфекционных осложнений;
- в) удлинения времени заживления раны;
- г) снижения вероятности несостоятельности сухожильного шва.

**26. При изолированном повреждении поверхностного сгибателя пальца:**

- а) становится невозможным сгибание дистального межфалангового сустава;
- б) выпадает сгибание только проксимального межфалангового сустава;
- в) возможно только сгибание пястно-фалангового сустава;
- г) ничего из вышеперечисленного.

**27. Болезненные ощущения при поколачивании в надключичной области обычно указывают на:**

- а) заживление перелома ключицы;
- б) ложную аневризму подключичной артерии;
- в) скопление жидкости;
- г) наличие связей корешка со спинным мозгом.

**28. Положительный симптом Горнера означает наличие**

- а) повреждения верхних корешков плечевого сплетения;
- б) нормальной функции верхней конечности;
- в) сопутствующих офтальмологических проблем;
- г) повреждения нижних корешков.

**29. Сочетанные травмы магистральных сосудов и плечевого сплетения обычно являются признаком подключичного уровня повреждения.**

- а) да;
- б) нет.

**30. При огнестрельных ранениях плечевого сплетения показаны первичная ревизия и восстановление поврежденных нервных стволов.**

- а) да;
- б) нет.

**31. При обнаружении невром на корешках необходимо их:**

- а) стимулировать;
- б) иссечь и заместить трансплантатами;
- в) направить на биопсию;
- г) все перечисленное выше.

**32. Наиболее часто для восстановления сгибания предплечья используют несвободную пересадку мышц, за исключением:**

- а) широчайшей спины;
- б) группы мышц сгибателей и пронаторов предплечья;
- в) грудино-ключично-сосцевидной;
- г) большой грудной.

**33. Реиннервация широчайшей мышцы спины на стороны повреждения плечевого сплетения представляется важной для:**

- а) косметических причин;
- б) стабилизации лопатки;
- в) перемещения на плечо как несвободного мышечного лоскута для восстановления сгибания предплечья.

**34. Наиболее эффективной для восстановления сгибания предплечья представляется пересадка свободных мышечных лоскутов из:**

- а) широчайшей мышцы спины с противоположной стороны и прямой мышцы бедра;
- б) длинной приводящей мышцы бедра;
- в) нежной мышцы;
- г) ни одной из перечисленных выше.

**35. Боль при повреждениях плечевого сплетения:**

- а) является физиологической по своей природе и лечится в ходе регулярных повторных консультаций;
- б) может быть очень сильной при высокоэнергетических проникающих ранениях;
- в) всегда требует хирургического лечения;
- г) сопровождается отрыв верхних корешков.

**36. Наилучший прогноз при повреждениях плечевого сплетения ожидается**

- а) у пожилых пациентов;
- б) при множественных отрывах корешков;
- в) при значительном сроке денервации;
- г) ни в одной из перечисленных выше ситуаций.

**37. Для пронатор-синдрома не характерны симптомы:**

- а) усиление боли при сгибании III пальца с сопротивлением;
- б) усиление боли и парестезии при активном сгибании и пронации предплечья;
- в) усиление боли при разгибании III пальца с сопротивлением;
- г) усиление боли и парестезии при пронации предплечья с сопротивлением в сочетании со сгибанием кистевого сустава.



**49. Окончательная коррекция всех измененных структур носа с использованием приемов эстетической пластической хирургии может быть выполнена в возрасте:**

- а) 5—6 лет;
- б) 12—14 лет;
- в) 16 лет и старше.

**50. Остаточными называются деформации носа:**

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

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

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

**52. Предпочтительнее выполнять коррекцию рубцовой деформации губы и остаточной деформации носа:**

- а) одновременно;
- б) в два этапа.

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

- а) да;
- б) нет.

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

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

**55. При переломах костей лица наиболее часто повреждается:**

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

**56. Первичная хирургическая обработка мягких тканей лица проводится в сроки:**

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

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

- а) да;
- б) нет.

**58. Причиной возникновения диплопии при переломе скуловой кости является:**

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

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

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

**60. Смещение средней линии нижней челюсти в здоровую сторону отмечается**

- а) при одностороннем вывихе нижней челюсти;
- б) при переломе мышечкового отростка;
- в) при ангулярном переломе;
- г) при деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава.

**61. Наиболее грозным осложнением двустороннего ангулярного перелома нижней челюсти является:**

- а) травматический остеомиелит;
- б) нарушение чувствительности в области подбородка;
- в) асфиксия;
- г) нарушение прикуса.

**62. При переломах верхней челюсти по среднему типу определяется симптом "ступеньки" в области:**

- а) верхне-наружного края глазницы;
- б) нижнего края глазницы;
- в) корня носа;
- г) нижнего края грушевидного отверстия.

**63. При переломах скуловой кости ограничение подвижности нижней челюсти обусловлено:**

- а) рефлекторным сокращением жевательных мышц;
- б) болевым синдромом;
- в) давлением смещенного отломка скуловой дуга на венечный отросток челюсти;
- г) отеком мягких тканей.

**64. «Взрывными» переломами называют переломы:**

- а) нижнего края орбиты;
- б) латерального края орбиты;
- в) верхнего края орбиты;
- г) дна орбиты.

**65. Вторичными ранящими снарядами считаются:**

- а) разрывные пули;
- б) стреловидные элементы;
- в) осколки зубов и костей лица;
- г) осколки снаряда.

**66. Смещение тела скуловой кости при переломах может привести к сдавлению**

- а) глазодвигательного нерва;
- б) блокового нерва;
- в) зрительного нерва;
- г) подглазничного нерва.

**67. Какой способ оперативного лечения переломов челюстей относится к открытому очаговому остеосинтезу?**

- а) спицами Киршнера;
- б) минипластинами с шурупами;
- в) наложение внеротовых аппаратов;
- г) окружающий шов.

**68. При ударе в подбородок отраженный перелом нижней челюсти чаще всего локализуется в области**

- а) тела нижней челюсти;
- б) угла нижней челюсти;
- в) мышечковых отростков;
- г) по средней линии.

**69. Особенности первичной хирургической обработки укушенных ран лица заключается в следующем:**

- а) наложение швов не производится;
- б) рана зашивают наглухо;
- в) накладывают редкие швы с обязательным дренированием глубоких ран;
- г) накладывают пластиночные швы.

**70. Какая из носовых раковин первично ответственна за обструкцию носовых ходов?**

- а) нижняя;
- б) средняя;
- в) верхняя;
- г) самая верхняя;
- д) все, взятые вместе.

**71. Внутренний носовой клапан сформирован**

- а) крылом носа, колумеллой и порогом ноздри;
- б) крылом носа, нижним латеральным хрящом и порогом ноздри;
- в) нижним латеральным хрящом, дном носа и перегородкой;
- г) нижним латеральным хрящом, верхним латеральным хрящом и перегородкой;
- д) дном носа, перегородкой и верхним латеральным хрящом.

**72. Носовой клапан в открытом состоянии поддерживает**

- а) носовая мышца;
- б) мышца, опускающая перегородку носа;
- в) мышца, поднимающая верхнюю губу и крыло носа;
- г) мышца гордецов;
- д) передний расширитель ноздрей.

**73. В плане возможного некроза кончика носа при открытой ринопластике особо опасным представляется двустороннее повреждение следующих артерий**

- а) тыльной артерии носа из верхнечелюстной артерии
- б) подглазничной артерии из верхнечелюстной артерии
- в) передней решетчатой артерии из верхнечелюстной артерии
- г) артерии колумеллы из верхней губной артерии
- д) боковой носовой артерии из угловой артерии

**74. Особенно важной в ходе эстетической ринопластики представляется анестезия**

- а) надблокового нерва;
- б) переднего решетчатого нерва;
- в) крылонебного узла;
- г) подглазничного нерва;
- д) всех перечисленных выше.

**75. Горб спинки носа в основном состоит из хрящевой части**

- а) да;
- б) нет.

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

- а) да;
- б) нет.

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

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

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

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

**79. К динамическим эффектам ринопластики относят все, за исключением**

- а) смещения крыльев носа в каудальном направлении при резекции оснований крыльев носа;
- б) снижения проекции кончика носа при удалении передней ости верхней челюсти;
- в) сплющивания кончика при иссечении полосок нижних латеральных хрящей в области куполов;
- г) «удлинения» носа при удалении горба спинки;
- д) выступания спинки носа при ротации кончика книзу.

**80. Для развития возможной гипертензии, связанной с особенностями анестезиологического пособия в ходе ринопластики, опасным является**

- а) слишком поверхностное проведение анестезии;
- б) использование ингаляционных анестетиков, а не наркотических препаратов;
- в) применение адреналина при наркозе галотаном;
- г) использование адреналина и закиси азота;
- д) все перечисленное выше.

**81. Возможность развития головных болей, неукротимого чихания, формирования гематом перегородки носа, олеогранулем и обострения хронического гайморита непосредственно связана с**

- а) постановкой тампонов в нос;
- б) редукцией горба спинки носа;
- в) септопластикой;
- г) латеральными остеотомиями;
- д) всем перечисленным выше.

**82. Оптимальным сроком для удаления носовых тампонов является**

- а) 1—2 суток;
- б) 3—5 суток;
- в) 5—7 суток;
- г) 7—10 суток;
- д) до 14 суток.

**83. Какие из следующих ниже положений, касающихся эмбриологии уха, представляются правильными?**

- а) внутреннее ухо и среднее ухо развиваются из ушной плакоды, которая делится на эмбриональный слуховой пузырек и слуховые косточки;
- б) в процессе развития наружное ухо мигрирует из краниального в каудальном направлении;
- в) ушная раковина развивается из шести бугорков первой жаберной дуги;
- г) в развитии ушной раковины участвуют первая и вторая жаберные дуги;
- д) молоточек, наковальня и стремечко развиваются из трех ушных бугорков.

**84. Основными источниками чувствительной иннервации ушной раковины являются следующие нервы:**

- а) подглазничный и большой затылочный;
- б) ушно-височный и большой ушной;
- в) ушно-височный и большой затылочный;
- г) большой ушной и большой затылочный;
- д) височно-скуловой и малый затылочный.

**85. Согласно современным представлениям, этиопатогенез гемифациальной микросомии может быть связан с изменениями следующих артерий:**

- а) лицевой;
- б) внутренней сонной;
- в) плоточной;
- г) стремечной;
- д) поверхностной височной.

**86. Использование метода постоянного растяжения кожи с помощью тканевых экспандеров перед выполнением тотальной реконструкции ушной раковины значительно улучшает непосредственные и отдаленные результаты этой операции.**

- а) да;
- б) нет.

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

- а) да; б) нет.

**88. Проведение операции отопластики под общим обезболиванием снижает вероятность развития такого грозного осложнения, как злокачественная гипертермия.**

- а) да; б) нет.

**89. Наиболее важным фактором в лечении открытого перелома голени является:**

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

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

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

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

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

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

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

**93. Куперовская трактовка поддерживающего аппарата молочной железы такова:**

- а) связки Купера анатомически постоянны, крепят паренхиму к грудной фасции, могут быть идентифицированы и реконструированы;  
б) связки крепят железу к фасции в зонах наибольшей фиксации «чехла» — в субмаммарной и по медиальной границе;  
в) поддерживающий связочный каркас непрерывен от дермы до глубокой фасции, присутствует в любой единице объема, но максимален в субмаммарной зоне и по медиальной границе;  
г) антигравитационная поддержка молочной железы — функция упругости всех ее тканей.

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

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

**95. Птоз молочной железы обусловлен:**

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

**96. Наиболее действенное из перечисленных средств профилактики рецидивного птоза:**

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

**97. Риск возникновения местных рецидивов после выполнения кожесохраняющей мастэк- томии находится в следующих пределах:**

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

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

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

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

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

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

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

### 3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

#### Основная литература

1. Атлас хирургии молочной железы/ И.Джатои, М.Кауфман. Ж.-И. Пети; пер с английского под ред. Н.И. Рожковой, В.Д. Чхиквадзе. М.; ГЭОТАР-Медиа, 2009.-114с.
2. Парамонов Б.А. Профилактика и лечение рубцов кожи. — Учебное пособие. — СПбМАПО, 2010- 38с.
3. Современные методы подтяжки лица/ под ред. Р.Моя., Э. Финчера; пер с англ. под общей ред. В.А. Виссарионова. М. ООО «Рид Элсивер», 2009. 188с.
4. Хрусталева И.Э. Хирургическая коррекция возрастных изменений лица и шеи. — Учебное пособие.- СПбМАПО, 2009- 22с.
5. Хрусталева И.Э. Эстетическая блефаропластика. — Учебное пособие.- СПбМАПО, 2009- 22с.
6. Белоусов А.Е. Функциональная ринопластика. — СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2010. — 512 с., ил.
7. Пластическая и эстетическая хирургия. Последние достижения/ Под ред. М.Эйзенманн-Кляйн, К.Нейханн-Лоренц; пер.с англ.; под общ ред А. Боровикова, М; Практическая медицина, 2011. — 448с.
8. Кулаков А.А., Петросян Э.А., Сергиенко В.И., Петросян Н.Э. Пластическая хирургия лица и шеи: М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 328с.

#### Дополнительная литература

1. Пластическая и реконструктивная хирургия лица / Под ред. А.Д. Пейпла; Пер. с англ.- М.. БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007. — 951 с
2. Минимально инвазивная косметическая хирургия лица/ Под ред. Дж. Ниамту, Р.Хога; пер с англ.; Под общ. Ред. Проф А.И. Неробеева. М; Мед пресс-информ, 2007 — 160с.
3. Парамонов Б.А., Белоногов Л.И., Аграчева И.Г. Холодовые поражения: диагностика и лечение. — Учебное пособие. — СПбМАПО, 2006- 38с.
4. Обрубов С.А., Виссарионов В.А. Эстетическая блефаропластика. М., 2006, 179 с.

#### Перечень ресурсов "Интернет"

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1.Электроннаябиблиотека КРСУ        | <a href="http://lib.krsu.edu.kg">http://lib.krsu.edu.kg</a> |
| 2.Студенческаяэлектроннаябиблиотека | <a href="http://www.studentlib">http://www.studentlib</a>   |
| 3.Научнаяэлектроннаябиблиотека      | <a href="https://elibrary.ru">https://elibrary.ru</a>       |
| 4.Электроннаябиблиотека             | <a href="http://www.studmedli">http://www.studmedli</a>     |
| 5.Все о медицине                    | <a href="http://www.medunive">http://www.medunive</a>       |
| 6.Медицинскаялитература             | <a href="http://www.booksme">http://www.booksme</a>         |
| 7.Медицинскаябазаданных             | <a href="http://www.medline.c">http://www.medline.c</a>     |
| 8.Периодикапоонкопроктологии        | <a href="http://abvpress.ru">http://abvpress.ru</a>         |