

Электронная цифровая подпись

Прохоренко Инга Олеговна  F C 9 3 E 9 6 B C 8 C 2 1 1 E 9
Бунькова Елена Борисов- на  F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 30.03.2023г.  
протокол № 3.

председатель Ученого Совета Прохоренко И.О.  
ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА  
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ  
ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ ПО ПОДГОТОВКЕ  
КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.60 ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ**

Самара

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.60 ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ** (далее – образовательная программа, программа ординатуры, ОПОП ВО) разработаны сотрудниками Медицинского университета «Реавиз» под руководством ректора Медицинского университета «Реавиз» – д.м.н., профессора И.О. Прохоренко на основе Приказа Минобрнауки России от 02.02.2022 № 103 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия» (далее – ФГОС ВО).

**Информация о языках,  
на которых осуществляется образование (обучение) по подготовке кадров  
высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре.**

В частном учреждении образовательной организации высшего образования «Медицинском университете «Реавиз» при обучении по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

# **1. ВЫПУСКНИК ОСВОИВШИЙ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗНАНИЯМИ, УМЕНИЯМИ И НАВЫКАМИ**

## **Содержание программы ГИА**

### *Диагностика повреждений, врожденных и приобретенных дефектов и деформаций и (или) состояний у пациентов.*

#### **Знания:**

Общие вопросы организации медицинской помощи населению.

Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников.

Оперативная хирургия головы, шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки и брюшной полости, верхних и нижних конечностей, гениталий.

Анатомия и топографическая анатомия человека.

Вопросы асептики и антисептики.

Порядок оказания медицинской помощи по профилю "пластическая хирургия".

Клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Стандарты медицинской помощи пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Вопросы медицинской этики и деонтологии, психосоциальные аспекты пластической хирургии, функциональное и социальное значение внешнего вида для человека.

Физиология и патологическая физиология организма.

Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Методика осмотра и физикального обследования пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики повреждений, врожденных и приобретенных дефектов и деформаций и (или) состояний, медицинские показания к их проведению.

Анатомо-функциональное состояние костно-мышечной системы у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями в различные возрастные периоды.

#### ***Классификации:***

- повреждений;
- типов ран, травматических повреждений организма;
- рубцов и рубцовых деформаций;
- поверхностных дефектов и деформаций;
- дефектов и деформаций в области головы и шеи (врожденных, посттравматических, возрастных, после онкологических операций);
- пороков развития, дефектов и деформаций ушных раковин;
- дефектов и деформаций молочных желез;
- дефектов и деформаций передней брюшной стенки;
- дефектов и деформаций урогенитальной области у мужчин и женщин;
- врожденных и приобретенных дефектов и деформаций конечностей;
- травматических ампутаций верхних и нижних конечностей

Медицинские показания к реплантации сегментов конечностей.

Патофизиология травмы, кровопотери, раневого процесса, свертывающей системы крови

Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторных и инструментальных обследований пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Повреждения, врожденные и приобретенные дефекты и деформации и (или) состояния, требующие направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам других специальностей.

МКБ.

Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

**Умения:**

Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями (их законных представителей).

Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями (их законных представителей).

Оценивать анатомо-функциональное состояние организма, его систем, покровных тканей в норме, при повреждениях, врожденных и приобретенных дефектах и деформациях и (или) состояниях.

Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и физикального обследования пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Формулировать предварительный диагноз, определять состояние и алгоритм обследования пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Обосновывать и планировать объем лабораторных и инструментальных обследований пациентов с повреждениями, врожденными дефектами и деформациями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Обосновывать и планировать направление пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Интерпретировать результаты осмотров врачами-специалистами пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями

Устанавливать диагноз с учетом МКБ.

***Проводить диагностические манипуляции*** при обследовании пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями:

- биопсию тканей: кожи, подкожной жировой клетчатки, мышц, костей, в том числе под местной аппликационной анестезией;

- диагностическую пункцию образований мягких тканей: гематомы, абсцесса, кисты, воспалительного инфильтрата, в том числе под местной аппликационной анестезией;

Применять для диагностических манипуляций при обследовании пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Обеспечивать безопасность диагностических манипуляций.

Выявлять, определять и анализировать симптомы, синдромы, нозологические формы и группы врожденных и приобретенных дефектов и деформаций и состояний.

Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

**Навыки:**

Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями (их законных представителей).

Интерпретация информации, полученной от пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями (их законных представителей).

Осмотр и физикальное обследование пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Интерпретация результатов осмотра и физикального обследования пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Формулирование предварительного диагноза, определение состояния, формирование плана обследования пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Направление пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных обследований пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Направление пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Интерпретация результатов осмотров врачами-специалистами пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями

Установление диагноза с учетом действующей международной классификации болезней (далее - МКБ).

Проведение диагностических манипуляций у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Применение для диагностических манипуляций при обследовании пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Обеспечение безопасности диагностических манипуляций.

Выявление симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических обследований у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

***Назначение и проведение лечения пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности.***

**Знания:**

Порядок оказания медицинской помощи по профилю "пластическая хирургия".

Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Принципы и методы лечения, в том числе проведения хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в пластической хирургии.

Медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению методов лечения, в том числе хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), назначению лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, при оказании медицинской помощи, в том числе проведении хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), назначении лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Основы лечебного питания, принципы диетотерапии пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших при оказании медицинской помощи, в том числе проведении хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), назначении лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Методы выполнения послеоперационных перевязок.

Принципы выбора метода обезболивания при оказании медицинской помощи, в том числе проведении хирургического лечения, проведении лечебных и диагностических манипуляций у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Принципы, методы и техника проведения местной аппликационной, инфильтрационной, проводниковой анестезии при оказании медицинской помощи, в том числе проведении хирургического лечения, лечебных и диагностических манипуляций у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Принципы, методы и техника оказания медицинской помощи, в том числе проведения хирургического лечения, лечебных и диагностических манипуляций у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Принципы течения раневого процесса.

Принципы течения рубцового процесса и условия формирования оптимального рубца, патологическое рубцевание.

Основные виды, особенности применения аллопластических материалов для реконструкции областей различной локализации.

Основные виды, особенности применения аутопластических материалов для реконструкции областей различной локализации.

Условия оптимального приживления трансплантатов.

Синтетические и искусственные материалы для пластической хирургии.

Особенности клинического течения специфических поражений физическими факторами (ожоги, обморожения, электротравма, радиационное поражение).

Донорские зоны для взятия аутотрансплантатов при реконструкции врожденных и приобретенных дефектов и деформаций различной локализации.

Принципы, методы и техника медицинских вмешательств у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Основные знания по смежным дисциплинам:

- особенности фармакологического действия анестетиков местного обезболивания и препаратов для общего обезболивания;
- принципы реанимационных мероприятий при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах;
- особенности детского организма в различные возрастные периоды;
- принципы диагностики и клиническая картина детских хирургических заболеваний и деформаций врожденного и приобретенного характера;
- клиническая картина доброкачественных образований кожи;
- клиническая картина и общие принципы лечения наиболее распространенных злокачественных образований;
- особенности клинической картины и принципы лечения дисгнатий;

Медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при хирургических вмешательствах, манипуляциях в пластической хирургии  
Основы рентгенологии, радиологии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

#### **Умения:**

Оценивать тяжесть состояния пациента с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Разрабатывать план лечения пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Назначать лечение, в том числе хирургическое лечение, немедикаментозное лечение (физиотерапевтические методы, лечебную физкультуру и иные методы терапии), лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Оценивать эффективность и безопасность медицинской помощи, в том числе хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Проводить лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате оказания медицинской помощи, в том числе проведения хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Наблюдать, контролировать состояние пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению методов лечения, в том числе проведения хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), назначению лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания пациентам с повре-

ждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Выполнять рекомендации врачей-специалистов по применению лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Выполнять послеоперационные перевязки.

Выбирать метод обезболивания при оказании медицинской помощи, в том числе проведении хирургического лечения, лечебных и диагностических манипуляций у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Проводить местную аппликационную, инфильтрационную, проводниковую анестезию при проведении лечения, в том числе хирургического лечения, лечебных и диагностических манипуляций у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Выполнять у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями следующие медицинские вмешательства, в том числе хирургические:

- первичная хирургическая обработка раны и (или) инфицированной ткани;
- наложение первичных швов;
- восстановление поврежденных мягких тканей;
- ревизия послеоперационной раны;
- наложение вторичных швов;
- отсроченная хирургическая обработка раны и (или) инфицированной ткани;
- пункция полостных образований (гематом, сером, абсцессов);
- нитевая (лигатурная) имплантация;
- контурная пластика безоболочечными филлерами;
- плазмолитерапия аутоплазмой поверхности кожи, раневых дефектов, рубцов и рубцовых деформаций;
- коррекция гиперактивности мимической мускулатуры, рубцовых деформаций и гипергидроза ботулотоксинами типа А;
- хирургическая коррекция поверхностных дефектов с помощью местных кожных лоскутов (встречные треугольные лоскуты, ротационные лоскуты, выдвижные лоскуты, Z-пластика, W-пластика, V-Y-пластика, лоскуты на ножке, интерполированные лоскуты);
- хирургическая коррекция поверхностных дефектов дистантными кожными лоскутами;
- хирургическая коррекция поверхностных дефектов свободными расщепленными кожными трансплантатами;
- хирургическая коррекция поверхностных дефектов свободным полнослойными кожными трансплантатами;
- хирургическая коррекция поверхностных дефектов свободным кожным дерматомным перфорированным лоскутом;
- раннее тангенциальное иссечение и пересадка расщепленных кожных аутоотрансплантатов;
- отсроченная хирургическая обработка и пересадка расщепленных кожных аутоотрансплантатов;
- хирургическая коррекция поверхностных дефектов и деформаций методом дерматензии (тканевой экспансии);
- реконструкция дефектов методом свободной пересадки твердых тканей (аутокость, аллокость, аутохрящ, аллохрящ);
- взятие свободных аутоотрансплантатов твердых тканей (ребра, реберного хряща, подвздошной кости, малой берцовой кости, свода черепа, хряща ушной раковины);
- удаление новообразований и поражений кожи и подкожной клетчатки с первичным закрытием дефекта местными тканями (локальными лоскутами);



- удаление новообразований кожи методом электрокоагуляции, радиочастотной термоабляции, лазерной абляции, криохирургическим методом, другими физическими методами;
- удаление рубцов (атрофических, нормотрофических, гипертрофических, келоидных) с первичным закрытием дефекта местными тканями (локальными лоскутами);
- коррекция (устранение) рубцовых деформаций и контрактур с первичным закрытием дефекта местными тканями (локальными лоскутами);
- коррекция (устранение) рубцов, рубцовых деформаций и контрактур методом пересадки собственной жировой ткани (липофилинг, липотрансфер);
- коррекция (устранение) рубцов и рубцовых деформаций методом дермабразии, лазерной абляции, лазерного фракционирования, инъекционной фармакотерапии;
- хирургическая коррекция дефектов мягких тканей при пролежнях, сложных, хронических ранах, рубцовых дефектах (все виды: аутодермопластика, пластика местными тканями, локальными лоскутами, дистантными лоскутами, методом дерматензии);
- коррекция контуров и объема поверхностных дефектов и деформаций методом пересадки собственной жировой ткани (липофилинг);
- ампутация одного или нескольких пальцев верхней конечности;
- ампутация одного или нескольких пальцев нижней конечности;
- хейлопластика при расщелинах лица;
- хейлоринопластика при расщелинах лица;
- хирургическая коррекция выступающих (оттопыренных) ушных раковин;
- хирургическая коррекция при макротии;
- хирургическая коррекция дополнительных бугорков и ножек ушной раковины;
- хирургическая коррекция сложенной ушной раковины;
- хирургическая коррекция дефектов и деформаций мочки ушной раковины;
- хирургическая коррекция верхних век чрескожным доступом (верхняя блефаропластика);
- хирургическая коррекция нижних век чрескожным доступом (нижняя блефаропластика);
- хирургическая коррекция нижних век чрескожным доступом расширенную (нижняя блефаропластика расширенная);
- хирургическая коррекция нижних век трансконъюнктивальным доступом;
- кантопексия медиальная, латеральная;
- миопексия круговой мышцы глаза;
- тарзопексия нижнего века;
- хирургическая коррекция наружного угла глазной щели латеральная, медиальная;
- хирургическая коррекция ятрогенных осложнений в области век с использованием армирующих аутотрансплантатов и имплантатов-спейсеров;
- хирургическая коррекция ятрогенных осложнений в области век с использованием местных тканей;
- хирургическая коррекция эпикантальных складок (эпикантопластику);
- удаление ксантелазм век;
- удаление новообразований век;
- блефарорафия;
- хирургическая коррекция верхнего века ориентального типа (европеизация верхних век);
- хирургическая коррекция птоза бровей (бровпексия) всеми видами доступа;
- хирургическая коррекция птоза и возрастных изменений мягких тканей верхней зоны лица (лобно-височной) с видеоассистенцией или без видеоассистенции всеми видами доступа;
- хирургическая коррекция птоза и возрастных изменений мягких тканей средней зоны лица (инфраорбитально-скуловой) с видеоассистенцией или без видеоассистенции всеми видами доступа;
- хирургическая коррекция птоза и возрастных изменений мягких тканей нижней зоны лица (щечно-шейной) в пределах кожи (ритидектомия);
- хирургическая коррекция птоза и возрастных изменений мягких тканей нижней зоны лица (щечно-шейной) в пределах поверхностной мышечно-фасциальной системы (ПМФС) с мобилизацией или без мобилизации ПМФС;

- хирургическая коррекция подкожной мышцы шеи (платизмопластика) боковой, передней;
- хирургическая коррекция мягких тканей подбородочной области(ментопластика) местными тканями;
- хирургическая коррекция объема жирового тела щеки (резекция комков Биша);
- хирургическая коррекция периоральной области (корнерлифт);
- хирургическая коррекция верхней губы;
- хирургическая коррекция красной каймы губ;
- хирургическая коррекция носа (ринопластика): хрящевого отдела, костного отдела, полная реконструкция носа, с видеоассистенцией или без видеоассистенции;
- хирургическая коррекция носа и носовой перегородки (риносептопластика) с видеоассистенцией или без видеоассистенции;
- хирургическая коррекция крыльев носа изолированная;
- контурная пластика носа всеми видами имплантатов и трансплантатов;
- удаление ринофимы;
- хирургическая коррекция объема молочных желез увеличивающая при помощи имплантатов всеми видами доступов;
- хирургическая коррекция объема молочных желез уменьшающая (редукционная) с использованием любых видов питающих ножек;
- хирургическая коррекция птоза молочных желез (мастопексия) всеми видами доступов;
- хирургическая коррекция тубулярной деформации молочных желез с использованием или без использования имплантатов;
- хирургическая коррекция сосково-ареолярного комплекса;
- реконструкция молочной железы после утраты органа одномоментная с помощью тканевой экспансии, имплантатов, биоматериалов;
- реконструкция молочной железы после утраты органа одномоментная с помощью лоскутов и аутоотрансплантатов;
- хирургическая коррекция гинекомастии;
- реконструкция молочной железы отсроченная;
- профилактическая подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией с помощью лоскутов и биоматериалов с использованием или без использования имплантатов;
- реконструкция сосково-ареолярного комплекса;
- хирургическая коррекция контуров тела методом вакуумной липоаспирации любой локализации всеми видами липоаспирации;
- хирургическая коррекция деформаций передней брюшной стенки (абдоминопластика);
- хирургическая коррекция пупочной грыжи;
- хирургическая коррекция пупочного кольца изолированное (умбиликопластика);
- хирургическая коррекция избытков кожи и подкожной жировой клетчатки (дермолипэктомия) любой локализации;
- хирургическая коррекция объема и формы ягодичных областей (глютеопластика) с использованием или без использования имплантатов;
- хирургическая коррекция объема и формы голеней и бедер с использованием или без использования имплантатов;
- хирургическая коррекция формы малых половых губ;
- хирургическая коррекция объема и формы больших половых губ;

Оценивать результаты хирургических вмешательств у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Применять лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание, немедикаментозное лечение у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Ассистировать врачу при выполнении медицинских вмешательств, в том числе хирургических, у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

### **Навыки:**

Оценка тяжести состояния пациента с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Разработка плана лечения пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Назначение лечения, в том числе хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Оценка эффективности и безопасности лечения, в том числе хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Профилактика и (или) устранение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате оказания медицинской помощи, в том числе проведения хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Наблюдение, контроль состояния пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для назначения методов лечения, в том числе хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Выполнение рекомендаций врачей-специалистов по применению лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Направление пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Проведение послеоперационных перевязок.

Выбор метода обезболивания при оказании медицинской помощи, в том числе проведении хирургического лечения, лечебных и диагностических манипуляций у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Проведение местной аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии при оказании медицинской помощи, в том числе проведении хирургического лечения, проведе-

нии лечебных и диагностических манипуляций у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Проведение хирургического лечения, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии), выполнение лечебных манипуляций у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Оценка результатов хирургических вмешательств у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

Разработка плана послеоперационного ведения пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, проведение профилактики или лечение послеоперационных осложнений в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

***Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов***

**Знания:**

Порядки организации медицинской реабилитации пациентов и санаторно-курортного лечения.

Методы медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями

Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями.

Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями.

Медицинские показания для направления пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями к врачам-специалистам для проведения мероприятий медицинской реабилитации.

Медицинские показания и медицинские противопоказания для применения технических средств реабилитации, необходимых для реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями, методы ухода за ними.

Основные программы медицинской реабилитации или абилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями.

Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями.

**Умения:**

Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации.

Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Определять медицинские показания для направления пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями.

Назначать технические средства реабилитации, необходимые для медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями.

Выполнять работы по организации медицинской реабилитации или абилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями.

### **Навыки:**

Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Проведение мероприятий медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Составление плана мероприятий по медицинской реабилитации при повреждениях, врожденных и приобретенных дефектах и деформациях и (или) состояниях и их последствиях в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Направление пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и их последствиями в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

### ***Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями***

#### **Знания:**

Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листка нетрудоспособности.

Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции, связанное с повреждениями, наличием врожденных и приобретенных дефектов и деформаций и (или) состояний на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации.

#### **Умения:**

Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции организма человека, обусловленного последствиями повреждений, врожденными и при-

обретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, признаки необходимости ухода.

Подготавливать необходимую медицинскую документацию пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, в том числе в форме электронных документов.

Направлять пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями на медико-социальную экспертизу.

Формулировать медицинские заключения по результатам медицинских экспертиз, касающиеся наличия и (или) отсутствия повреждений, врожденных и приобретенных дефектов и деформаций и (или) состояний.

Оформлять листок нетрудоспособности.

#### **Навыки:**

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями и работа по экспертизе временной нетрудоспособности, осуществляемой врачебной комиссией медицинской организации.

Подготовка необходимой медицинской документации для пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.

Выдача листка нетрудоспособности, в том числе лицам, осуществляющим уход за больным членом семьи.

Направление пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями для прохождения медико-социальной экспертизы.

### ***Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения***

#### **Знания:**

Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ.

Основы здорового образа жизни, методы его формирования.

Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики повреждений, заболеваний и (или) состояний, сопровождающихся врожденными и приобретенными дефектами и деформациями.

Принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования заболеваний и (или) состояний, сопровождающихся врожденными и приобретенными дефектами и деформациями.

Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики повреждений, заболеваний и (или) состояний, сопровождающихся врожденными и приобретенными дефектами и деформациями у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Принципы оформления экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями.

#### **Умения:**

Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике повреждений и заболеваний и (или) состояний, сопровождающихся врожденными и приобретенными дефектами и деформациями.

Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ.

Разрабатывать и назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Контролировать соблюдение профилактических мероприятий.

Оформлять и направлять в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренное извещение при выявлении инфекционного или профессионального заболевания.

#### **Навыки:**

Пропаганда здорового образа жизни, профилактика повреждений, заболеваний и (или) состояний, сопровождающихся врожденными и приобретенными дефектами и деформациями  
Формирование программ здорового образа жизни.

Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Контроль соблюдения профилактических мероприятий.

Оформление и направление в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания.

#### ***Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала***

##### **Знания:**

Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "пластическая хирургия", в том числе в форме электронного документа.

Правила работы в информационных системах медицинской организации в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "пластическая хирургия".

Требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка.

Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

##### **Умения:**

Составлять план работы и отчет о своей работе.

Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, и контролировать качество ее ведения.

Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения.

Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом.

Проводить работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Использовать информационные системы в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет".

Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования пожарной безопасности, охраны труда.

Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну.

**Навыки:**

Составление плана работы и отчета о своей работе.

Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа.

Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом.

Проведение работы в соответствии с должностными обязанностями по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

***Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме***

**Знания:**

Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей).

Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания.

Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации.

Методы лабораторного и инструментального исследования для оценки тяжести состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов.

Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний, приводящих к развитию экстренных состояний.

Принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Принципы действия приборов наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции).

Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания.

**Умения:**

Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).

Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией).

**Навыки:**

Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме

Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важ-



ных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)), согласно действующим порядкам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи  
Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

***Использование информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности и соблюдение правил информационной безопасности***

Современные информационные технологии и программные средства, применяемые в профессиональной деятельности  
Правовые справочные системы  
Актуальные библиографические ресурсы, электронные библиотеки, используемые в профессиональной сфере  
Профессиональные базы данных  
Базовые правила и требований информационной безопасности.

***Применение основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценка качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей***

Основы трудового законодательства, законодательства в сфере здравоохранения, нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в Российской Федерации  
Показатели, характеризующие деятельность медицинской организации  
Показатели здоровья населения  
Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи  
Порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации  
Основы менеджмента  
Основы бизнес-планирования  
Принципы организации медицинской помощи  
Стандарты менеджмента качества  
Принципы управления качеством оказания медицинской помощи  
Принципы оценки качества оказания медицинской помощи  
Вопросы экспертизы качества оказания медицинской помощи, нормативную документацию по вопросам экспертизы качества медицинской помощи населению  
Основные медико-статистические показатели, характеризующие качество оказания медицинской помощи  
Порядок создания и деятельности врачебной комиссии.

***Осуществление педагогической деятельности***

Основные педагогические категории  
Общепедагогические основы профессионального обучения в организациях медицинского профиля  
Компетентностно-ориентированные образовательные технологии  
Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность в сфере образования в Российской Федерации  
Содержание основных нормативных документов, необходимых для проектирования образовательной программы и требования к ней.

### **Перечень вопросов, выносимых на 3-й этап государственного экзамена:**

1. Основы законодательства здравоохранения и нормативно-правовые документы, определяющие деятельность медицинских организаций.
2. Принципы организации Российского здравоохранения.
3. Организация специализированной помощи по пластической хирургии.
4. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия»
5. Понятия, цель, задачи пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. История пластической хирургии.
6. Современная пластическая хирургия.
7. Роль микрохирургии в развитии пластической хирургии.
8. Предмет и особенности эстетической хирургии. Роль и место пластической хирургии в структуре оказания специализированной косметологической помощи.
9. Психологические, юридические особенности работы с пациентами. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача - пластического хирурга.
10. Правовые вопросы в Российском здравоохранении. Классификация профессиональных правонарушений медицинских работников, ответственность за их совершение.
11. Методы обследования в пластической хирургии: клинические, ультразвуковые, рентгенологические, лабораторные.
12. Методы анестезии при пластических операциях. Местная анестезия. Регионарная анестезия. Блокада нервных стволов, узлов и сплетений. Перидуральная анестезия. Наркоз
13. Классификация лоскутов и их использование в пластической хирургии.
14. Деление лоскутов по составу тканей. Простые лоскуты. Сложные лоскуты. Деление лоскутов по типу кровоснабжения, по связи с донорским ложем, по функции. Деление несвободных лоскутов по форме их ножки, по их связи с донорским ложем и отношению к дефекту.
15. Общая техника пластических операций. Виды пластики лоскутом на ножке.
16. Основные варианты пересадки лоскутов с осевым типом питания. Свободная пересадка монолоскутов. Пересадка островковых монолоскутов. Пересадка поликомплексов тканей.
17. Операционные микроскопы. Микрохирургические инструменты. Микрохирургический шовный материал. Основы микрохирургической техники.
18. Свободная пересадка опорных тканей. Пересадка кости и хряща.
19. Теоретические аспекты трансплантации и имплантации. Аутогенный трансплантат. Имплантация. Реакция организма на имплантат. Требования, предъявленные к имплантатам. Общие принципы техники имплантации. Типы отторжения имплантатов.
20. Пересадка кровоснабжаемых ауто трансплантатов. Особенности пересадки кровоснабжаемых ауто трансплантатов. Планирование операций, техника операций. Свободная пересадка кожи.
21. Клиническое течение и морфология заживления ран. Виды ран и типы их заживления. Стадии заживления ран. Морфофизиологические стадий заживления. Раневая инфекция. Благоприятные и неблагоприятные условия для закрытия ран.
22. Основные принципы хирургического закрытия ран. Способы наложения швов на кожу.
23. Посттравматические дефекты и рубцовые деформации покровных тканей. Операции при поверхностных дефектах покровных тканей. Операции при глубоких дефектах покровных тканей.
24. Формирование рубцовой ткани. Классификация рубцов. Морфофункциональная характеристика гипертрофических, нормотрофических, атрофических, келоидных рубцов. Рубцовые тяжи, рубцовый массив. Виды кожных рубцов. Особенности рубцов после различных операций и повреждений.
25. Хирургическое и нехирургическое лечение рубцов. Операции при поверхностных рубцах. Операции при обширных глубоких рубцах. Операции при кожных рубцах, ограничивающих движения в суставах.

26. Планирование пластических операций. Расчет необходимого количества пластического материала. Состояние близлежащих кожных покровов. Пластика местными тканями. Определение запаса и подвижности тканей. Закрытие дефекта различной формы.
27. Материалы для пластической хирургии. Шовный материал. Требования к шовному материалу в пластической хирургии. Виды основных материалов, применяемых в ПХ. Силиконовые имплантаты. Экспандеры.
28. Посттравматические повреждения сухожилий. Операции при рубцовом сращении сухожилий. Операции при сухожильных контрактурах. Операции при дефектах сухожилий.
29. Посттравматическое повреждение нервов. Вторичный шов нервов. Пластика нервов. Невролиз. Операции при нейрогенных контрактурах. Повреждения лицевого нерва и их лечение.
30. Термические ожоги, классификация, клиника. Ожоговая болезнь. Ожоговый шок. Электроожоги. Химические ожоги. Лучевые ожоги. Особенности клиники и лечения. Хирургическое лечение ожогов.
31. Отморожения. Общие принципы лечения пострадавших с холодовой травмой.
32. Свободная пересадка кожи. Пересадка расщепленного лоскута. Пересадка полнослойного лоскута. Первичная свободная кожная пластика. Вторичная свободная кожная пластика.
33. Лазерная и радиоволновая технологии в коррекции кожных изменений. Фракционный фототермолиз.
34. Дермабразия (пилинг). Виды дефектов подлежащих коррекции методом дермабразии. Виды дермабразии. Осложнения. Реабилитация.
35. Плазмолитерапия аутоплазмой кожи, мягких тканей, раневых дефектов, рубцов и рубцовых деформаций.
36. Классификация доброкачественных новообразований кожи, их клиническая характеристика. Техника удаления новообразований кожи, ведение после операционного периода и вопросы онкологической настороженности при лечении больных с новообразованиями кожи.
37. Методы операций по поводу ринофимы
38. Инъекционная контурная пластика безоболочечными наполнителями. Применение препаратов ботулинического токсина типа А для коррекции гиперактивности мимической мускулатуры.
39. Нитевой лифтинг. Виды дефектов подлежащих коррекции методом нитевого лифтинга. Виды нитевых технологий и материалов. Особенности проведения. Осложнения. Реабилитация.
40. Анатомо-топографические основы для проведения хирургической коррекции молочной железы. Виды косметических дефектов молочных желез. Эстетика груди.
41. Классификация опущения молочных желез. Техника операций устранения птоза молочных желез.
42. Эстетическая и клиническая характеристика гипертрофии молочных желез. Коррекция гипертрофии молочных желез. Виды перемещения сосково-ареолярного комплекса на различных сосудистых ножках. Техника различных видов резекции железистой ткани.
43. Коррекция тубулярной деформации молочной железы.
44. Хирургические способы увеличения молочных желез алло - и аутоматериалами.
45. Эндопротезирование молочных желез. Особенности применения силиконовых эндопротезов. Хирургические доступы при эндопротезировании молочных желез и их характеристики.
46. Хирургическая техника формирования кармана для эндопротеза в различных слоях тканей.
47. Видеоассистированная трансаксиллярная техника эндопротезирования молочных желез.
48. Коррекция асимметрии молочных желез. Одномоментная мастопексия и аугментационная маммопластика.
49. Осложнения после эндопротезирования молочных желез и способы их лечения.
50. Реэндопротезирование молочных желез.

51. Доброкачественные опухоли молочных желез. Основные принципы лечения фиброзно-кистозной болезни.
52. Рак молочной железы. Клиническая классификация (TNM). Общие принципы лечения рака молочной железы.
53. Хирургическое лечение рака молочной железы. Понятия о радикальных, паллиативных и сохранных операциях.
54. Комплексный подход к оценке дефектов мягких тканей груди после мастэктомии и способы их устранения. Одномоментные и отсроченные реконструктивные операции при раке молочной железы.
55. Микрохирургические методики реконструкции молочной железы.
56. Анатомическая характеристика деформаций передней брюшной стенки. Отбор пациентов и планирование абдоминопластики. Общие принципы и техника операции. Осложнения после абдоминопластики и их лечение.
57. Виды абдоминопластики: классическая, напряженно-боковая, вертикальная абдоминопластика. Показания к различным способам абдоминопластики и особенности техники проведения операций. Липоабдоминопластика: показания, особенности техники операции.
58. Липосакция. Специальная аппаратура и её возможности. Показания для вакуумаспирации подкожного жира и правила отбора пациентов для операций. Техника проведения липосакции. Аутотрансплантация жировой ткани – липофиллинг.
59. Пластические и реконструктивные операции на кисти. Классификация повреждений кисти и виды хирургических операций.
60. Пластика дефектов тканей кисти при устранении рубцовых деформаций и контрактур. Реплантационная хирургия кисти.
61. Пластические и реконструктивные операции на предплечье и плече.
62. Пластические и реконструктивные операции на бедре и голени.
63. Пластические и реконструктивные операции на стопе.
64. Контурная пластика плеч – липосакция плеч и брахиопластика.
65. Контурная пластика бедер. Липосакция, эндопротезирование, липофиллинг и подтяжка бедер.
66. Контурная пластика голеней. Липосакция, эндопротезирование, липофиллинг голеней.
67. Контурная пластика – подтяжка, эндопротезирование, липофиллинг ягодиц.
68. Особенности пластики после массивной потери веса.
69. Пластическая хирургия врождённых дефектов урогенитальной области у мужчин.
70. Пластическая хирургия врождённых дефектов урогенитальной области у женщин
71. Анатомия и эстетические критерии формы носа. Классификация врожденных и приобретенных дефектов носа. Планирование ринопластики. Хирургические доступы в ринопластике.
72. Увеличение проекции кончика носа. Показания и техника операции. Уменьшение проекции кончика носа. Показания и техника операции.
73. Ротация кончика носа вверх и вниз. Показания и техника операции. Изменение объема и формы кончика носа. Показания и техника операции.
74. Хирургическая коррекция высокой костной пирамиды носа. Хирургическая коррекция низкой костной пирамиды носа. Хирургическая коррекция искривленного носа.
75. Осложнения ринопластики и их коррекция. Функциональные нарушения после ринопластики и их устранение.
76. Врожденные расщелины лица. Хейлопластика и хейлоринопластика при расщелинах лица.
77. Аугментационная пластика лица. Лицевые импланты. Липофиллинг лица. Особенности техники проведения
78. Хирургическая анатомия губ. Эстетическая хирургическая коррекция формы губ.
79. Хирургическая анатомия ушных раковин. Классификация аномалий и пороков развития. Реконструктивные операции на ушных раковинах.

80. Эстетические характеристики ушных раковин. Техника операций по исправлению лопухости. Особенности и техника хирургической коррекции редких деформаций ушных раковин.
81. Хирургическая анатомия мягких тканей лица. ПМАС лица. Хирургическое омоложение верхней трети лица. Хирургические способы коррекции положения бровей. Хирургическое омоложение средней трети лица.
82. Волюмизирующая коррекция средней зоны лица. Лицевые имплантаты. Хирургическое омоложение нижней трети лица и шеи. Основные методы проведения оперативных вмешательств.
83. SMAS-лифтинг. Методики, техника проведения. Латеральная платизмопластика. Показания, техника проведения. Медиальная платизмопластика. Методики, техника проведения.
84. Пластика подбородка. Показания, способы и техника операций.
85. Хирургическая анатомия век. Врожденные и этнические особенности анатомии век. Возрастные изменения век. Принципы их коррекции.
86. Хирургическая коррекция возрастных изменений верхних век. Резекционные и волюмизирующие операции. Техника проведения операций в области верхних век (верхняя блефаропластика). Осложнения пластики верхних век и их коррекция.
87. Хирургическая коррекция нижних век. Техника проведения операций в области нижних век. Возможные осложнения после проведения нижней блефаропластики, их предупреждение и лечение. Трансконъюнктивальная нижняя блефаропластика.

## 2. ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Результат	Описание
<b>Сформирована</b>	Демонстрирует полное понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, или их большая часть выполнены.
<b>Не сформирована</b>	Демонстрирует незначительное понимание или непонимание проблемы. Многие или все требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

### 3. ЗАДАНИЯ I ЭТАПА «АТТЕСТАЦИОННОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ»

Оценка результатов освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия  
(сформированность компетенций выпускника)

#### I этап. Аттестационное тестирование

Индекс учебного плана	Наименование дисциплины	Коды проверяемых компетенций
Б1.О.01	Пластическая хирургия	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7, ОПК-8, ПК-1; ПК-2
Б1.О.02	Общественное здоровье и здравоохранение	УК-1; УК-3; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-9
Б1.О.03	Научно-исследовательская деятельность	УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-9
Б1.О.04	Гигиена и эпидемиология	ОПК-8
Б1.О.05	Педагогика	УК-1; УК-4; ОПК-3
Б1.О.06	Неотложная и экстренная помощь	УК-1; ОПК-10

#### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЯТРОГЕННОЙ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Реконструкция хрящевого отдела носа
- б) Остеотомия и репозиция костей носа
- в) Сочетание подслизистой резекции перегородки носа и реконструкции костного отдела носа

Ответ: в

2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЛАСТИКИ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НОСА ПО ХИТРОВУ БЕЗ УЧЕТА КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ:

- а) 3 недели
- б) 3 месяца
- в) 6 месяцев

Ответ: в

3. ИСТОЧНИКАМИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ТКАНЕЙ НАРУЖНОГО НОСА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) верхняя щитовидная артерия
- б) подключичная артерия
- в) внутренняя сонная артерия
- г) наружная сонная артерия
- д) нижняя щитовидная артерия

Ответ: в, г

4. УКАЖИТЕ ВИДЫ ОСТЕОТОМИИ

- а) остеотомия снизу вверх
- б) остеотомия снизу вниз
- в) комбинированная
- г) двухуровневая остеотомия
- д) все вышеперечисленные

Ответ: д

5. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РИНОПЛАСТИКА – ЭТО

- а) формирование или воссоздание наружного носа с целью восстановления его функции и устранения эстетического дефекта
- б) формирование носа с целью обеспечения сбалансированности его пропорций с чертами лица при нормальных, неизмененных тканях

Ответ: б

6. УКАЖИТЕ СПОСОБ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- а) профилактическое применение антибиотиков резерва
- б) профилактическое назначение витамина Е
- в) сокращение сроков предоперационного периода
- г) инфильтрация краев послеоперационной раны раствором антибиотиков – цефалоспоринов
- д) иммунопрофилактика

Ответ: а

7. 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

Ответ: д

8. ПЛАТИРИНИЯ- ЭТО

- а) боковое смещение носовой пирамиды
- б) широкий нос
- в) горбатый нос
- г) приплюснутость носа

Ответ: г

9. СТЕПЕНЬ РОТАЦИИ КОНЧИКА НОСА ЗАВИСИТ ОТ

- а) угла между длинной осью этого кончика и горизонталью Франкфурта
- б) краниальных порций нижних латеральных хрящей
- в) конфигурации хрящевой перегородки

Ответ: а

10. ОТКРЫТАЯ РИНОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- а) вид хирургического вмешательства с выполнением чресхрящевого разреза
- б) вид хирургического вмешательства с двусторонними краевыми (подхрящевыми) разрезами, соединенными с чресколумеллярным разрезом, для полного обнажения хрящевых и костных структур наружного носа

Ответ: б

11. ХИРУРГИЯ КОНЧИКА НОСА ВКЛЮЧАЕТ

- а) увеличение проекции (выстояние) кончика носа
- б) уменьшение проекции (депроекция) кончика носа
- в) изменение ротации кончика носа
- г) изменение объема и формы кончика носа



д) все вышеперечисленные

Ответ: д

12. КАКИЕ ЭТАПЫ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ КОРРЕКЦИЯ ВЫСОКОЙ СПИНКИ НОСА

- а) резекция хрящевой части спинки носа
- б) "открытая крыша" и её коррекция
- в) остеотомия
- г) необходимо начать с остеотомии
- д) последовательность этапов не имеет значение

Ответ: а, б, в

13. О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- а) симптом Малевича
- б) положительная реакция Вассермана
- в) положительный тест двойного пятна
- г) снижение количества альбуминов в крови
- д) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

Ответ: в

14. ПЛАНИРОВАНИЕ РИНОПЛАСТИКИ ОСНОВЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ МОМЕНТАМИ

- а) определение целей пациента
- б) оценка его внешности с эстетических и анатомических позиций
- в) фотоанализ и оценка альтернатив
- г) составление плана оперативного вмешательства
- д) все вышеперечисленные

Ответ: д

15. УКАЖИТЕ ЗАКРЫТЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ РИНОПЛАСТИКЕ

- а) подкрыльный краевой доступ
- б) чрезхрящевой доступ
- в) межхрящевой доступ
- г) открытый чрезколонный доступ
- д) чрезперегородочный доступ

Ответ: а, б, в, д

16. КАКАЯ ИЗ НОСОВЫХ РАКОВИН ПЕРВИЧНО ОТВЕТСТВЕННА ЗА ОБСТРУКЦИЮ НОСОВЫХ ХОДОВ?

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

Ответ: д

17. 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.

Ответ: г

#### 18. 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.

Ответ: д

#### 19. 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

Ответ: г

#### 20. 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.

Ответ: д

#### 21. Горб спинки носа в основном состоит из хрящевой части

- а) да;
- б) нет.

Ответ: б

#### 22. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУЖЕНИЯ НОСОВОГО ХОДА ПЛАСТМАССОВЫЙ ВКЛАДЫШ СОХРАНЯЮТ В НИЖНЕМ НОСОВОМ ХОДЕ В ТЕЧЕНИЕ:

- а) 2-х недель
- б) 1 месяца
- в) 3-х месяцев
- г) 1 года
- д) 6 месяцев

Ответ: в

#### 23. ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ:

- а) с шеи
- б) с лобной области
- в) со щечной области
- г) с губо-щечной складки
- д) с височной области

Ответ: б

24. ПОВТОРНЫЕ ЛАТЕРАЛЬНЫЕ ОСТЕОТОМИИ КОСТЕЙ ПИРАМИДКИ НОСА СВЯЗАНЫ С МЕНЬШИМ РИСКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ГЕМАТОМ

- а) да;
- б) нет.

Ответ: б

25. 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.

Ответ: а

26. 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.

Ответ: в

27. 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.

Ответ: в

28. 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.

Ответ: д

29. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НОСОВЫХ ТАМПОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) 1—2 суток;
- б) 3—5 суток;
- в) 5—7 суток;

Ответ: б

30. ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ (ВПР)- ЭТО

- а) стойкое морфологическое изменение органа, части органа или участка тела, выходящее

за пределы нормальных вариаций строения и нарушающее их функцию

б) явление обусловлено десинхронизацией процессов овуляции и оплодотворения

в) результат поражения половых клеток, приводящего к нарушению наследственных структур

Ответ: а

31. ЭНДОГЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ВПР:

а) мутации

б) эндокринные заболевания

в) метаболические дефекты

г) возраст родителей

д) верно все

Ответ: д

32. ПОЛНОЕ ВРОЖДЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ ОРГАНА

а) гипоплазия

б) агенезия

в) атрезия

г) гетеротопия

Ответ: б

33. У НОВОРОЖДЕННОГО ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ:

а) до 1 года

б) после полового созревания

в) до 6 месяцев

г) до 1 месяца

Ответ: в

34. МЕТОДЫ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ:

а) линейный метод

б) перемещение треугольных лоскутов

в) перемещение четырехугольных лоскутов

г) метод свода

д) верно все

е) верно все кроме г

Ответ: е

35. МЕТОД ЛИМБЕРГА- ЭТО

а) Операция предусматривает одновременное восстановление губы и устранение сопутствующей деформации носа.

б) Операция перемещения треугольного лоскута красной каймы с наружной стороны на внутреннюю

в) Операция удлинения губы достигается перемещением четырехугольного лоскута, выкраиваемого на малом фрагменте губы.

Ответ: а

36. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СВИЩЕ СПИНКИ НОСА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

а) УЗИ

б) фистулография

в) рентгенография

г) КТ

Ответ: б

37. Врождённую атрезию хоан считают следствием сохранения

- а) дуги твёрдого нёба
- б) большого решётчатого пузырька
- в) носонёбной мембраны
- г) крючковидного отростка

Ответ: в

38. УКАЖИТЕ 3 ОСНОВНЫХ ДОСТУПА ПРИ ХОАНОТОМИИ

- 1) Трансназальный
- 2) Транссептальный
- 3) Трансмаксиллярный
- 4) Транспалатинный
- 5) Трансмандибулярный

а) 1,3,4

б) 1,2,3

в) 1,3,5

г) 2,4,5

Ответ: а

39. УШНЫЕ РАКОВИНЫ В ВИДЕ МАЛЕНЬКОГО РУДИМЕНТА, СМЕЩЁННОГО К ПЕРЕДИ И ВНИЗ. КАКАЯ ЭТО СТЕПЕНЬ ДЕФОРМАЦИИ УША.

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

Ответ: в

40. В НОРМЕ УГОЛ МЕЖДУ ВЕРХНИМ ПОЛЮСОМ УШНОЙ РАКОВИНЫ И БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЧЕРЕПА СОСТАВЛЯЕТ

а) 45\*

б) 18\*

в) 53\*

г) 30\*

Ответ: г

41. К ТИПИЧНЫМ РАСЩЕЛИНАМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ

- а) расщелины верхней губы
- б) расщелины нёба
- в) черепно-лицевые расщелины
- г) боковые лицевые расщелины
- д) орбито-верхнечелюстные расщелины

Ответ: а, б

42. ЛОБНАЯ ПЛАГИОЦЕФАЛИЯ- ЭТО:

- а) Синостоз метопического шва
- б) синостоз гемикоронарный
- в) синостоз сагиттального шва
- г) синостоз коронарного шва
- д) пансиностоз

Ответ: б

43. БРАХИЦЕФАЛИЯ –ЭТО:

- а) Синостоз метопического шва
- б) синостоз гемикоронарный
- в) синостоз сагиттального шва
- г) синостоз коронарного шва
- д) пансиностоз

Ответ: г

#### 44. ПРИ ОРБИТАЛЬНОМ ГИПЕРТЕЛОРИЗМЕ ПРОВОДИТСЯ

- а) бифронтальная краниотомия
- б) остеотомия верхней челюсти по Le-Fore III с последующим выдвиганием верхней и средней зон лица в виде единого блока с помощью дистракторов
- в) бифронтальная краниотомия, отделение твердой мозговой оболочки от костей передней черепной ямки и остеотомию верхних стенок глазниц единым блоком
- г) круговая остеотомия глазниц с последующим их сближением и реконструкцией носа

Ответ: г

#### 45. СИНДРОМ КРУЗОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- а) гипертелоризмом, экзофтальмом, гипоплазией средней части лица с незначительным нижнечелюстным прагматизмом и преждевременным синостозированием черепа.
- б) развивается формирование целого ряда деформаций лицевой части черепа: нарушение пропорций ее костной части, атрезия (недоразвитие) ушных раковин и наружного слухового прохода, полное или частичное нарушение формирования правильных черт лица.
- в) лоб выпуклый и высокий; глаза глубоко посажены и широко расставлены; лицо вогнутое или плоское, нижняя челюсть выступает, корень носа расширен.

Ответ: а

#### 46. ПРИ ЭТОМ ВИДЕ ДЕФОРМАЦИИ ПРОИСХОДИТ ИЗБЫТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ ВСЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЛИ ТОЛЬКО ЕЕ ПЕРЕДНЕГО УЧАСТКА

- а) Микрогнатия
- б) Прогнатия
- в) Прогения

Ответ: б

#### 47. К ТИПИЧНЫМ РАСЩЕЛИНАМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ:

- а) расщелины верхней губы
- б) расщелины нёба
- в) черепно-лицевые расщелины
- г) боковые лицевые расщелины
- д) орбито-верхнечелюстные расщелины

Ответ: а, б

#### 48. СИНДРОМ ФРЕРА-МАЙЯ-

- а) расщелина нёба, «растворение» концевых фаланг с утолщением пальцев, низкий рост, кифоз, вальгусная деформация голени, микрогнатия, долихоцефалия, преждевременное выпадение зубов
- б) расщелина губы и нёба, полидактилия, поликистоз почек, энцефалоцеле, пороки сердца и другие аномалии
- в) расщелина губы и нёба, макроцефалия, гипертелоризм, плоский нос, перекрученный завиток, мезомелия, клинодактилия, аномалии позвоночника и гениталий

Ответ: в

#### 49. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОРОФАЦИАЛЬНЫХ РАСЩЕЛИН ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) фетоамниография
- б) МРТ
- в) фетоскопия
- г) КТ
- д) ультразвуковое исследование

Ответ: а, в, д

#### 50. КРИПТОФТАЛЬМ

- а) редкий порок развития, при котором отсутствуют веки, глазная щель, конъюнктура и роговица
- б) поперечный щелевидный дефект чаще верхнего века
- в) уменьшение вертикального размера век, что приводит к их неполному смыканию

Ответ: а

#### 51. ВРОЖДЕННЫЙ ЭКТРОПИОН

- а) частичное сращение краев век, чаще на височной стороне, сочетается с микрофтальмией, микроцефалией и другими пороками
- б) выворот века, при котором ресничный край века конъюнктивой вывернут к коже лица, глазная щель не смыкается
- в) порок век, при котором свободный край века завернут к главному яблоку, что приводит к повреждению роговицы ресницами.
- г) редкий порок развития, при котором отсутствуют веки, глазная щель, конъюнктура и роговица

Ответ: в

#### 52. КОЭФФИЦИЕНТ АСИММЕТРИИ (К)

- а) соотношение величины смещения центра длины линии рта к длине линии рта в состоянии напряжения при оскале зубов
- б) соотношение величины смещения центра длины линии рта к длине линии рта в состоянии напряжения при опущении углов рта
- в) соотношение величины смещения центра длины линии рта к длине линии проведенной от козелка уха до угла рта

Ответ: а

#### 53. ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЛИЧЕЙ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ, МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ НА 3 ГРУППЫ. ВЫБЕРИТЕ НЕВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

- а) операции, статически или кинетически корригирующие асимметрию лица
- б) операции, коррегирующие параличи нижней челюсти
- в) операции, в той или иной мере восстанавливающие сократительную функцию парализованной стороны лица
- г) операции на деформированной нижней челюсти (устранение односторонней прогении).

Ответ: б

#### 54. К ПЕРВОЙ ГРУППЕ (КОРРИГИРУЮЩИХ) ОПЕРАЦИЙ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ

- а) Пересадка подъязычного нерва в мимические мышцы
- б) Операции на лицевом нерве: декомпрессия, невролиз (освобождение нерва от рубцов), свободная его пересадка
- в) линейная остеотомия у основания удлинённого суставного отростка на здоровой стороне
- г) Местно-пластические операции в виде иссечения избытка растянутой и дряблой кожи

лица, сужения расширенной глазной щели, склероблефароррафии по методу Ягизарова, перемещения опущенного угла рта кверху и т. д

Ответ: г

55. ПОЛНАЯ РАСЩЕЛИНА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ СИМПТОМАМИ КРОМЕ:

- а) расщепление альвеолярного отростка до резцового отверстия;
- б) дефект тканей от дна носового хода до красной каймы;
- в) выраженная деформация костно-хрящевого остова носа;
- г) «мостик» тканей в верхней трети губы.

Ответ: г

56. ДЛЯ СКРЫТОЙ РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ ХАРАКТЕРНО:

- а) частичный дефект альвеолярного отростка;
- б) «мостик» тканей в верхней трети губы.
- в) выраженная деформация хрящевого остова носа;
- г) втяжение по нижнему краю красной каймы.

Ответ: г

57. ОТТОПЫРЕННОСТЬ УШНЫХ РАКОВИН ОБУСЛОВЛЕНА СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ:

- а) увеличением высоты ушной раковины;
- б) недоразвитием противозавитка и его ножек;
- в) сочетание увеличения высоты чаши и недоразвития противозавитка;
- г) все перечисленное верно.

Ответ: г

58. К МЕТОДАМ КОРРЕКЦИИ УШНЫХ РАКОВИН ОТНОСЯТСЯ ВСЕ КРОМЕ:

- а) уменьшение проекции завитка;
- б) уменьшение высоты чаши ушной раковины;
- в) формирование складки противозавитка;
- г) создание правильной формы противозавитка при помощи насечек на его наружной поверхности.

Ответ: а

59. РАЗРЕЗЫ ПРИ ПЛАСТИКЕ УШНЫХ РАКОВИН ПРОИЗВОДЯТ В СЛЕДУЮЩИХ МЕСТАХ КРОМЕ:

- а) по задней поверхности ушной раковины;
- б) по переходной складке;
- в) по передней поверхности ушной раковины в складке завитка.

Ответ: б

60. ПРИ КОРРЕКЦИИ УШНЫХ РАКОВИН ПО МЕТОДИКЕ FURNAS:

- а) производят формирование противозавитка;
- б) производят иссечение чаши;
- в) хрящ чаши фиксируют к глубокой фасции позади ушной раковины;
- г) фиксируют хрящ чаши к надкостнице сосцевидного отростка.

Ответ: г

61. НА КАКИЕ СУТКИ ПРОВОДЯТ ВТОРУЮ ПЕРЕВЯЗКУ ПОСЛЕ ОТОПЛАСТИКИ

- а) 2-ые сутки
- б) 3-и сутки
- в) 5-ые сутки



г) 8-ые сутки

Ответ: г

62. ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ КОЛУМЕЛЛА НА СТОРОНЕ РАСЩЕЛИНЫ:

а) симметрична здоровой стороне;

б) укорочена.

Ответ: б

63. ОПЕРАЦИЯ ПЕРВИЧНАЯ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

а) восстановление анатомической формы губы;

б) восстановление анатомической формы губы и устранение деформации носа;

в) восстановление анатомической формы губы, устранение деформации носа, костную пластику

альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба.

Ответ: в

64. СПОСОБ ВТОРИЧНОЙ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКИ 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.

Ответ: в

65. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВЫПОЛНЯТЬ КОРРЕКЦИЮ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГУБЫ И ОСТАТОЧНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА:

а) одновременно;

б) в два этапа.

Ответ: а

66. 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 возрасту

Ответ: б

67. КАКИЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ НИЖЕ ПОЛОЖЕНИЙ, КАСАЮЩИХСЯ ЭМБРИОЛОГИИ УХА, ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ ПРАВИЛЬНЫМИ?

а) внутреннее ухо и среднее ухо развиваются из ушной плакodes, 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.

Ответ: а

68. 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.
- Ответ: б,в,г,д.

69. 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.

Ответ: а

70. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ УСТРАНЕНИЕ УВЯДАЮЩЕЙ КОЖИ ВСЕХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА

- а) повреждение Вартонова протока
- б) повреждение ментального нерва
- в) повреждение лицевого нерва
- г) повреждение надкостницы
- д) диплопия

Ответ: в

71. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ ДЛЯ МУЖЧИН СЧИТАЕТСЯ НОСО-ГУБНЫЙ УГОЛ:

А – 100 – 105°;

Б – 85 – 90°;

В – 90-95°;

Ответ: в

72. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ ДЛЯ ЖЕНЩИН СЧИТАЕТСЯ НОСО-ГУБНЫЙ УГОЛ:

А – 100 – 105°;

Б – 85 – 90°;

В – 90-95°;

Ответ: а

73. ПРИ ОПЕРАТИВНОМ УСТРАНЕНИИ УВЯДАЮЩЕЙ КОЖИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СЛЕДУЕТ БЕРЕЧЬ:

- а) глазничный нерв
- б) ушно-височной нерв
- в) лицевую артерию
- г) верхнеглазничный нерв
- д) возвратный нерв

Ответ: в

74. ВЫБЕРИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ:

- а) наличие возрастных изменений в области нижней трети лица и шеи;
- б) контрактура Дюпюитрена;
- в) эпикантусы;
- г) грубая посттравматическая деформация наружного носа;
- д) жировые грыжи в области нижних век.

Ответ: а, в, д.

75. ВЫБЕРИТЕ АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ:

- а) гепатит В или С, активности нет
- б) острое инфекционное заболевание
- в) миопия средней степени тяжести
- г) анемия средней степени тяжести
- д) обострение хронических заболеваний.

Ответ: б, г, д

76. С КАКИМИ ФАКТОРАМИ СВЯЗАНО СТАРЕНИЕ ОБЛАСТИ ЛИЦА?

- а) гравитационный сдвиг мягких тканей лица и шеи;
- б) потеря объёма мягких тканей,
- в) дистрофические изменения в коже – морщины, потеря эластичности, пигментации, куперозы и т. д.;
- г) скелетные изменения - атрофические процессы в верхней и нижней челюсти – снижение высоты прикуса, потеря зубов
- д) все перечисленное верно

Ответ: д

77. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (ОБЪЁМНЫХ И ГРАВИТАЦИОННЫХ) И СОСТАВЛЕНИИ ПЛАНА ОПЕРАЦИИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ КОМПЛЕКСНУЮ ДИАГНОСТИКУ СЛЕДУЮЩИХ КЛЮЧЕВЫХ ЗОН:

- а). периорбитальная зона, включающая брови, глабеллу, верхние и нижние веки, углы глаз, слёзные и векощёчные борозды, малярные возвышения
- б). носо-губо-подбородочные складки
- в). периоральная зона – верхняя и нижняя губы, углы рта;
- г). нижнечелюстная линия;
- д). шейно-подбородочный угол, передняя и боковые поверхности шеи.
- ж) волосистая часть головы

Ответ: а, б, в, г, д

78. ДЛЯ КАКОЙ ОБЛАСТИ НЕ ХАРАКТЕРНА ПОТЕРЯ ОБЪЕМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ?

- а) периорбитальная область,
- б) веки,
- в) малярные возвышения,
- г) губы и околоротовая полость,
- д) височная область,
- ж) нижний отдел щеки,
- е) шея

Ответ: ж, е.

79. ДЛЯ КАКОЙ ОБЛАСТИ НЕ ХАРАКТЕРЕН ГРАВИТАЦИОННЫЙ ПТОЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ?

- а) нижний отдел щеки,
- б) шея,
- в) средний отдел щеки. НГПС,
- г) периорбитальная область,
- д) веки,
- е) губы, околоротовая область

Ответ: е.

80. КАКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ПРИМЕНИМЫ ПРИ ОМОЛОЖЕНИИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА. (ФРОНТО-ТЕМПОРАЛЬНЫЙ ЛИФТИНГ)?

- а). Прямая подтяжка бровей (direct brow lift) путем иссечения кожи над ними.

- б) Разрез по линии роста волос (prehairline incision), он же прекапиллярный.
- в) Венечный разрез (posthairline incision) в волосистой части.
- г) Темпоральный разрез.
- д) верхний блефаропластический разрез

Ответ: а, б, в, г, д

81. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ ВЫПОЛНЕНИЯ ФРОНТО-ТЕМПОРАЛЬНОГО ЛИФТИНГА?

- а) открытый метод
- б) закрытый
- в) лазерный
- г) комбинированный метод

Ответ: в

82. ЧТО ОТНОСЯТ К НЕПРЯМЫМ ДОСТУПАМ ПРИ ЛИФТИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СРЕДНЕМЕДИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЛИЦА?

- а) темпоральный ;
- б) преаурикулярный;
- в) частичный верхний блефаропластический (в области его латеральной трети).
- г) субцилиарный;

Ответ: а, б, в.

83. ЧТО ОТНОСЯТ К ПРЯМЫМ ДОСТУПАМ ПРИ ЛИФТИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СРЕДНЕМЕДИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЛИЦА?

- а) субцилиарный;
  - б) трансконъюнктивальный;
  - в) вестибулярный, применяемый в комбинации с другими доступами, например, с височными.
  - г) комбинированные доступы.
  - д) преаурикулярный;
- Ответ: а, б, в, г

84. ДОСТОИНСТВА ЛИФТИНГА С КОРОТКИМ РУБЦОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БОКОВЫХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА

- а) уменьшение площади выполняемой подкожной отслойки;
- б) сокращение времени операции;
- в) уменьшение риска возникновения послеоперационной гематомы;
- г) отсутствие риска послеоперационного искажения линии роста волос.
- д) не всегда показанная излишняя вертикализация векторов элевации

Ответ: а, б, в, г

85. НЕДОСТАТКИ ЛИФТИНГА С КОРОТКИМ РУБЦОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БОКОВЫХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА

- а) уменьшение площади выполняемой подкожной отслойки;
- б) образование «собачьих ушей»;
- в) не всегда показанная излишняя вертикализация векторов элевации;
- г) ограничение возможностей в омоложении шеи;
- д) в некоторых случаях, необходимость более длинных прекапиллярных разрезов в височных областях.

Ответ: б, в, г, д

86. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПОЗАДИКОЗЕЛКОВОГО РАЗРЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) хорошо выраженный, контурирующийся трагус;
- б) тонкая кожа в предушной и околоушно-жевательной областях;
- в) достаточно смуглая кожа;
- г) явное нежелание пациентки иметь традиционный рубец перед ушной раковиной.

Ответ: а, б, в, г.

87. К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ РАБОТЫ С ПОВЕРХНОСТНОЙ МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ СИСТЕМОЙ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ:

- а) Степень радикальности диссекции (полное разделение фасциальных сращений или только внутри одного «компартамента»).
- б) Направление и сила натяжения перемещаемых лоскутов (с вертикальным, верхнелатеральным или латеральным сдвигом).
- в) Способы фиксации.
- г) Выполнение более длинных прекапиллярных разрезов в височных областях.

Ответ: а, б, в.

88. ФИКСАЦИЮ МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО ЛОСКУТА, КАК «ВЫСОКОГО», ТАК И «НИЗКОГО» ВСЕГДА НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ?

- а) к глубокой височной фасции в верхнелатеральном отделе
- б) к надкостнице сосцевидного отростка
- в) к коже
- г) к расположенному подкожно-жировому слою височной области

Ответ: а, б.

89. АНКЕЛОБЛЕФАРОН - ЭТО

- а) укорочение глазной щели
- б) частичное или полное сращение верхнего века с нижним вдоль края
- в) может быть обусловлен недостаточностью мышцы или полным параличом и атрофией леватора века
- г) значительное укорочение век в вертикальном направлении и невозможность полного их смыкания

Ответ: б

90. ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВЫВОРОТА ВЕК, ЕСЛИ ВИДНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ КОНЬЮНКТИВЫ, НО НИЖНИЙ СВОД КОНЬЮНКТИВАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СКРЫТ

- а) 1
- б) 2
- в) 3
- г) 4

Ответ: в

91. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

- а) эктропион
- б) подкожная гематома
- в) слезоточивость
- г) ретробульбарная гематома
- д) сухой кератоконъюнктивит
- е) все ответы правильные

Ответ: е

92. КАНТОПЛАСТИКА –ЭТО

- а) вскрытие нагноившегося слезного мешка
  - б) рассечение наружной спайки век
  - в) пластическая операция удлинения, расширения или сужения глазной щели
  - г) рассечение внутренней спайки век
- Ответ: в

93. СКОЛЬКО АНАТОМИЧЕСКИ ОТГРАНИЧЕННЫХ ПРОСТРАНСТВ (КАРМАНОВ), СОДЕРЖАЩИХ ЖИРОВУЮ ТКАНЬ НАХОДИТСЯ В ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛАХ ГЛАЗНИЦЫ

- а) 1-2
  - б) 2-3
  - в) 4
  - г) 5
  - д) более 6
- Ответ: д

94. ПРИ ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ СЛЕДУЕТ УДАЛИТЬ

- а) один жировой мешок
  - б) два жировых мешка
  - в) три жировых мешка
  - г) четыре жировых мешка
  - д) слезную железу
- Ответ: б

95. КАКИЕ ВАРИАНТЫ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

- а) классическая квадролатеральная
  - б) билатеральная нижняя
  - в) билатеральная верхняя
  - г) "закрытая" блефаропластика
  - д) все вышеперечисленные
- Ответ: д

96. ПРИ НИЖНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ СЛЕДУЕТ УДАЛИТЬ

- а) один жировой мешок
  - б) два жировых мешка
  - в) три жировых мешка
  - г) четыре жировых мешка
  - д) слезную железу
- Ответ: в

97. КРИПТОФТАЛЬМ - ЭТО

- а) редкий порок развития, при котором отсутствуют веки, глазная щель, конъюнктура и роговица
  - б) поперечный щелевидный дефект чаще верхнего века
  - в) уменьшение вертикального размера век, что приводит к их неполному смыканию
- Ответ: а

98. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ СТАНДАРТНОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- а) избыток кожи, птоз век;
- б) наличие «жировых грыж» век;
- в) опущение латерального угла глаза;

г) «наполненность» верхнего века

Ответ: в

99. ПАЦИЕНТУ С НАЛИЧИЕМ «ЖИРОВЫХ ГРЫЖ» БЕЗ ИЗБЫТКА КОЖИ НИЖНИХ ВЕК НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА:

а) трансконъюнктивальная блефаропластика;

б) стандартная нижняя блефаропластика с использованием субцилиарного разреза;

в) блефаропластика с использованием техники щипка, без манипуляций с

ретросептальным жиром.

г) лазерная блефаропластика.

Ответ: а

100. МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛАГОФТАЛЬМА ПРИ НИЖНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) умеренное иссечение избытков кожи;

б) латеральная кантопексия;

в) обширная отслойка круговой мышцы глаза;

Ответ: в

101. СЛЁЗНАЯ ЖЕЛЕЗА РАСПОЛАГАЕТСЯ В УГЛУ ОРБИТЫ

а) верхне-наружном

б) нижне-наружном

в) нижне-внутреннем

г) верхне-внутреннем

Ответ: а

102. СОБСТВЕННО СОСУДИСТАЯ ОБОЛОЧКА СФОРМИРОВАНА ЗА СЧЁТ

а) задних коротких цилиарных артерий

б) центральной артерии сетчатки

в) передних цилиарных артерий

г) задних длинных цилиарных артерий

Ответ: а

103. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ

а) светопроводящая

б) защита внутренних образований глаза

в) участие в преломлении света

г) участие в восприятии света

Ответ: а

104. ДВИЖЕНИЕ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК ВНИЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЫШЦАМИ

а) нижней прямой и верхней косой

б) верхней прямой и нижней косой

в) наружной и внутренней прямыми

г) верхней прямой и верхней косой

Ответ: а

105. У ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СООТНОШЕНИЕ КАЛИБРА АРТЕРИЙ И ВЕН СЕТЧАТКИ СОСТАВЛЯЕТ

а) 2:3

б) 1:2

в) 1:1

г) 1:1,5

Ответ: а

106. САМОЙ ТОНКОЙ СТЕНКОЙ ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) внутренняя
- б) нижняя
- в) наружная
- г) верхняя

Ответ: а

107. ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) центральная ямка
- б) диск зрительного нерва
- в) зона зубчатой линии
- г) периферическая зона сетчатки

Ответ: а

108. КАНАЛ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СЛУЖИТ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ

- а) зрительного нерва, глазничной артерии
- б) зрительного нерва, верхней глазничной вены
- в) скулового нерва, глазничной артерии
- г) глазничной вены, глазничной артерии

Ответ: а

109. ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ САГИТТАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ГЛАЗА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В СРЕДНЕМ НА (В ММ)

- а) 3,0-3,5
- б) 1,5-2,0
- в) 2,0-2,5
- г) 4,0-4,5

Ответ: а

110. «МЫШЕЧНАЯ ВОРОНКА» БЕРЁТ СВОЁ НАЧАЛО ОТ

- а) зрительного отверстия
- б) нижней глазничной щели и круглого отверстия
- в) верхней глазничной щели
- г) нижней глазничной щели

Ответ: а

111. ПОЛИКОРИЮ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- а) множественность отверстий в радужке
- б) дефект радужной оболочки, при котором отсутствует часть радужки
- в) дефект определённого участка собственно сосудистой оболочки глаза
- г) полное отсутствие радужной оболочки глаза

Ответ: а

112. У НОВОРОЖДЁННЫХ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- а) 9
- б) 10
- в) 11
- г) 12

Ответ: а



113. ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ РАДИУСА КРИВИЗНЫ И ПРЕЛОМЛЯЮЩЕЙ СИЛЫ РОГОВИЦЫ ПРИМЕНЯЮТ

- а) офтальмометр
- б) рефрактометр
- в) офтальмоскоп
- г) кератопахометр

Ответ: а

114. СУЖЕНИЕ ЗРАЧКА НАЗЫВАЮТ

- а) миозом
- б) мидриазом
- в) анизокорией
- г) поликорией

Ответ: а

115. СЛЁЗНО-НОСОВОЙ КАНАЛ ОТКРЫВАЕТСЯ В

- а) нижний носовой ход
- б) слёзное озеро
- в) конъюнктивальный мешок
- г) верхний носовой ход

Ответ: а

116. ДЛЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ НОРМЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВЗРОСЛОЙ ЖЕНЩИНЫ ХАРАКТЕРНО РАССТОЯНИЕ ОТ СРЕДИННОЙ ЛИНИИ ДО СОСКА (В СМ)

- а) 9-10
- б) 7-8
- в) 11-12
- г) 12-13

Ответ: а

117. ПЕРЕСАДКА СОБСТВЕННЫХ ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЕТСЯ

- а) аутотрансплантация
- б) изотрансплантация
- в) аллотрансплантация
- г) ксенотрансплантация

Ответ: а

118. ПО ПЕРЕДНЕМУ КРАЮ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ ПРОХОДИТ

- а) лицевая артерия
- б) проток околоушной слюнной железы
- в) передняя щитовидная артерия
- г) лицевой нерв

Ответ: а

119. M. RISORIIUS

- а) оттягивает угол рта и поднимает верхнюю губу, придает ухмыляющееся выражение
- б) поднимает нижнюю челюсть
- в) выдвигает нижнюю челюсть вперед и открывает рот
- г) тянет уголки рта вниз

Ответ: а

120. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ ДЕЛЯТ НА

- а) квадранты

- б) полушария
- в) меридианы
- г) сектора

Ответ: а

121. ДЛЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ НОРМЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВЗРОСЛОЙ ЖЕНЩИНЫ ХАРАКТЕРЕН ДИАМЕТР АРЕОЛ (В СМ)

- а) 3-4
- б) 5-6
- в) 6-7
- г) 7-8

Ответ: а

122. ПРИ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЕ ОТСУТСТВУЕТ

- а) демаркационный вал
- б) мраморность кожи
- в) интоксикация
- г) отёк

Ответ: а

123. ПРИНЦИПИАЛЬНАЯ РАЗНИЦА МЕЖДУ КОЖНЫМ И ЖЕЛЕЗИСТЫМ ПТОЗОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СТЕПЕНЬЮ

- а) смещения сосково-ареолярного комплекса относительно субмаммарной складки
- б) растяжения кожного чехла и инволюции железистой ткани
- в) уплощения верхнего полюса железы
- г) смещаемости ткани молочной железы относительно грудной стенки

Ответ: а

124. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ НОРМА ДЛЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

- а) диапазон контуров, за пределами которого неэстетичность заметна непредвзятому наблюдателю
- б) очертания, диктуемые предпочтениями хирурга
- в) антропометрические показатели, имеющие цифровое выражение для каждой женщины
- г) контуры, которыми довольна пациентка

Ответ: а

125. ДИАМЕТР СОСКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- а) 6-8
- б) 4-5
- в) 9-10
- г) 11-12

Ответ: а

126. АНАТОМИЧЕСКИЙ ИМПЛАНТАТ/ЭНДОПРОТЕЗ ДЛЯ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКЕ НАПОЛНЕН

- а) плотным силиконовым гелем
- б) жидким силиконом
- в) физиологическим раствором
- г) стерильным масляным раствором

Ответ: а

127. НИЖНЯЯ СТЕНКА ПОЛОСТИ НОСА ПРЕДСТАВЛЕНА

- а) твердым и мягким нёбом

- б) стенкой решетчатого лабиринта
- в) телом верхней челюсти
- г) решетчатой пластинкой

Ответ: а

128. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИНКИНЕЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) содружественным движением несвойственных групп мышц
- б) выпадением как произвольных, так и непроизвольных движений
- в) сочетанием гемипареза с параличом мимических мышц
- г) содружественным движением мимических мышц с двух сторон

Ответ: а

129. АНАТОМИЧЕСКОЙ ЕДИНИЦЕЙ ТКАНЕЙ (КОЖА, ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА, ФАСЦИЯ, МЫШЦЫ И КОСТИ), КРОВΟΣНАБЖАЕМОЙ ОДНОЙ АРТЕРИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) ангиосома
- б) дерматома
- в) перфорант
- г) анастомоз

Ответ: а

130. ВЫСТУПАНИЕ СОСКА НАД УРОВНЕМ АРЕОЛЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ММ

- а) 3-7
- б) 1-2
- в) 8-10
- г) 11

Ответ: а

131. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ОБОЛОЧКИ ИМПЛАНТАТА ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ НА ФОНЕ ОТСУТСТВИЯ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТКЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЧАСТОТОЙ \_\_\_\_\_ ГОДА

- а) 2-3
- б) 0,5-1
- в) 4-5
- г) 5-6

Ответ: а

132. ПО ЛИТЕРАТУРНЫМ ДАННЫМ КАПСУЛЯРНАЯ КОНТРАКТУРА СТЕПЕНИ ВАКЕР III/IV ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ В СРЕДНЕМ В \_\_\_\_\_ % СЛУЧАЕВ

- а) 4-9
- б) 1-3
- в) 10-14
- г) 15-17

Ответ: а

133. ВЕРХНЯЯ СТЕНКА ПОЛОСТИ НОСА ПРЕДСТАВЛЕНА

- а) решетчатой пластинкой
- б) твердым и мягким небом
- в) стенкой решетчатого лабиринта
- г) телом верхней челюсти

Ответ: а

134. ТОЧКОЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ В СРЕДНЕЙ ЗОНЕ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) скуловая дуга
- б) височная кость
- в) верхняя челюсть
- г) скуловой отросток верхней челюсти

Ответ: а

135. КОНТРОЛЬНЫЙ ОСМОТР У ХИРУРГА, ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ НА ФОНЕ ОТСУТСТВИЯ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТКИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ, РЕКОМЕНДОВАН С ЧАСТОТОЙ ОДИН РАЗ В \_\_\_\_\_ ГОД/ГОДА

- а) 1
- б) 0,5
- в) 2
- г) 3

Ответ: а

136. ОТЛИЧИЕ ПЕРВИЧНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ОТ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИПОМАСТИИ/МИКРОМАСТИИ СОСТОИТ В

- а) отсутствии способности молочных желез к лактации в анамнезе
- б) преимущественном дефиците железистого компонента при инструментальном исследовании
- в) преимущественном дефиците стромального компонента при инструментальном исследовании
- г) наличии лабораторных и клинических признаков нарушения гормонального гомеостаза

Ответ: а

137. ФОРМА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ ЗАВИСИТ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОТ

- а) исходной формы молочных желез
- б) объема и формы имплантата
- в) анатомических особенностей грудной клетки
- г) методики и техники операции

Ответ: а

138. ПО ЛИТЕРАТУРНЫМ ДАННЫМ РАЗРЫВ ИМПЛАНТАТА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗНИКАЕТ В СРЕДНЕМ В \_\_\_\_\_ % СЛУЧАЕВ

- а) 6-17
- б) 1-5
- в) 18-20
- г) 25-30

Ответ: а

139. ДЛЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ НОРМЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВЗРОСЛОЙ ЖЕНЩИНЫ ХАРАКТЕРНО РАССТОЯНИЕ ОТ СРЕДНЕ-ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ ДО СОСКА (В СМ)

- а) 9-10
- б) 7-8
- в) 11-12
- г) 12-13

Ответ: а

140. ДЛЯ ЭСТЕТИЧЕСКИХ НОРМЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВЗРОСЛОЙ ЖЕНЩИНЫ ХАРАКТЕРНО МЕЖСОСКОВОЕ РАССТОЯНИЕ (В СМ)

- а) 20-21
- б) 17-19
- в) 23-25
- г) 26-27

Ответ: а

141. НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЛИМФОМЫ В ОТДАЛЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) серома протезного ложа в позднем послеоперационном периоде
- б) гематома в раннем послеоперационном периоде
- в) капсулярная контрактура в течении первого года после эндопротезирования
- г) дислокация и ротация имплантата в позднем послеоперационном периоде

Ответ: а

142. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С \_\_\_\_ ПО \_\_\_\_ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

- а) 5; 12
- б) 1; 4
- в) 14; 20
- г) 20; 28

Ответ: а

143. ПО ЛИТЕРАТУРНЫМ ДАННЫМ РИСК РАЗВИТИЯ ЛИМФОМЫ В ОТДАЛЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИМПЛАНТАТОВ С

- а) текстурированной оболочкой
- б) гладкой оболочкой
- в) высокой степенью когезивности
- г) малой степенью когезивности

Ответ: а

144. К ОСНОВНЫМ ТРЕБОВАНИЯМ К ИМПЛАНТАТАМ/ЭНДОПРОТЕЗАМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

- а) безопасность, биосовместимость, стабильность свойств полимера в организме
- б) соответствие формы имплантата, его плотности и эластичности, аналогичным параметрам молочной железы
- в) наличие антибактериальных свойств и свойств, уменьшающих риск развития капсулярной контрактуры
- г) химическую инертность, низкую проницаемость оболочки, когезивность наполнителя

Ответ: а

145. ГЕМАТОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) скоплением крови, ограниченным тканями
- б) пропитыванием кровью какой-либо ткани
- в) скоплением крови в брюшной полости
- г) скоплением крови в плевральной полости

Ответ: а

146. ДЛЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ НОРМЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВЗРОСЛОЙ ЖЕНЩИНЫ ХАРАКТЕРНО РАССТОЯНИЕ ОТ СОСКА ДО СУБМАММАРНОЙ СКЛАДКИ (В СМ)

- а) 7-8
- б) 5-6
- в) 9-10
- г) 11-12

Ответ: а

147. М. PROCERUS – ЭТО

- а) продолжение лобной мышцы вниз вдоль носа между бровями
- б) тонкая мышечная полоска, идущая от глаза ко рту
- в) мышца, лежащая на лобной кости и теменной
- г) мышца, находящаяся по сторонам носа

Ответ: а

148. КОЛЛАТЕРАЛЬНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) кровотоком по боковым ветвям после прекращения движения крови по магистральному сосуду
- б) уменьшенным кровообращением в конечности после одномоментной перевязки артерии и вены
- в) движением крови в восходящем направлении
- г) восстановлением кровообращения после шунтирования артерии

Ответ: а

149. ПАРАМЕТРАМИ КРУГЛОГО ИМПЛАНТАТА/ЭНДОПРОТЕЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЕКЦИЯ И

- а) диаметр основания
- б) ширина основания
- в) высота основания
- г) длина арки

Ответ: а

150. ПАРАМЕТРАМИ АНАТОМИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА/ЭНДОПРОТЕЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЕКЦИЯ И

- а) высота основания
- б) диаметр основания
- в) радиус основания
- г) угол верхнего полюса

Ответ: а

151. СМЕЩАЕМОСТЬ ЖЕЛЕЗИСТОГО КОНУСА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБУСЛОВЛЕНА

- а) наличием глубокого жирового слоя
- б) наличием жирового компонента в ткани железы
- в) эластичностью связок Купера
- г) растяжимостью кожного чехла

Ответ: а

152. М. ZYGOMATICUS

- а) двигает угол рта вверх, назад и наружу
- б) поднимает угол рта, придает радостный вид
- в) поднимает верхнюю губу, придает удивленное выражение
- г) морщит губы

Ответ: а

153. ЮНОШЕСКАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ/ЮВЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРМАСТИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ

- а) стромальных и фиброзных элементов
- б) железистой ткани
- в) жировой ткани
- г) кистозных элементов

Ответ: а

154. ГИПОПЛАЗИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) функциональной и морфологической незрелостью ткани молочных желез
- б) преобладанием в молочных железах процессов апоптоза и обратной дифференциации железистой ткани
- в) преобладание в ткани железы железистых долек III типа
- г) только дефицитом объёма молочных желез, обусловленным железистым и стромальным компонентом

Ответ: а

155. САМАЯ ГУСТАЯ СЕТЬ ПЕРФОРАНТНЫХ СОСУДОВ НАХОДИТСЯ

- а) на ладонях и подошвах
- б) в паховой области
- в) в подмышечной области
- г) в области век

Ответ: а

156. ИМПЛАНТАТ/ЭНДОПРОТЕЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТОИТ ИЗ

- а) оболочки и наполнителя
- б) наружной камеры и наполнителя
- в) оболочки, наполнителя, порта
- г) оболочки и внутренней камеры

Ответ: а

157. ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТЛАКТАЦИОННОЙ ИНВОЛЮЦИИ ТКАНИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫ

- а) редукцией стромального компонента железы
- б) редукцией железистого компонента железы
- в) замещением ткани железы жировой клетчаткой
- г) замещением ткани железы соединительной тканью

Ответ: а

158. ВЫБОР ИМПЛАНТАТА И МЕТОДИКИ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ

- а) компромисс между ожидаемой пользой и неизбежными последствиями того или иного выбора
- б) выбор пациентки, основанный на собственных эстетических предпочтениях
- в) выбор хирурга, основанный на чётких алгоритмах подбора имплантата и хирургических принципах
- г) компромисс между выбором пациентки и хирурга

Ответ: а

159. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- а) флеботромбозов
- б) абсцессов

- в) флегмон
- г) эндартериита

Ответ: а

160. ПТОЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕН

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

Ответ: а

161. ДЛЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ РОЖАВШИХ ЖЕНЩИН 25-40 ЛЕТ ХАРАКТЕРНО

- а) преобладание дифференцированных долек III типа
- б) преобладание железистых долек I-II типов
- в) опережающее развитие стромы по сравнению с паренхимой
- г) формирование тубулярных долек

Ответ: а

162. ДЛЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ НОРМЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВЗРОСЛОЙ ЖЕНЩИНЫ ХАРАКТЕРНО РАСПОЛОЖЕНИЕ СОСКА ОТНОСИТЕЛЬНО ИНФРАМАММАРНОЙ СКЛАДКИ \_\_\_\_\_ НА (В СМ)

- а) выше; 1-2
- б) ниже; 1-2
- в) выше; 3-4
- г) ниже; 0-2

Ответ: а

163. ОПТИМАЛЬНОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ РЕТРОМАММАРНОГО ПРОСТРАНСТВА И АКСИЛЛЯРНОГО ОТРОСТКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ПРОЕКЦИЯ

- а) косая
- б) прямая
- в) боковая
- г) прямая и боковая

Ответ: а

164. ВОЗДУХОНОСНЫЕ КЛЕТКИ РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ ДЕЛЯТСЯ НА

- а) передние, средние, задние
- б) верхние и нижние
- в) верхние, срединные, нижние
- г) медиальные, боковые, промежуточные

Ответ: а

165. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ОБОЛОЧКИ ИМПЛАНТАТА ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ НА ФОНЕ ОТСУТСТВИЯ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТКИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- а) магнитно-резонансного исследования
- б) ультразвукового исследования
- в) маммография в косой проекции
- г) маммография в прямой проекции

Ответ: а

166. НОСОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА ОБРАЗОВАНА ПЕРПЕНДИКУЛЯРНОЙ ПЛАСТИНКОЙ



## РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ

- а) сошником и четырехугольным хрящом
  - б) малым крылом клиновидной кости и дополнительным хрящом
  - в) продырявленной пластинкой решетчатой кости и медиальными ножками крыльных хрящей
  - г) небным отростком верхней челюсти и горизонтальной пластинкой небной кости
- Ответ: а

## 167. НИЖНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОГРАНИЧЕН НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНОЙ И

- а) твердым нёбом
- б) решетчатым лабиринтом
- в) средней носовой раковиной
- г) мягким нёбом

Ответ: а

## 168. ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ НАРУЖНОГО НОСА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ НАДГЛАЗНИЧНЫМ, ПОДГЛАЗНИЧНЫМ НЕРВАМИ И \_\_\_\_\_ НЕРВАМИ

- а) передним решетчатым, носоресничным
- б) задним решетчатым, обонятельным
- в) нервом крыловидного канала, надблоковым
- г) короткими ресничными, отводящим

Ответ: а

## 169. ПРИ ФУРУНКУЛЕ ПРЕДДВЕРИЯ НОСА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ПЕЩЕРИСТЫЙ СИНУС ПРОНИКАЕТ ЧЕРЕЗ

- а) вены верхней губы и глазничную вену
- б) заднюю яремную вену
- в) крыловидное сплетение
- г) передние вены решетчатого лабиринта

Ответ: а

## 170. УЧАСТВУЮТ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ ПОЛОСТИ НОСА \_\_\_\_\_ АРТЕРИИ

- а) передняя и задняя решетчатые
- б) инфраорбитальная и лобная
- в) угловая и дорсальная носа
- г) крыловидные ветви верхнечелюстной

Ответ: а

## 171. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РИНОПЛАСТИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

- а) приоритет дыхательной функции после операции
- б) возрастные ограничения
- в) приоритет эстетических пожеланий пациента
- г) возможность повторных вмешательств

Ответ: а

## 172. НАИБОЛЕЕ УЯЗВИМЫМ МЕСТОМ НАРУЖНОГО НОСА ПРИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) надкрыльная зона носа
- б) колонна носа/колюмелла
- в) зона куполов крыльных хрящей
- г) область контакта переднего края перегородки носа с передней носовой остью

Ответ: а

173. НЕРВНЫЕ АКСОНЫ РЕГЕНЕРИРУЮТ СО СКОРОСТЬЮ (В ММ В СУТКИ)

- а) 1-3
- б) 3-5
- в) 5-7
- г) 7-10

Ответ: а

174. ПРИ НЕВРОЛИЗЕ ВЫПОЛНЯЮТ

- а) освобождение нерва от околоневральных мягкотканых рубцов
- б) освобождение нерва в слуховом канале путём остеотомии
- в) рассечение нерва для формирования новых конечных моторных пластинок
- г) периневральный шов в области нервного анастомоза

Ответ: а

175. ПРИ ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ НОСА НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) секторальная резекция крыльев носа и дна ноздрей
- б) сужение расширенных куполов и изменение кривизны латеральных ножек
- в) иссечение овального участка тканей крыльев носа
- г) наложение межкрыльных сближающих швов по Gruber

Ответ: а

176. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЭСТЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ УМЕНЬШАЮЩЕЙ РИНОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ДИСПРОПОРЦИИ

- а) между объемом скелета наружного носа и кожного чехла
- б) дисфункции внутреннего носового клапана
- в) дисфункции наружного носового клапана
- г) между хрящевым и костным отделом носа

Ответ: а

177. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОЕКЦИИ КОНЧИКА НОСА ДОСТИГАЕТСЯ УСТАНОВКОЙ КОНЧИКОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА И

- а) трансплантата, продолжающего носовую перегородку
- б) сужением, фиксацией куполов
- в) межкупольного трансплантата
- г) имплантата/трансплантата спинки носа

Ответ: а

178. СПОСОБОМ РОТАЦИИ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА ВНИЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) установка и фиксация хрящевых трансплантатов к передней поверхности медиальных ножек больших крыльных хрящей
- б) резекция цефалических краев латеральных ножек крыльных хрящей с фиксацией куполов
- в) удлинение уздечки верхней губы
- г) иссечение/резекция мышц, опускающих перегородку носа

Ответ: а

179. ОБЩИМ РЕЗУЛЬТАТОМ УМЕНЬШАЮЩЕЙ РИНОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ

- а) объема скелета наружного носа при сохранении размеров кожного чехла
- б) объема скелета наружного носа и размеров кожного чехла
- в) размеров кожного чехла при сохранении объема скелета наружного носа

г) размеров кожного чехла при диспропорции между костным и хрящевым отделом носа  
Ответ: а

180. КОСТНАЯ ПИРАМИДА НОСА СОСТОИТ ИЗ НОСОВЫХ КОСТЕЙ

- а) лобных отростков верхней челюсти и носового отростка лобной кости
- б) альвеолярных отростков верхней челюсти и сошника
- в) альвеолярных отростков верхней челюсти и решетчатой кости
- г) перпендикулярной пластинки решетчатой кости и сошника

Ответ: а

181. ПОЛНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ НОСА ВКЛЮЧАЕТ ОСТЕОТОМИЮ КОСТЕЙ НОСА И

- а) реконструкцию крыльных хрящей и септопластику
- б) подслизистую резекцию перегородки носа и конхотомию
- в) подслизистую резекцию перегородки носа, санацию придаточных пазух носа и вазотомию нижних носовых раковин
- г) санацию придаточных пазух носа, конхотомию и пластику краев грушевидного отверстия

Ответ: а

182. УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА ДИВЕРГЕНЦИИ КУПОЛОВ КРЫЛЬНЫХ ХРЯЩЕЙ ДОСТИГАЕТСЯ УСТАНОВКОЙ

- а) межкупольного или подкупольного трансплантата
- б) трансплантата, продолжающего носовую перегородку
- в) выпрямляющих трансплантатов на латеральные ножки крыльных хрящей
- г) армирующих трансплантатов между медиальными ножками крыльных хрящей

Ответ: а

183. ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ КОЛОННЫ НОСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ФИКСАЦИЮ МЕДИАЛЬНЫХ НОЖЕК КРЫЛЬНЫХ ХРЯЩЕЙ

- а) к хрящевому трансплантату
- б) между собой
- в) к четырехугольному хрящу
- г) к коже

Ответ: а

184. К СПОСОБУ УМЕНЬШЕНИЯ ПРОЕКЦИИ КОНЧИКА НОСА ОТНОСИТСЯ

- а) одновременное укорочение медиальных и латеральных ножек по Rees
- б) установка трансплантата, продолжающего носовую перегородку
- в) сужение и фиксация куполов
- г) установка трансплантата между медиальными ножками крыльных хрящей

Ответ: а

185. УДАЛЕНИЕ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СО СВОБОДНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ АРЕОЛЫ ПО ТНОРЕК ПОКАЗАНО В СЛУЧАЯХ

- а) необходимости удаления 1500-2000 граммов железистой ткани с каждой стороны
- б) ювенальной гипермастии
- в) симметризации здоровой молочной железы с железой после секторальной и субтотальной резекции
- г) умеренного птоза

Ответ: а

186. ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ ЖИРОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ОКАЗЫВАЕТ

- а) супервлажная техника инфильтрации 2:1

- б) влажная техника инфильтрации 1:1
- в) наличие в растворе местных анестетиков
- г) наличие в растворе адреналина

Ответ: а

187. КЛЮЧЕВЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ОПЕРАЦИИ БЕСЕНБЕРГЕРА (BEISENBERGER) ЯВЛЯЕТСЯ

- а) резекция кожи и паренхимы молочной железы по отдельности
- б) латеральная резекция паренхимы молочной железы
- в) резекция кожного чехла с результирующим швом в виде инвертированного T
- г) транспорт сосково-ареолярного комплекса на центральной glandулярной ножке

Ответ: а

188. К РЕКОМЕНДОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЛЯ ПОДРОСТКА 13 ЛЕТ С ЮВЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРМАСТИЕЙ ОТНОСЯТ

- а) редукционную маммопластику
- б) подкожную мастэктомию с одномоментной реконструкцией имплантатом
- в) липосакцию молочных желез
- г) антиэстрогенную и антипрогестеронная терапия

Ответ: а

189. К БАЗОВЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МАММОПЛАСТИКИ ОТНОСЯТ

- а) модификацию паренхимы и редрапировку кожного чехла
- б) эстетическую коррекцию контуров молочных желез и повышение качества жизни
- в) оптимизацию сенсорной и лактационной функций молочной железы
- г) минимальные травматичность и кожные рубцы

Ответ: а

190. ПРОСТРАНСТВО ШАССИНЬЯКА ПРЕДСТАВЛЕНО \_\_\_\_\_ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКОЙ

- а) ретромаммарной
- б) поддельтовидной
- в) глубокой субпекторальной
- г) поверхностной субпекторальной

Ответ: а

191. СРЕДНЕЕ ВРЕМЯ ВОЗВРАТА К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ, ПРОШЕДШЕЙ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, СОСТАВЛЯЕТ (В НЕДЕЛЯХ)

- а) 4-6
- б) 2-3
- в) 8-10
- г) 12-14

Ответ: а

192. РАЗМЕЩЕНИЕ ИМПЛАНТАТА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ДВУХ ПЛОСКОСТЯХ (ПО ТЕВВЕТС) ПОЗВОЛЯЕТ

- а) более эффективно контролировать профиль молочной железы при небольшом птозе
- б) снизить риск развития гематомы в раннем послеоперационном периоде
- в) уменьшить визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в нижнемедиальных отделах молочных желез
- г) избежать деформации, дистопии и ротации имплантата

Ответ: а

193. ВЕРТИКАЛЬНАЯ МАММОПЛАСТИКА СО СШИВАНИЕМ ГЛАНДУЛЯРНЫХ КОЛОНН ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- а) резекцию в виде кия
- б) резекцию по бокам от дермогландулярной ножки сосково-ареолярного комплекса
- в) аутоаугментацию верхнего полюса glandулярным лоскутом
- г) дискоидную резекцию основания паренхиматозного конуса

Ответ: а

194. ПРИ ЛИПОФИЛИНГЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧИСЛО ВКОЛОВ ПО ПЕРИМЕТРУ РЕЦИПИЕНТНОЙ ЗОНЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА НА КАЖДЫЕ \_\_\_ САНТИМЕТРА

- а) 3
- б) 4
- в) 5
- г) 6

Ответ: а

195. ГЛАВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИНФРАМАММАРНОГО ДОСТУПА ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) наилучший контроль диссекции тканевого кармана и положения имплантата
- б) наибольшая косметичность послеоперационного рубца
- в) меньший риск сенсорных нарушений
- г) меньший риск развития послеоперационной гематомы

Ответ: а

196. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВНОГО ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ МАСТОПЕКСИИ/РЕДУКЦИИ ГЕОМЕТРИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ДОСТИГАЕТСЯ

- а) кожным раскроем Вайза
- б) аутоаугментацией glandулярным лоскутом
- в) вертикальной пликацией паренхимы
- г) резекцией нижних птозированных отделов железы

Ответ: а

197. К НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННОМУ СРЕДСТВУ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВНОГО ПТОЗА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТОПЕКСИИ ОТНОСЯТ

- а) уменьшение массы и высоты конуса молочной железы
- б) вертикальную пликацию паренхимы
- в) мышечный ремень/балкон, поддерживающий паренхиму
- г) укрепление кожно-подкожного чехла

Ответ: а

198. РЕТРОМАММАРНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ

- а) позволяет более эффективно контролировать форму молочных желез
- б) характеризуется более выраженными и длительными послеоперационными болями
- в) упрощает реализацию маммографии в отдаленной перспективе
- г) является методом выбора при наличии небольшого железистого птоза

Ответ: а

199. ПЕРИАРЕОЛЯРНЫЙ ДОСТУП В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МАММОПЛАСТИКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) возможностью коррекции тубулярной деформации молочной железы
- б) наибольшей косметичностью послеоперационного рубца

- в) универсальностью для всех видов операций
- г) малой травматичностью независимо от вида операции

Ответ: а

200. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ПИТАЮЩАЯ НОЖКА ПРИ РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- а) непрямыми перфорантами, вступающими в паренхиму железы из большой грудной мышцы
- б) сосудистой оболочкой кожного чехла железы субдермального сплетения
- в) прямыми чресфасциальными перфорантами
- г) прямыми кожными ветвями

Ответ: а

201. ВЫБОР ИМПЛАНТАТА АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ ДАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВО

- а) возможности выбора имплантата разной ширины и высоты основания
- б) меньшей визуализации латерального края имплантата
- в) большей проекции при равном со сферическим эндопротезом объёме и ширине
- г) значительного сокращения межмаммарного расстояния

Ответ: а

202. К ТЕСТАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОБЪЕМА ЛИПОАСПИРАТА С ОПРЕДЕЛЕННОГО ДОНОРСКОГО МЕСТА, ОТНОСЯТ

- а) ладонный и щипковый
- б) пинч-тест
- в) Дюркана и Тинеля
- г) щипковый и Ширмера

Ответ: а

203. НЕДОСТАТОЧНАЯ ДИСЕКЦИЯ В ОБЛАСТИ СУБМАММАРНОЙ СКЛАДКИ ПРИВОДИТ К ДЕФОРМАЦИИ (ОСЛОЖНЕНИЮ) ПО ТИПУ

- а) двойной субмаммарной складки (double – bubble)
- б) симмастии
- в) смещения/сползания тканей железы с имплантата (ball in a sock)
- г) вторичного птоза нижнего полюса (bottoming out)

Ответ: а

204. ТРАНСАКСИЛЛЯРНЫЙ ДОСТУП ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ – ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ДЛЯ КОРРЕКЦИИ

- а) микромастии с сосково-ареолярным комплексом малого диаметра
- б) микромастии с сосково-ареолярным комплексом большого диаметра
- в) постлактационной инволютивной гипотрофии молочных желез с птозом
- г) гипомастии с тубулярной деформацией

Ответ: а

205. ДОНОРСКИЕ ЗОНЫ С ЖИРОВЫМИ КЛЕТКАМИ, ИМЕЮЩИМИ ВЫСОКУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ АНТИЛИПОЛИТИЧЕСКИХ  $\alpha$ 1-РЕЦЕПТОРОВ, РАСПОЛОЖЕНЫ В ОБЛАСТИ

- а) живота
- б) лица
- в) верхней конечности
- г) торса

Ответ: а

206. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СВОБОДНОЙ АУТОГЕННОЙ ПЕРЕСАДКИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ОБЪЕМА И ФОРМЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ОГРАНИЧЕНО

- а) невозможностью введения относительно большого объема жировой ткани
- б) сложностью дифференциальной диагностики участков фиброза с новообразованиями
- в) отсутствием достоверных научных данных о безопасности данного метода
- г) плохой приживаемостью жировой ткани

Ответ: а

207. ПРИ ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МАММОПЛАСТИКИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИММЕТРИЯ

- а) сосково-ареолярных комплексов
- б) субмаммарных складок
- в) объема молочных желез
- г) послеоперационных рубцов

Ответ: а

208. СРЕДНЕЕ ВРЕМЯ ВОЗВРАТА К НОШЕНИЮ НИЖНЕГО БЕЛЬЯ С ПРОВОЛОЧНЫМИ ВСТАВКАМИ ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

- а) 3
- б) 1
- в) 2
- г) 4

Ответ: а

209. ЗАЛОГОМ СТАБИЛЬНОСТИ И НАДЕЖНОСТИ РЕЗУЛЬТАТА ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) оптимальное тканевое покрытие имплантата собственными тканями молочной железы
- б) равное объемное соотношение имплантата и собственных тканей
- в) отсутствие осложнений в раннем послеоперационном периоде
- г) постоянное ношение эластичного бюстгальтера после операции

Ответ: а

210. ДЛЯ СОКРАЩЕНИЯ ОБЪЕМА И ВРЕМЕНИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН ПРИ РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) удаление нижних отделов молочной железы со свободной трансплантацией сосково-ареолярного комплекса по Thorek
- б) транспорт сосково-ареолярного комплекса на центральной glandулярной ножке
- в) резекция кожи и паренхимы молочной железы по отдельности по Weisenberger
- г) резекция паренхимы молочной железы в латеральных отделах

Ответ: а

211. ДЕЭПИДЕРМИЗАЦИЯ ПОВЕРХНОСТИ ТРАНСПОРТНОЙ НОЖКИ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА НАПРАВЛЕНА НА СОХРАНЕНИЕ

- а) артериального притока к САК
- б) венозного оттока от САК
- в) иннервации САК
- г) механической прочности ножки против ее перегиба

Ответ: а

212. ИНФИЛЬТРАЦИЯ ТКАНЕЙ РЕЦИПИЕНТНОЙ ЗОНЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ЛИПОФИЛИНГЕ ПОЗВОЛЯЕТ

- а) более равномерно и послойно ввести больший объем жирового трансплантата
- б) уменьшить повреждение адипоцитов при введении
- в) уменьшить гипоксию вводимых адипоцитов в реципиентном ложе
- г) усилить микроциркуляцию реципиентной зоны

Ответ: а

213. ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ/СВЯЗОЧНЫЙ АППАРАТ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- а) непрерывен от дермы до глубокой фасции с максимальной концентрацией в субмаммарной зоне и по медиальной границе
- б) фиксирует паренхиму к грудной фасции и может быть идентифицирован и реконструирован
- в) фиксирует железу к фасции в зонах наибольшей фиксации в субмаммарной и по латеральной границе
- г) делит паренхиму железы на сектора и наиболее выражен в нижне-медиальном квадранте

Ответ: а

214. РАСКРОЙ ПРИ РЕЗЕКЦИИ КОЖНОГО ЧЕХЛА, УМЕНЬШАЮЩИЙ ВЫСОТУ КОНУСА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- а) циркулярный
- б) в виде инвертированной буквы Т
- в) вертикальный
- г) циркумвертикальный

Ответ: а

215. КЛЮЧЕВЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ОПЕРАЦИИ ТОРЕКА (THOREK) ЯВЛЯЕТСЯ

- а) пересадка сосково-ареолярного комплекса в виде свободного кожного трансплантата
- б) резекция кожи и паренхимы молочной железы блоком до фасции без их разделения
- в) резекция кожного чехла с результирующим швом в виде инвертированного Т
- г) транспорт сосково-ареолярного комплекса на центральной glandулярной ножке

Ответ: а

216. ПРИ ФИБРОАДЕНОМЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА

- а) секторальная резекция
- б) простая мастэктомия
- в) радикальная мастэктомия
- г) ампутация молочной железы

Ответ: а

217. ИЗ ГЛУБИНЫ СОСУДЫ В МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ ПОСТУПАЮТ

- а) через анастомозы между субдермальными и паренхиматозными сосудами
- б) с периферии и через фасцию, с наибольшей концентрацией в зонах максимальных связочных кожнофасциальных сращений
- в) как равномерная трехмерная сосудистая сеть
- г) как надфасциальное продолжение торакоакромиального, латерального грудного и других магистральных пучков

Ответ: а

218. УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ АУТОЛОГИЧНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНЬЮ ПРИМЕНИМО ДЛЯ ПОПОЛНЕНИЯ ОБЪЕМА ДО (В СМ<sup>2</sup>)

- а) 160-220



- б) 100-140
- в) 250-300
- г) 300-350

Ответ: а

219. ГЛАВНЫМ УСЛОВИЕМ ТРАНСПОРТА СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА С НАДЕЖНОЙ ВЫСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне сосково-ареолярного комплекса
- б) сохранение слоя подлежащих тканей в зоне сосково-ареолярного комплекса достаточной толщины
- в) отношение длины питающей ножки к ее ширине как для лоскута со случайным кровоснабжением
- г) выкраивание транспортной ножки сосково-ареолярного комплекса с нижним основанием

Ответ: а

220. БОЛЕЕ 50% КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ВЕТВИ

- а) внутренней грудной артерии III-V межреберья
- б) средостенные грудной аорты
- в) ветви III-V межреберных артерий
- г) латеральной грудной артерии из системы подмышечной артерии

Ответ: а

221. СУБДЕРМАЛЬНОЕ СОСУДИСТОЕ СПЛЕТЕНИЕ УЧАСТВУЕТ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА

- а) опосредованно через прослойку паренхимы под ареолой
- б) через анастомозы с кожными сосудами
- в) через анастомозы с сосудами паренхимы
- г) напрямую

Ответ: а

222. КЛЮЧЕВЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ОПЕРАЦИИ ШВАРЦМАНА (SCHWARZMANN) ЯВЛЯЕТСЯ

- а) дезпидермизация ножки сосково-ареолярного комплекса
- б) закрытый транспорт сосково-ареолярного комплекса с горизонтальным рубцом
- в) резекция кожного чехла с результирующим швом в виде инвертированного Т
- г) транспорт сосково-ареолярного комплекса на центральной glandулярной ножке

Ответ: а

223. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ПАЛЬПАТОРНОГО И ВИЗУАЛЬНОГО КОНТУРИРОВАНИЯ ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА ИМПЛАНТАТА В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ МЕТОД \_\_\_\_\_ РАЗМЕЩЕНИЯ ИМПЛАНТАТА

- а) ретропекторального
- б) субгlandулярного
- в) субфасциального
- г) субпериостального

Ответ: а

224. УСИЛИВАЕТ АНТИГРАВИТАЦИОННУЮ СТАБИЛЬНОСТЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- а) краниальное смещение молочной железы и мастопексия швами к фасции
- б) вертикальная маммопластика, сужающая основание путем пликации glandулярных

колонн

в) аутоаугментация glandулярными лоскутами, увеличивающая высоту конуса молочной железы

г) аутоаугментация верхнего полюса glandулярным лоскутом

Ответ: а

225. ПРЕИМУЩЕСТВА ТЕКСТУРИРОВАННОГО ИМПЛАНТАТА ДЛЯ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ ПО СРАВНЕНИЮ С ГЛАДКИМ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

а) снижении риска развития капсулярной контрактуры при ретропекторальной установке

б) снижении риска смещения и ротации имплантата

в) меньшей визуализации имплантата

г) большем сроке службы имплантата

Ответ: а

226. НАИБОЛЬШУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ НАРУШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ, МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ \_\_\_\_\_ ДОСТУПА

а) трансареолярного

б) субмаммарного

в) трансаксиллярного

г) трансумбиликального

Ответ: а

227. ПРИ КОЖНОМ КРОЕ ВАЙЗА ПЕРВОНАЧАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ ОТ СОСКА ДО СУБМАММАРНОЙ СКЛАДКИ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_ СМ

а) 6

б) 8

в) 10

г) 12

Ответ: а

228. ПРИ ПРОЧИХ РАВНЫХ УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИЯ КЛЮЧИЦА-СОСОК ДОЛЖНА ОСТАВАТЬСЯ НАИБОЛЬШЕЙ ПРИ МАММОПЛАСТИКЕ С

а) горизонтальным кроем

б) кожным кроем Вайза

в) периареолярным кроем

г) вертикальным кроем

Ответ: а

229. ЧРЕЗМЕРНАЯ МЕДИАЛЬНАЯ ДИСЕКЦИЯ КАРМАНА ДЛЯ ИМПЛАНТАТА ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ ПРИВОДИТ К ДЕФОРМАЦИИ (ОСЛОЖНЕНИЮ) ПО ТИПУ

а) симмастии

б) двойной субмаммарной складки (double – bubble)

в) смещения/сползания тканей железы с имплантата (ball in a sock)

г) вторичного птоза нижнего полюса (bottoming out)

Ответ: а

230. РЕТРОПЕКТОРАЛЬНОЕ РАЗМЕЩЕНИЕ ИМПЛАНТАТА ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ

а) снижает риск развития капсулярной контрактуры

б) уменьшает риск дистопии имплантата

- в) позволяет получить более глубокий инфрамаммарный сгиб
- г) позволяет уменьшить межмаммарное расстояние

Ответ: а

231. ПРИ ЛИПОФИЛИНГЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ \_\_\_\_\_ СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В РЕЦИПИЕНТНЫЕ ОБЛАСТИ

- а) веерообразная
- б) сетчатая
- в) одноканальная
- г) болюсная

Ответ: а

232. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМОЕ ЧИСЛО КАНАЛОВ ИЗ ОДНОГО ВКОЛА ПРИ ЛИПОФИЛИНГЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НЕ БОЛЕЕ

- а) 4-5
- б) 1-2
- в) 2-3
- г) 6-7

Ответ: а

233. ПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА ОБРАЗОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО РУБЦА ПОСЛЕ ПЕРИАРЕОЛЯРНОЙ МАСТОПЕКСИИ

- а) непрерывный шов по Бенелли
- б) умеренное иссечение сосково-ареолярного комплекса
- в) раннее снятие швов в послеоперационном периоде
- г) дезэпидермизация окружающей сосково-ареолярный комплекс кожи

Ответ: а

234. К РЕДУКЦИОННОЙ ЛАБИОПЛАСТИКЕ ОТНОСЯТ

- а) краевую и центральную резекцию малых половых губ
- б) пластику задней комиссуры вульварного кольца
- в) контурную пластику безоболочечным филером больших половых губ
- г) липофилинг больших половых губ

Ответ: а

235. ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ ЗИЯНИЯ ВУЛЬВАРНОГО КОЛЬЦА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА \_\_\_\_\_ РЕЗЕКЦИОННОЙ ЛАБИОПЛАСТИКИ

- а) субтотальной краевой
- б) гибридной краевой
- в) подслизистой краевой
- г) подслизистой центральной

Ответ: а

236. ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО УКРОЧЕНИЯ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ РЕДУКЦИЮ ЦЕНТРАЛЬНОГО СЕКТОРА ДОПОЛНЯЮТ

- а) иссечением трапеции или треугольника на вершине основного сектора
- б) краевой резекцией губы
- в) иссечением двух треугольных фигур по краю губы
- г) пластикой задней комиссуры малых половых губ

Ответ: а

237. ПРИ РАСШИРЕННОМ ВТОРИЧНОМ КАПЮШОНЕ КЛИТОРА В ПРОГРАММУ РЕДУКЦИОННОЙ ЛАБИОПЛАСТИКИ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ

- а) краевую резекцию складок от передней комиссуры до середины малых половых губ

- б) липофилинг больших половых губ
- в) переднюю кольпорафию
- г) пластику задней комиссуры малых половых губ

Ответ: а

238. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛАБИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТКИ С ИЗБЫТОЧНОЙ СКЛАДЧАТОСТЬЮ КРАЕВ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) множественная клиновидная резекция
- б) центральная полнослойная клиновидная резекция
- в) центральная подслизистая клиновидная резекция
- г) краевая резекция

Ответ: а

239. К ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ОТНОСИТСЯ

- а) иссечение секторально-трапециевидных участков малых половых губ
- б) иссечение капюшона клитора
- в) пластика рубцовой деформации губы встречными треугольными лоскутами
- г) краевое уменьшение ширины губы

Ответ: а

240. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ РЕДУКЦИОННОЙ ЛАБИОПЛАСТИКИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) разметка лоскутов
- б) аппликационная анестезия
- в) инфильтрационная анестезия
- г) измерение соотношения ширины малых и больших половых губ

Ответ: а

241. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СУБТОТАЛЬНОЙ КРАЕВОЙ РЕЗЕКЦИОННОЙ ЛАБИОПЛАСТИКИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) зияние вульварного кольца
- б) гематома
- в) нарушение чувствительности
- г) препятствие при половом контакте

Ответ: а

242. ИЗБЫТОК ДЛИНЫ КРАЯ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ПРИ РАЗМЕТКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ПРИЕМА

- а) пликации участка наибольшего выступания малых половых губ
- б) растяжения малых половых губ и расправления складок и неровностей
- в) измерения соотношения длины и ширины малых половых губ
- г) измерения ширины малых и больших половых губ

Ответ: а

243. ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ПОКАЗАНА \_\_\_\_\_ РЕЗЕКЦИЯ

- а) подслизистая центральная
- б) полнослойная центральная
- в) полнослойная краевая
- г) множественная полнослойная клиновидная

Ответ: а

244. ОСЛОЖНЕНИЕ ЛАБИОПЛАСТИКИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ В ВИДЕ ИЗБЫТОЧНОЙ ФЕСТОНЧАТОЙ ДЕФОРМАЦИИ КРАЯ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ

- а) применения обвивного шва
- б) избыточной резекции ткани губы
- в) множественных клиновидных иссечений
- г) подслизистой резекции

Ответ: а

245. РАНЫ ПОСЛЕ РЕДУКЦИОННОЙ ЛАБИОПЛАСТИКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УШИВАТЬ

- а) внутрикожным непрерывным швом по Холстеду
- б) наружными узловыми швами
- в) непрерывным обвивным швом
- г) швом по Донати

Ответ: а

246. РАЗМЕТКА ПЕРВИЧНОЙ ЛАБИОПЛАСТИКИ ПРИ ЭЛОНГАЦИИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ С

- а) определения избытка длины края губы
- б) инфильтрации ткани губы
- в) соотношения ширины малой и большой половых губ
- г) с маркировки межгубной борозды

Ответ: а

247. ПРИ ЛИПОФИЛИНГЕ БОЛЬШИХ ПОЛОВЫХ ГУБ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВЕДЕНИЕ АУТОТРАНСПЛАНТАТА СОБСТВЕННОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ЗА ОДНУ ПРОЦЕДУРУ В ОБЪЕМЕ НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_ МЛ С КАЖДОЙ СТОРОНЫ

- а) 10-12
- б) 18-20
- в) 3-5
- г) 20-25

Ответ: а

248. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕДУКЦИОННОЙ ЛАБИОПЛАСТИКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ПОЛОВОЙ ПОКОЙ В ТЕЧЕНИИ (В НЕДЕЛЯХ)

- а) 3
- б) 2
- в) 4
- г) 5

Ответ: а

249. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ДОСТУПА ДЛЯ ЛИПОФИЛИНГА БОЛЬШОЙ ПОЛОВОЙ ГУБЫ РАСПОЛАГАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- а) над передней спайкой
- б) задней спайки
- в) средней трети губы
- г) задней трети губы

Ответ: а

250. ПРИ ТРУБЧАТОЙ ФОРМЕ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ПОКАЗАНА \_\_\_\_\_ РЕЗЕКЦИЯ

- а) гибридная краевая
- б) множественная клиновидная
- в) центральная полнослойная
- г) центральная подслизистая

Ответ: а

**251. ЦЕНТРАЛЬНАЯ РЕДУКЦИОННАЯ ЛАБИОПЛАСТИКА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ДОПОЛНЯЕТСЯ**

- а) иссечением верхних ножек и пластикой задней комиссуры малых половых губ
- б) передней кольпорафией и липофилингом больших половых губ
- в) гименопластикой и иссечением капюшона клитора
- г) задней кольпорафией и контурной пластикой больших половых губ безоболочечными филлерами на основе гиалуроновой кислоты

Ответ: а

**252. К ВИДАМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ОТНОСЯТ**

- а) иссечение сектора губы в области средней трети вульвы
- б) иссечение капюшона клитора
- в) краевое уменьшение ширины губы
- г) пластику рубцовой деформации губы встречными треугольными лоскутами

Ответ: а

**253. ПРИ ВЫБОРЕ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ЛИПОФИЛИНГА КОНКРЕТНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЗОНЫ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ**

- а) отверстия канюль для забора и введения жира должны соответствовать по диаметру
- б) отверстия канюли для забора жира должны иметь больший диаметр, чем отверстия канюли для введения
- в) отверстия канюли для забора жира должны иметь меньший диаметр, чем отверстия канюли для введения
- г) количество отверстий на канюлях для забора жира должно быть меньше, чем отверстий на канюлях для введения

Ответ: а

**254. МЕТОД ЛИПОФИЛИНГА КОЛЕМАНА (COLEMAN) ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а) разделении каналов васкуляризованной тканью
- б) однорусном введении
- в) внесении в жировой трансплантат дополнительных компонентов
- г) диаметре канала более 5 мм

Ответ: а

**255. РЕЦЕПИЕНТНУЮ ЕМКОСТЬ ПРИ ЛИПОФИЛИНГЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗМОЖНО УВЕЛИЧИТЬ МЕТОДОМ**

- а) наружной тканевой экспансии
- б) классической внутренней тканевой экспансии
- в) введения графтов в пространство Шассиньяка
- г) сокращения временных промежутков между процедурами

Ответ: а

**256. ПРИ ПОДГОТОВКЕ ЖИРОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДОБАВЛЕНИЕ**

- а) аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами
- б) эритроцитарной массы
- в) препаратов кортикостероидного ряда

г) препаратов, улучшающих микроциркуляцию

Ответ: а

257. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО КЛЕТОК МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ЗАЧАТКА СОДЕРЖИТ ЖИРОВОЙ ТРАНСПЛАНТАТ ИЗ ОБЛАСТИ

- а) передней брюшной стенки
- б) верхне-наружной бедра
- в) субментальной
- г) подлопаточной зоны

Ответ: а

258. НАИБОЛЕЕ УСТОЙЧИВЫМ ЖИРОВЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ ДЛЯ ЛИПОФИЛИНГА ЯВЛЯЕТСЯ ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА ИЗ ОБЛАСТИ

- а) внутренней поверхности коленного сустава
- б) верхне-наружной бедра
- в) передней брюшной стенки
- г) подлопаточной зоны

Ответ: а

259. ПРИ ПОДГОТОВКЕ ДОНОРСКОЙ ЗОНЫ ДЛЯ ЗАБОРА ЖИРОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА НЕОБХОДИМА ИНФИЛЬТРАЦИЯ

- а) раствором анестетика
- б) стандартным раствором Кляйна
- в) раствором анестетика и кортикостероидов
- г) раствором кортикостероидов

Ответ: а

260. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛИПОФИЛИНГА ИЗ ОДНОГО ВКОЛА МОЖНО СДЕЛАТЬ НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_ КАНАЛОВ

- а) 5
- б) 3
- в) 2
- г) 1

Ответ: а

261. ЛИПОФИЛИНГ В ЗОНЕ КЛИВИДЖА ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ

- а) визуального расстояния между молочными железами
- б) риска вторичного птоза
- в) визуализации верхнего полюса имплантата
- г) риска ротации имплантата

Ответ: а

262. ДЕКОНТАЦИЯ ЖИРОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а) удалении соединительнотканых элементов
- б) отмывании от элементов крови
- в) измельчении
- г) сепарации на фракции

Ответ: а

263. ЗАБОР ДОНОРСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЛИПОФИЛИНГА ДОЛЖЕН ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В ПРИМЕРНОМ КОЛИЧЕСТВЕ ОТ ТРЕБУЕМОГО ВВОДИМОГО ОБЪЕМА (В %)

- а) 120-140
- б) 100-110
- в) 150-170
- г) 180-200

Ответ: а

264. ПРИ ОЧИСТКЕ ЖИРОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ ЛИПОФИЛИНГА НЕОБХОДИМО

- а) профилактика экзо-эндогенного повреждения адипоцитов
- б) ограничение механического перемещения и встряхивания
- в) охлаждение жирового трансплантата
- г) нагревание жирового трансплантата

Ответ: а

265. ДЛИНА ХОДА ПРИ ПЕРЕСАДКЕ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- а) длиной канюли и разметкой
- б) степенью измельчения жирового трансплантата
- в) состоянием микроциркуляции окружающих тканей
- г) объемом вводимого жирового трансплантата

Ответ: а

266. ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ РАЗДЕЛЕННЫХ КАНАЛОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИ ЛИПОФИЛИНГЕ ПО МЕТОДУ КОЛЕМАНА (COLEMAN) ДИАМЕТР КАНАЛА ДЛЖЕН БЫТЬ МЕНЕЕ (В ММ)

- а) 4
- б) 5
- в) 6
- г) 7

Ответ: а

267. ПРИ ПОДГОТОВКЕ ДОНОРСКОЙ ЗОНЫ ДЛЯ ЗАБОРА ЖИРОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА НЕОБХОДИМА ИНФИЛЬТРАЦИЯ

- а) тупой канюлей
- б) длинной иглой из одного вкола
- в) множественными вколами короткой и тонкой иглой
- г) острой канюлей

Ответ: а

268. КОЛИЧЕСТВО ВВОДИМОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИ ЛИПОФИЛИНГЕ ЗА ОДНУ ПРОЦЕДУРУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- а) реципиентной емкостью области коррекции
- б) возможностями донорских зон
- в) способом обработки жирового трансплантата
- г) количеством запланированных процедур

Ответ: а

269. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ВВОДИМОГО ЖИРОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПО МЕТОДУ КОЛЕМАНА (COLEMAN) ПРЕДУСМОТРЕНО

- а) многорусное введение жирового трансплантата
- б) увеличение диаметра канюли
- в) внесении в жировой трансплантат дополнительных компонентов
- г) измельчение жирового трансплантата

Ответ: а



270. ХАРАКТЕРНЫМИ МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЛОСТРИДИАЛЬНОЙ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВЫБУХАНИЕ МЫШЦ ИЗ РАНЫ И

- а) наличие фликтен
- б) гиперемия кожи вокруг раны
- в) вялые грануляции
- г) обильное гнойное отделяемое

Ответ: а

271. ПРИОБРЕТЕННОЕ СУЖЕНИЕ НАРУЖНОГО НОСОВОГО КЛАПАНА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- а) боковом смещении каудального края носовой перегородки и латеральной дислокации колонны носа
- б) ротации кончика носа вверх и уменьшении хрящевой горбинки
- в) укорочении каудального края носовой перегородки и сужении концевого отдела носа
- г) ослаблении латеральных ножек крыльчатых хрящей

Ответ: а

272. С ПОМОЩЬЮ РИНОМАНОМЕТРИИ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ

- а) количественную оценку эндоназального давления воздуха в каждом носовом ходе
- б) визуальную оценку внутреннего носа
- в) темное изображение костей и мягких тканей
- г) информацию о скрытой перфорации с помощью луча света

Ответ: а

273. ДОСТОВЕРНЫМИ МЕТОДАМИ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИЙ, ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ И

- а) бактериологический
- б) гистохимический
- в) биохимический
- г) ультразвуковой

Ответ: а

274. ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЕЛОИДНОГО РУБЦА ЯВЛЯЮТСЯ РАЗРАСТАНИЕ РУБЦОВОЙ ТКАНИ ЗА ПРЕДЕЛЫ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫХ ГРАНИЦ РУБЦА И

- а) визуализация сосудов в толще рубца
- б) плотная консистенция
- в) темно-розовый цвет
- г) спаянность с подлежащими тканями

Ответ: а

275. ЭСТЕТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДИСФУНКЦИИ НОСОВЫХ КЛАПАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) спадение надкрыльчатых зон носа
- б) вестибулярное смещение краев латеральных ножек
- в) протрузия колюмеллы/колонны носа
- г) сглаженный концевой отдел носа

Ответ: а

276. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КЕЛОИДНОГО РУБЦА В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ, В

- а) задней поверхности ушной раковины

- б) верхних веках
- в) предушной области
- г) субментальной области

Ответ: а

277. ПО ХАРАКТЕРУ РАНЯЩЕГО ПРЕДМЕТА РАНЫ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК

- а) колотые и резанные
- б) острые и хронические
- в) чистые и инфицированные
- г) гнойные и чистые

Ответ: а

278. К БЛАГОПРИЯТНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НАРУЖНОГО НОСА ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИКИ ОТНОСЯТ

- а) длинные носовые кости и медиальную позицию основания медиальных ножек больших крыльных хрящей
- б) узкую спинку носа и латеропозицию медиальных ножек больших крыльных хрящей
- в) вертикально ориентированные латеральные ножки больших крыльных хрящей
- г) латеропозицию медиальных ножек больших крыльных хрящей и короткие носовые кости

Ответ: а

279. ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОФИЛЯ НОСА И ЕГО ПРОПОРЦИЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФОТОГРАФИРОВАНИИ В ПРОЕКЦИИ

- а) боковой
- б) косо-фронтальной
- в) фронтальной
- г) аксиальной средней

Ответ: а

280. СОВРЕМЕННЫМИ ОБЪЕКТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К РИНОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) компьютерная томография и риноманометрия
- б) ортопантограммография и спирометрия
- в) рентгенография черепа в прямой и боковой проекции и посев из полости носа
- г) рентгенография черепа в полуаксиальной проекции и проведение пробы с

вазokonстрикторами

Ответ: а

281. К ПРИЗНАКАМ I ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ОБЛАСТИ РАНЫ ОТНОСЯТ

- а) отек
- б) грануляции
- в) отсутствие отделяемого
- г) флюктуацию

Ответ: а

282. КОГДА УХУДШАЮТСЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОЖНОГО РУБЦА?

- а) при отклонении оси раны от силовых линий кожи Лангера независимо от градуса
- б) при отклонении оси раны от силовых линий кожи Лангера более, чем на 45° градусов
- в) градус отклонения оси раны от направления силовых линий кожи Лангера не имеет значения для формирования рубца
- г) при отсутствии градуса отклонения оси раны и силовых линий кожи Лангера

Ответ: а

283. ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) риноманометрия
- б) проба Котгла
- в) проба с зеркалом Киллиана
- г) спирометрия

Ответ: а

284. ФУНКЦИЕЙ ВНУТРЕННЕГО НОСОВОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) кондиционирование воздуха
- б) стабильность концевой отдела носа
- в) усиление сенсорного восприятия обонятельных раздражителей
- г) дренирование придаточных пазух носа

Ответ: а

285. ФАЗОЙ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) ремоделирование рубца
- б) реинервация тканей
- в) реваскуляризация тканей
- г) лимфатический отек

Ответ: а

286. СУБКОМПЕНСИРОВАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ НОСОВЫХ КЛАПАНОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БЛОКАДОЙ НОСОВЫХ КЛАПАНОВ ПРИ

- а) умеренно усиленном вдохе и спокойном дыхании ночью, отчетливом эффекте от применения вазоконстрикторов
- б) спокойном дыхании днем и ночью, отсутствии эффекта от применения вазоконстрикторов
- в) максимальном вдохе, отсутствии эстетических дефектов и необходимости использования вазоконстрикторов
- г) умеренно усиленном вдохе днем и ночью, отсутствии эффекта от применения вазоконстрикторов

Ответ: а

287. ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ РАЗЛИЧИЙ В УРОВНЕ КУПОЛОВ И МЕДИАЛЬНЫХ НОЖЕК БОЛЬШИХ КРЫЛЬНЫХ ХРЯЩЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ПРОЕКЦИИ

- а) аксиальной средней
- б) аксиальной нижней
- в) аксиальной верхней
- г) косо-фронтальных

Ответ: а

288. АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ В \_\_\_\_\_ РАНАХ

- а) разможенных и огнестрельных
- б) ушибленных и осадненных
- в) резанных и рубленных
- г) ожоговых и лучевых

Ответ: а

289. ПРИЗНАКАМИ ПРОСТОГО ЗРЕЛОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РУБЦА ЯВЛЯЮТСЯ ТЕМНО-РОЗОВЫЙ ЦВЕТ И

- а) возвышение над поверхностью кожи

- б) зарастание за пределы первоначальных границ
- в) зуд и боль в области рубца
- г) расположение ниже поверхности окружающей кожи

Ответ: а

290. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АТРОФИЧЕСКОГО КОЖНОГО РУБЦА ОТНОСЯТ

- а) расположение ниже поверхности окружающей его кожи
- б) выступ над поверхностью окружающей его кожи
- в) нахождение на одном уровне с окружающей его кожей
- г) чередующиеся участки выпячивания и западения

Ответ: а

291. МОБИЛЬНОЙ СТЕНКОЙ ВНУТРЕННЕГО НОСОВОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ ЗАДНИЙ ОПОРНЫЙ КОМПЛЕКС И \_\_\_\_\_ КРАЙ

- а) заднее-цефалический; латеральной ножки большого крыльчатого хряща, каудальный край верхнелатерального хряща
- б) Задний; промежуточной ножки большого крыльчатого хряща и связка Питанги
- в) Передний; медиальной и латеральной ножек большого крыльчатого хряща
- г) Передний; и основание медиальных ножек большого крыльчатого хряща

Ответ: а

292. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НОРМОТРОФИЧЕСКОГО ЗРЕЛОГО КОЖНОГО РУБЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) светлый цвет
- б) темно-розовый цвет
- в) расположение ниже поверхности окружающей его кожи
- г) наличие видимых сосудов в толще рубца

Ответ: а

293. УГОЛ ВНУТРЕННЕГО НОСОВОГО КЛАПАНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (В ГРАДУСАХ)

- а) 10-15
- б) 20-25
- в) 25-30
- г) 30-35

Ответ: а

294. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СВЕЖИХ РАН ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЬ, КРОВОТЕЧЕНИЕ И

- а) зияние
- б) струп
- в) гнойное отделяемое
- г) выделение пузырьков газа из раны

Ответ: а

295. КЛИНИЧЕСКУЮ ОЦЕНКУ ФЛОТАЦИИ КРЫЛЬЕВ НОСА ПРОВОДЯТ ПРИ

- а) постепенном усилении силы вдоха
- б) задержке дыхания и резком выдохе
- в) постепенном увеличении частоты дыхания
- г) постепенном уменьшении частоты дыхания

Ответ: а

296. К АНАТОМИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ НОСА, ПОВЫШАЮЩИМ

**ВЕРОЯТНОСТЬ НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИКИ, ОТНОСЯТ**

- а) узкое основание носовой пирамиды и вертикально ориентированные латеральные ножки больших крыльных хрящей
- б) широкую спинку носа и медиальную позицию основания медиальных ножек больших крыльных хрящей
- в) широкое основание носовой пирамиды и горизонтально ориентированные латеральные ножки больших крыльных хрящей
- г) длинные носовые кости и протрузию колюмеллы (колонны носа)

Ответ: а

**297. ОСНОВНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) двойное, взаимно перекрывающееся кровоснабжение
- б) разделение на три пучка
- в) сходство с мимическими мышцами
- г) иннервация лицевым нервом

Ответ: а

**298. БЛОКАДА НОСОВЫХ КЛАПАНОВ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ**

- а) симптоме прилипшего крыла носа
- б) при отрицательном тесте Коттла
- в) сниженной флотации боковых стенок и крыльев носа
- г) расширении просвета носового клапана при передней риноскопии

Ответ: а

**299. К НАРУШЕНИЮ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА ПРИВОДИТ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ АРТЕРИИ**

- а) верхней губной
- б) угловой
- в) дорсальной носа
- г) латеральной носовой

Ответ: а

**300. ОТЛИЧИЕ НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НОСОВЫХ КЛАПАНОВ ОТ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ДИСФУНКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- а) симптомом прилипшего крыла при максимальном вдохе и положительным тестом Коттла
- б) выраженным эффектом от применения сосудосуживающих средств и затруднением дыхания во сне
- в) усилением флотации боковых стенок и крыльев носа при спокойном дыхании и отсутствием эффекта от применения сосудосуживающих средств
- г) отсутствием флотации крыльев носа при спокойном дыхании и отрицательным тестом Коттла

Ответ: а

**301. КОСТНАЯ ПИРАМИДА НОСА ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ОГРАНИЧЕНА ТОЧКАМИ**

- а) N (nasion) - R (rinion)
- б) N (nasion) - Gn(gnation)
- в) N (nasion) - Pr (prostion)
- г) G (glabella) - R (rinion)

Ответ: а

302. ХРОНИЧЕСКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ РАНА, НЕ ЗАЖИВАЮЩАЯ В ТЕЧЕНИЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- а) 6
- б) 4
- в) 8
- г) 10

Ответ: а

303. ОСОБЕННОСТЬЮ ОРИЕНТАЛЬНЫХ ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- а) отсутствие пальпебральной складки
- б) форма глазной щели
- в) наличие эпикантуса
- г) отсутствие леватора верхнего века

Ответ: а

304. ПРОБА КОТТЛА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а) блокировании одного носового хода и смещении противоположного крыла носа латерально при спокойном дыхании
- б) блокировании одного носового хода при усиленном продолжительном вдохе через противоположную сторону
- в) оценке движения комочка ваты при блокировании одного носового хода и коротком вдохе и выдохе через противоположную сторону
- г) пальпаторном сужении концевого отдела носа с двух сторон при спокойном дыхании

Ответ: а

305. ИСКРИВЛЕНИЕ СПИНКИ НОСА НАИЛУЧШИМ ОБРАЗОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФОТОГРАФИРОВАНИИ В ПРОЕКЦИИ

- а) аксиальной верхней
- б) аксиальной средней
- в) аксиальной нижней
- г) фронтальной

Ответ: а

306. ПЕРВЫМ ВИЗУАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛИЦЕВОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) асимметрия лица
- б) гиперемия кожных покровов лица
- в) деформация контуров лица
- г) косоглазие

Ответ: а

307. РАЗВИТИЕ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) анемией
- б) тромбоцитопенией
- в) замедленным СОЭ
- г) моноцитозом

Ответ: а

308. УКУШЕННЫЕ РАНЫ ОПАСНЫ РАЗВИТИЕМ БЕШЕНСТВА, СТОЛБНЯКА И

- а) анаэробной инфекции
- б) рожистого воспаления кожи

- в) глубокого микоза
- г) опоясывающего лишая

Ответ: а

309. ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ФОРМЫ И ШИРИНЫ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФОТОГРАФИРОВАНИИ В ПРОЕКЦИИ

- а) аксиальной нижней
- б) аксиальной верхней
- в) аксиальной средней
- г) фронтальной

Ответ: а

310. К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

- а) удлинение первой фазы и замедление образования грануляций
- б) сокращение второй фазы раневого процесса
- в) ускорение эпителизации раны
- г) образование гипертрофических рубцов

Ответ: а

311. К ФИКСИРОВАННОЙ СТЕНКЕ ВНУТРЕННЕГО НОСОВОГО КЛАПАНА ОТНОСЯТ

- а) носовую перегородку
- б) носовые кости
- в) боковую стенку носа
- г) нижнюю носовую раковина

Ответ: а

312. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ФОНОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ КЕЛОИДНЫХ РУБЦАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) аутоиммунный зоб Хашимото
- б) хронический пиелонефрит
- в) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- г) красный плоский лишай

Ответ: а

313. НЕЙРОТМЕЗИС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ \_\_\_\_\_ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

- а) полное нарушение целостности ствола
- б) восстановление целостности ствола
- в) врождённую патологию периферического отдела
- г) частичное нарушение целостности ствола

Ответ: а

314. ОСМОТР ЛАТЕРАЛЬНОЙ СТЕНКИ ВНУТРЕННЕГО НОСОВОГО КЛАПАНА ПРОИЗВОДЯТ ПРИ

- а) ротации кончика носа вверх
- б) ротации кончика носа вниз
- в) одностороннем смещении крыла носа в сторону
- г) двустороннем смещении крыльев носа в сторону

Ответ: а

315. К ХАРАКТЕРИСТИКЕ РЕЛЬЕФА НОРМОТРОФИЧЕСКОГО РУБЦА ОТНОСЯТ

- а) нахождение на одном уровне с окружающей его кожей

- б) выступ над поверхностью окружающей его кожи
- в) расположение ниже поверхности окружающей его кожи
- г) чередующиеся участки выпячивания и западения

Ответ: а

316. ВНУТРЕННИЙ НОСОВОЙ КЛАПАН ФОРМИРУЕТСЯ

- а) дорсо-каудальными краями верхнелатеральных хрящей в месте соединения с каудальным краем носовой перегородки
- б) L-образным расширением медиальных ножек крыльчатых хрящей
- в) кожей и крыльчатыми хрящами в области мобильных стенок крыльев носа
- г) хрящевой частью перегородки носа (4-х угольного хряща)

Ответ: а

317. ОБЩИЙ УРОВЕНЬ СИММЕТРИИ ЛИЦА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФОТОГРАФИРОВАНИИ НОСА В ПРОЕКЦИИ

- а) фронтальной
- б) косо-фронтальной
- в) аксиальной верхней
- г) аксиальной средней

Ответ: а

318. ВНУТРЕННИЙ НОСОВОЙ КЛАПАН РАСПОЛОЖЕН В ЗОНЕ КОНТАКТА

- а) крыла носа с боковой стенкой пирамидки носа
- б) переднего края хряща носовой перегородки и передней носовой ости
- в) хрящевой части перегородки носа с костной частью
- г) хрящевой части перегородки носа с носовым гребнем верхней челюсти

Ответ: а

319. ТУГАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА /ОСТЕОТОМИИ КОСТЕЙ НОСА ВОЗНИКАЕТ НА \_\_\_\_\_ СУТКИ

- а) 7
- б) 10
- в) 12
- г) 14

Ответ: а

320. ДЛЯ СИНКИНЕЗИИ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ХАРАКТЕРНО

- а) содружественное движение несвойственной группы мышц
- б) выпадение произвольных движений
- в) выпадение непроизвольных движений
- г) наличие асимметрии и ослабления произвольных движений

Ответ: а

321. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОБНОЙ ВЕТВИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) птоз брови
- б) слезотечение
- в) лагофтальм
- г) эктропион

Ответ: а

322. НЕДОСТАТКОМ КЛАССИФИКАЦИИ ОРБИТАЛЬНОГО ГИПЕРТЕЛОРИЗМА Р. TESSIER ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ОНА НЕ УЧИТЫВАЕТ



- а) глубину пролапса продырявленной пластинки решетчатой кости
- б) наличие или отсутствие асимметрии орбит
- в) этиологию орбитального гипертелоризма
- г) наличие или отсутствие сопутствующих деформаций

Ответ: а

323. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА И ПАРАЛИЧЕ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ СО СТОРОНЫ ГЛАЗА РАЗВИВАЮТСЯ ОСЛОЖНЕНИЯ

- а) кератопатия, помутнение роговицы
- б) синдром сухого глаза
- в) экзофтальм, стробизм
- г) энофтальм, диплопия

Ответ: а

324. ПРИЗНАКОМ ГЕМИФАЦИАЛЬНОЙ МИКРОСОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) односторонне недоразвитие верхней и нижней челюсти, нарушение прикуса
- б) асимметричный гипертелоризм
- в) недоразвитие тел скуловых костей
- г) деформация черепа в виде трилистника

Ответ: а

325. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОМПЕНСАТОРНОЙ ЛОБНОЙ ПЛАГИОЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СИНОСТОЗИРОВАНИЕ ШВА

- а) лямбдовидного
- б) метопического
- в) сагиттального
- г) венечного

Ответ: а

326. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ДЛЯ СРЕДИННЫХ КИСТ ШЕИ ОТНОСЯТ

- а) смещаемость кисты при глотании
- б) расположение над яремной ямкой
- в) плотную консистенцию
- г) боли при глотании

Ответ: а

327. ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ КОЛУМЕЛЛА НА СТОРОНЕ РАСЩЕЛИНЫ ПО СРАВНЕНИЮ СО ЗДОРОВОЙ СТОРОНОЙ

- а) укорочена
- б) симметрична
- в) удлинена
- г) утолщена

Ответ: а

328. ПРИ ДЕФОРМАЦИИ/КРАНИОСИНОСТОЗЕ ПО ТИПУ «БАШЕННЫЙ ЧЕРЕП» СЛЕДУЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ

- а) туррицефалия
- б) плагиоцефалия
- в) оксицефалия
- г) скафоцефалия

Ответ: а

329. ПРИ «ВЗРЫВНОМ» ПЕРЕЛОМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО СТРАДАЕТ \_\_\_\_\_

## ОРБИТАЛЬНАЯ СТЕНКА

- а) нижняя
- б) верхняя
- в) внутренняя
- г) латеральная

Ответ: а

## 330. ОСНОВАНИЕ КОЛУМЕЛЛЫ И ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПРИ ОДНОСТОРОННИХ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

- а) смещено в здоровую сторону
- б) расположено по средней линии
- в) смещено в сторону расщелины
- г) пролабирует вперед

Ответ: а

## 331. НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ

- а) уменьшена
- б) увеличена
- в) асимметрична
- г) уплощена

Ответ: а

## 332. БОКОВЫЕ КИСТЫ ШЕИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- а) расположением по внутреннему краю кивательной мышцы
- б) болезненностью при пальпации
- в) истончением кожи над образованием
- г) расположением над яремной веной

Ответ: а

## 333. ПУНКТАТ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД

- а) прозрачной опалесцирующей жидкости
- б) мутной жидкости с включениями в виде хлопьев
- в) крови
- г) серозно-геморрагического отделяемого

Ответ: а

## 334. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ОРБИТАЛЬНОГО ГИПЕРТЕЛОРИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ МОЗГОВАЯ ГРЫЖА, СРЕДИННАЯ РЕСЩЕЛИНА ЛИЦА И

- а) фронто-назальная дисплазия
- б) преждевременное заращение ламбдовидного шва
- в) недоразвитие одной половины лица
- г) боковая расщелина губы и неба

Ответ: а

## 335. ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ СМЫКАНИИ КОРОНАРНОГО ШВА ЧЕРЕПА ЗАМЕДЛЯЕТСЯ ПЕРЕДНЕ-ЗАДНИЙ РОСТ ЧЕРЕПА, ЧТО ПРИВОДИТ К \_\_\_\_\_ ЧЕРЕПА

- а) увеличению поперечного размера
- б) замедлению билатерального роста
- в) увеличению продольного размера
- г) уменьшению высотного размера

Ответ: а

336. КЛАССИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СЭТР – КОТСЕНА ВКЛЮЧАЕТ КОРОНАРНЫЙ СИНОСТОЗ, АКРОЦЕФАЛИЮ И

- а) частичную синдактилию II-III пальцев рук
- б) экзорбитизм
- в) колобому нижних век
- г) нижнюю микрогнатию

Ответ: а

337. СИНОНИМОМ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОЗ

- а) брахиогенная киста
- б) кистозная тератома
- в) тиреоглоссальная киста
- г) эпидермоид

Ответ: а

338. ЭНОФТАЛЬМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕН

- а) повреждением нижней стенки орбиты
- б) повреждением верхней стенки орбиты
- в) повреждением ретробульбарной гематомой
- г) ущемлением глазодвигательных мышц

Ответ: а

339. ПРИ ГЛОТАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЯХ СМЕЩАЕТСЯ ВВЕРХ \_\_\_\_\_ ВРОЖДЕННАЯ КИСТА ШЕИ

- а) срединная
- б) боковая
- в) дермоидная
- г) эпидермоидная

Ответ: а

340. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАСПОЗНАВАНИЯ СРЕДИННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) фистулография
- б) зондирование свища
- в) ультразвуковое исследование
- г) обзорная рентгенография

Ответ: а

341. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА И ПАРЕЗЕ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ДИАГНОСТИРУЮТ

- а) снижение силы и/или амплитуды произвольных движений
- б) увеличение силы и/или амплитуды произвольных движений
- в) полное отсутствие произвольных движений
- г) полное отсутствие произвольных движений с одновременными гиперкинезами

Ответ: а

342. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА И ПАРАЛИЧЕ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ СО СТОРОНЫ ВЕК НАБЛЮДАЮТ РАЗВИТИЕ

- а) лагофтальма, атонии и выворота нижнего века
- б) птоза верхнего века
- в) заворота нижнего века
- г) телекантуса, колобома века

Ответ: а

343. ПЕРЕДНЯЯ НОСОВАЯ ОСТЬ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ОДНОСТОРОННИХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

- а) смещена в здоровую сторону
- б) расположена по средней линии
- в) смещена в сторону расщелины
- г) недоразвита или отсутствует

Ответ: а

344. ДЛЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСО-ГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ТЕЛЕКАНТУС СОПРОВОЖДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО

- а) дакриоциститом
- б) диплопией
- в) энофтальмом
- г) синдромом сухого глаза

Ответ: а

345. ДЕФОРМАЦИЯ ЧЕРЕПА В ВИДЕ ТРИЛИСТНИКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА

- а) Пфейффера
- б) Франческетти – Тричер – Коллинза
- в) Сэтр – Котсена
- г) Крузона

Ответ: а

346. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ НЕ РАНЕЕ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ ПОСЛЕ НАЧАЛА ПАРАЛИЧА

- а) 10-14
- б) 5-7
- в) 15-21
- г) 20-30

Ответ: а

347. К ВРОЖДЕННЫМ ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ОБРАЗОВАНИЯМ ОТНОСЯТ

- а) срединные кисты
- б) кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух
- в) атеромы
- г) кератомы

Ответ: а

348. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ I ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) отек в области раны
- б) образование грануляционной ткани
- в) созревание грануляционной ткани
- г) дегидратация раны

Ответ: а

349. К ОБРАЗОВАНИЮ БОКОВЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ ПРИВОДЯТ АНОМАЛИИ \_\_\_\_\_ ПАР ЖАБЕРНЫХ ДУГ

- а) 2 и 3
- б) 1 и 3

в) 1 и 4

г) 1 и 2

Ответ: а

350. СОЧЕТАНИЕ ОРБИТАЛЬНОГО ГИПЕРТЕЛЛОРИЗМА И СРЕДИННЫХ РАСЩЕЛИН ЛИЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

а) уменьшением вертикального размера лица с широким и коротким носом и открытым прикусом

б) уменьшением глубины орбит с развитием кератопатий и кератитов

в) брахицефалией с выпуклым высоким лбом

г) асимметрией лба по типу плагиоцефалии и уменьшением его вертикального размера

Ответ: а

351. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА КРАНИО-ФРОНТО-НАЗАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) орбитальный гипертеллоризм с дистопией орбиты кверху на стороне поражения

б) орбитальный гипертеллоризм с дистопией орбиты книзу на стороне поражения

в) сколиотическая деформация черепа

г) уплощение лобно-супраорбитальной области на стороне сомкнутого шва

Ответ: а

352. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМАЛЬНЫМИ КРАНИОСИНОСТОЗАМИ ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА И

а) узость верхних дыхательных путей

б) увеличение размеров языка (макроглоссия)

в) геми – и пансинуситы

г) конхобуллез

Ответ: а

353. ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ СУЖЕНИИ ЧЕРЕПА С ПЕРЕДНЕЕ-ЗАДНИМ УДЛИНЕНИЕМ СТАВЯТ ДИАГНОЗ

а) скафоцефалия

б) туррицефалия

в) плагиоцефалия

г) оксифефалия

Ответ: а

354. ДЕФОРМАЦИОННАЯ ЛОБНАЯ ПЛАГИОЦЕФАЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

а) компрессии головы плода в утробе матери или постнатально

б) преждевременного синостозирования лямбдовидного шва

в) преждевременного синостозирования коронарного шва с одной стороны

г) преждевременного синостозирования коронарного и лямбдовидного швов

Ответ: а

355. МИМИЧЕСКАЯ МЫШЦА, ОКАЗЫВАЮЩАЯ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕФОРМАЦИИ НОСА, ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

а) круговая мышца рта

б) большая скуловая мышца

в) депрессор перегородки носа

г) леватор верхней губы

Ответ: а

356. ДИАГНОСТИРОВАТЬ СЛАБОСТЬ НИЖНЕГО ВЕКА ИЛИ СЕНИЛЬНЫЕ ВЕКИ ПОЗВОЛЯЕТ

- а) щипковая проба
- б) тест Ширмера
- в) тест на зажмуривание
- г) тест на стабильность слезной пленки

Ответ: а

357. МЕДИАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) внутренняя яремная вена на уровне бифуркации общей сонной артерии
- б) задний край двубрюшной мышцы
- в) задний край шило-подъязычной мышцы
- г) край грудинно-ключично-сосцевидной мышцей

Ответ: а

358. БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ СНАРУЖИ РАСПОЛОЖЕНА

- а) под грудинно-ключично-сосцевидной мышцей
- б) под задним краем двубрюшной мышцы
- в) под задним краем шило-подъязычной мышцы
- г) у внутренней яремной вены на уровне бифуркации общей сонной артерии

Ответ: а

359. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- а) цитологическое
- б) радиоизотопное
- в) биохимическое
- г) морфологическое

Ответ: а

360. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С ИЗОЛИРОВАННЫМИ И СИНДРОМАЛЬНЫМИ СИНОСТОЗАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЩИЙ ОСМОТР, ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И

- а) компьютерная томография
- б) рентгенография черепа
- в) риноманометрия
- г) контрастирование слезных путей

Ответ: а

361. ОСНОВНЫМ СИНДРОМОМ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) паралич Белла
- б) прозопарез или прозоплегия
- в) синдром Рамзая Ханта
- г) паралич или парез лицевого нерва

Ответ: а

362. ОБРАЗОВАНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ ОБУСЛОВЛЕНО

- а) нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока
- б) нарушением обратного развития зубно-глочного протока
- в) незаращением остатков жаберных дуг
- г) хромосомными абберрациями

Ответ: а

363. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ СИНОСТОТИЧЕСКОЙ АСИММЕТРИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЧЕРЕПА СТАВИТСЯ ДИАГНОЗ

- а) плагиоцефалия
- б) тригоноцефалия
- в) скафоцефалия
- г) акроцефалия

Ответ: а

364. ВТОРИЧНЫЕ ПОЗДНИЕ ПАНСИНОСТОЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- а) синдромальных краниосиностозов
- б) тригоноцефалии
- в) гемикоронарного синостоза
- г) затылочной плагиоцефалии

Ответ: а

365. НЕОБРАТИМОСТЬ ПРОИЗОШЕДШЕГО ПАРАЛИЧА ИЛИ ПАРЕЗА МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ ПРИ

- а) при параличе Белла со сроком заболевания более 6 месяцев и всех параличах и парезах давностью более чем 1 год
- б) всех параличах и парезах давностью более чем 6 месяцев
- в) параличе Белла со сроком заболевания более 3 месяцев и всех параличах и парезах давностью более чем 6 месяцев
- г) всех параличах и парезах давностью более чем 6 месяцев и при параличе Белла со сроком заболевания более 1 года

Ответ: а

366. СИНОНИМОМ СРЕДИННОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОЗ

- а) тиреоглоссальная киста
- б) брахиогенная киста
- в) кистозная тератома
- г) дермоид

Ответ: а

367. КЛАССИФИКАЦИЯ ОРБИТАЛЬНОГО ГИПЕРТЕЛОРИЗМА Р. TESSIER ОСНОВАНА НА ИЗМЕРЕНИИ

- а) расстояния между серединами передних слезных гребней
- б) межзрачкового расстояния
- в) расстояния на уровне начала верхней трети глазниц
- г) скуловой ширины (расстояния между точками zigion-zigion)

Ответ: а

368. ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ СИНОСТОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЧЕРЕПА ХАРАКТЕРНО ВНУТРИУТРОБНОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ И

- а) пренатальное или раннее постнатальное проявление
- б) тенденция к самоустранению
- в) системная дисплазия белка фибриллина
- г) рецидивирование во всех случаях

Ответ: а

369. В ОБЛАСТИ КОРНЯ ЯЗЫКА МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ \_\_\_\_\_  
ВРОЖДЕННАЯ КИСТА

- а) тиреоглоссальная

- б) брахиогенная
- в) дермоидная
- г) эпидермоидная

Ответ: а

370. СТЕПЕНИ ДЕФОРМАЦИИ СЛОЖЕННОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ

- а) 1, 2а, 2б, 3
- б) 1, 2, 3, 4
- в) 1а, 1б, 2, 3
- г) 1, 2, 3а, 3б

Ответ: а

371. ДИАГНОСТИКУ ЭКЗОФТАЛЬМА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКЕ ВЕК ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ

- а) недостаточной опоры для нижнего века
- б) склерального вида
- в) ложного блефарохлазиса
- г) нестабильности слезной пленки

Ответ: а

372. ДИАГНОЗ «УХО ШТАЛЯ» УСТАНОВЛИВАЮТ ПРИ

- а) наличии дополнительной ножки противозавитка, берущей свое начало чуть выше или в области его деления и идущей вверх и назад
- б) чрезмерном развитии противозавитка, который выступает над поверхностью завитка
- в) значительном утолщении края завитка, расположенном в самом начале его нисходящей части
- г) утолщении и деформации нисходящего отдела завитка, который выглядит выпрямленным и развернутым

Ответ: а

373. ПТОЗ БРОВИ ДИАГНОСТИРУЮТ В СЛУЧАЯХ, КОГДА БРОВИ

- а) расположены ниже верхнеглазничного края
- б) соответствует верхнеглазничному краю
- в) расположены выше верхнеглазничного края
- г) в состоянии гиперэкстензии

Ответ: а

374. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛОЖНОГО БЛЕФАРОХАЛАЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) открывание глаза при пассивном подъеме брови
- б) визуализация жировых грыж век при надавливании на глазное яблоко
- в) несмыкание век при закрытии глаз и наличие между ними щели
- г) расположение реберного края нижнего века ниже края роговицы более, чем на 1 мм при взгляде прямо

Ответ: а

375. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ОРИЕНТАЛЬНОГО ТИПА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ГИПОПАЗИЯ ТАРЗАЛЬНОЙ СКЛАДКИ ВЕРХНИХ ВЕК И

- а) низкая горизонтальная профилировка лица
- б) открытый тип орбит
- в) альвеолярный прогнатизм
- г) долихопрозопия

Ответ: а



376. КОСМЕТИЧЕСКИЕ ДИСПРОПОРЦИИ ЛИЦА ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- а) врожденной сочетанной деформации челюстей
- б) посттравматической деформации средней зоны лица
- в) посттравматической деформации верхней зоны лица
- г) врожденной расщелины губы и неба

Ответ: а

377. ЛАГОФТАЛЬМ ДИАГНОСТИРУЮТ, ЕСЛИ

- а) при закрытых глазах веки не смыкаются и между ними остается щель
- б) реберный край нижнего века при взгляде прямо расположен ниже края роговицы более, чем на 1 мм
- в) реберный край верхнего века при взгляде прямо прикрывает верхний край роговицы более, чем на 2 мм
- г) количество морганий превышает 19/1 мин

Ответ: а

378. ПРОСТЕЙШИМ СПОСОБОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ВЫСТОЯНИЯ УШНЫХ РАКОВИН ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ

- а) линейного расстояния от края завитка до поверхности головы
- б) ушно-головного угла
- в) скафо-конхального угла
- г) глубины конхи

Ответ: а

379. ДИАГНОСТИКУ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ СУХОГО ГЛАЗА ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ

- а) теста Ширмера и пробы по Норну и Джонсу
- б) щипковой пробы и теста на зажмуривание
- в) тестов Дюркана и Тинеля
- г) пробы Коттла и теста на зажмуривание

Ответ: а

380. ПРИ III СТЕПЕНИ ДЕФОРМАЦИИ СЛОЖЕННОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПО TANZER ПОМИМО ДЕФОРМАЦИИ ЗАВИТКА И ПРОТИВОЗАВИТКА НАБЛЮДАЮТ

- а) деформацию ладьи и чаши
- б) дополнительные бугорки
- в) деформацию козелка и мочки
- г) дополнительные ножки противозавитка

Ответ: а

381. ДЛЯ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ЛАГОФТАЛЬМА ХАРАКТЕРНО

- а) наличие выворота нижнего века, отсутствие ретракции верхнего века, не смыкание век более 5 мм
- б) сохранение конгруэнтности нижнего века с глазным яблоком, не смыкание век менее 10 мм
- в) наличие ретракции верхнего века, не смыкание век менее 5 мм
- г) сохранение конгруэнтности нижнего века с глазным яблоком, не смыкание век менее 5 мм

мм

Ответ: а

382. ДИАГНОЗ «КРИПТОТИЯ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ \_\_\_\_\_ УШНОЙ РАКОВИНЕ

- а) вросшей

- б) сстрококонечной
- в) углообразной
- г) выступающей

Ответ: а

383. МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ СЛАБОСТЬ НИЖНЕГО ВЕКА ИЛИ СЕНИЛЬНЫЕ ВЕКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) щипковая проба
- б) тест Ширмера
- в) тест на зажмуривание
- г) проба по Норну и Джонсу

Ответ: а

384. СКАФО-КОНХАЛЬНЫЙ УГОЛ В НОРМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ВЫСТОЯНИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ/ ЛОПОУХОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) увеличение высоты чаши при хорошо выраженном противозавитке
- б) сочетание увеличения высоты чаши и недоразвития противозавитка
- в) недоразвитие противозавитка и его ножек 1 степени
- г) недоразвитие противозавитка и его ножек 2 степени

Ответ: а

385. ПРИЧИНОЙ ВЫШЕСТОЯЩИХ (ОТТОПЫРЕННЫХ) УШНЫХ РАКОВИН ЯВЛЯЕТСЯ

- а) недоразвитие противозавитка и увеличение высоты чаши
- б) утолщение и деформация нисходящего отдела завитка
- в) гипертрофия противозавитка и его ножек
- г) макроотия и дистопия ушной раковины относительно анатомических ориентиров

Ответ: а

386. ОЦЕНКА КОСМЕТИЧЕСКИХ ДИСПРОПОРЦИЙ ЛИЦА СТРОИТСЯ НА

- а) соотношении линейных размеров верхней, средней и нижней третей (зон) лица
- б) значении общего угла лицевого профиля, назо-малярного и зиго-максиллярного указателей
- в) отношении вертикальных диаметров лица к поперечным диаметрам
- г) значении краниофациальных указателей - вертикального (высотного), поперечного и лобно-скулового

Ответ: а

387. ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ВЫСТОЯНИЯ УШНЫХ РАКОВИН (ЛОПОУХОСТИ) УЧИТЫВАЕТСЯ РАССТОЯНИЕ ОТ КРАЯ ЗАВИТКА ДО ПОВЕРХНОСТИ ГОЛОВЫ И

- а) скафо-конхальный и ушно-головные углы
- б) степень разворота дольки(мочки) ушной раковины
- в) размеры ушной раковины и дополнительные бугорки
- г) форма и размеры козелка

Ответ: а

388. К ПРОЯВЛЕНИЯМ АНОФТАЛЬМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ

- а) птоз и западение верхнего века в орбиту, слабость нижнего века, малоподвижную втянутую культю
- б) посттравматический телекантус, слезотечение, слезостояние, частые воспаления верхней группы придаточных пазух носа
- в) дистопию и нарушение моторики глазного яблока, диплопию, деформацию скуло-глазничного комплекса с одной стороны

г) выворот нижнего века, отсутствие ретракции верхнего века, не смыкание век, кератопатию

Ответ: а

389. ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОРБИТАЛЬНОГО ЖИРА КНИЗУ У ВЕРХНИХ ВЕК ОРИЕНТАЛЬНОГО ТИПА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- а) хорошо выраженной клетчаткой под круговой мышцей глаза
- б) гипоплазией подбровного жирового пакета
- в) высоким прикреплением тарзо-орбитальной фасции к апоневрозу леватора верхнего века
- г) отсутствием подкожной клетчатки

Ответ: а

390. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ВЕРХНИХ ВЕК ОРИЕНТАЛЬНОГО ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) гипоплазия тарзальной складки и эпикантус
- б) изогнутые ресницы и телекантус
- в) отсутствие жировых пакетов и гипертонус круговой мышцы глаза
- г) наличие подкожного жира и короткий леватор верхнего века

Ответ: а

391. ПРИ УТОЛЩЕНИИ И ВОЗВЫШЕННОСТИ В САМОЙ ВЕРХНЕЙ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЗАВИТКА С РАСШИРЕНИЕМ ЛАДЬБЕВИДНОЙ ЯМКИ УСТАНОВЛИВАЮТ ДИАГНОЗ

- а) «ухо сатира»
- б) «ухо Штала»
- в) «ухо макаки»
- г) «ухо Вильдемута»

Ответ: а

392. ПРИ ЭКСОФТАЛЬМЕ ВЕКТОР ОТКЛОНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ОТ НИЖНЕГО ОРБИТАЛЬНОГО КРАЯ

- а) отрицательный
- б) положительный
- в) нейтральный
- г) слабopоложительный

Ответ: а

393. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПОВЯЗОК С ГИДРОАЛЬГИНАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОГЛОЩЕНИЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ЭКССУДАТА И

- а) минимальное повреждение заживающих тканей и риск мацерации
- б) снижение активности тканевых протеаз
- в) широкая антибактериальная активность с отсутствием резистентности
- г) профилактика патологического рубцевания

Ответ: а

394. ПЕРЕД ЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИЕЙ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

- а) липофилинг области коррекции
- б) местную гормонотерапию кортикостероидами
- в) общую гормонотерапию кортикостероидами
- г) курс лечения препаратами, содержащими протеазы

Ответ: а

395. ЛАЗЕРНУЮ ДЕСТРУКЦИЮ/АБЛЯЦИЮ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КЕЛЛОИДНЫХ И ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С

- а) местной гормонотерапией кортикостероидами
- б) букки-терапией
- в) общей гормонотерапией кортикостероидами
- г) СВЧ-криодеструкцией

Ответ: а

396. ДЛЯ ГИДРОГЕЛЕВЫХ ПЛАСТИН (ГЕЛЕПРАН, ГИДРОСОРБ, ВАП-ГЕЛЬ), ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ И ПОГРАНИЧНЫХ ОЖОГОВ, ХАРАКТЕРНЫ СОРБИРУЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ И

- а) возможность редкой смены повязки 2-3 суток
- б) наличие депо-системы лекарственных препаратов в составе повязки
- в) подавление тканевых протеаз
- г) отсутствие дренажных свойств

Ответ: а

397. ЗАДАЧАМИ ПОВЯЗКИ В I ФАЗУ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЮТСЯ ЗАЩИТА РАНЫ ОТ МЕХАНИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ И

- а) удаление бактерий, токсинов, некротических тканей
- б) снижение активности тканевых протеаз
- в) возможность редкой смены повязки
- г) возможность самостоятельной смены повязки

Ответ: а

398. ДЛЯ ГИДРОГЕЛЕВЫХ И ГИДРОКОЛЛОИДНЫХ ПОВЯЗОК ХАРАКТЕРНО ЗАЖИВЛЕНИЕ ВО ВЛАЖНОЙ СРЕДЕ И

- а) аутолитическое очищение раны
- б) бактериостатический эффект
- в) сорбирующий эффект
- г) снижение активности тканевых протеаз

Ответ: а

399. ДЛЯ ФАЗЫ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ПОКАЗАНА \_\_\_\_\_ ПОВЯЗКА

- а) комбинированная с коллагеном и целлюлозой
- б) альгинатная
- в) гидрогелевая
- г) вакуумная

Ответ: а

400. ПОКАЗАНИЯМИ К СМЕНЕ ПОВЯЗКИ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЬ В ОБЛАСТИ РАНЫ И

- а) промокание повязки
- б) просьба пациента
- в) необходимость перевода пациента в другое медицинское учреждение
- г) выписка пациента из стационара

Ответ: а

401. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ВЛАЖНОЙ СРЕДЫ И АУТОЛИТИЧЕСКОГО ОЧИЩЕНИЯ РАНЫ ПОКАЗАНА САМОФИКСИРУЮЩАЯ ПОВЯЗКА

- а) гидроколлоидная
- б) с комбинацией коллагена и целлюлозы
- в) альгинатная

г) сорбирующая

Ответ: а

402. ЛЕГКОСТЬ УДАЛЕНИЯ ПОВЯЗКИ С РАНЫ ЗАВИСИТ ОТ

- а) прочности повязки на разрыв
- б) гидрофильности повязки
- в) способности компонентов повязки образовывать гель при контакте с экссудатом
- г) размеров повязки и наличия фиксирующих компонентов

Ответ: а

403. МАЦЕРАЦИЯ КРАЕВ РАНЫ ВОЗМОЖНА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПОВЯЗКИ

- а) гидроколлоидной
- б) альгинатной
- в) сорбирующей
- г) коллагеновой

Ответ: а

404. СРОК НАЗНАЧЕНИЯ БУККИ-ТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕГО КЕЛОИДНОГО РУБЦА

- а) с момента полной эпителизации раны
- б) в предоперационном периоде
- в) в первые сутки после хирургического лечения
- г) непосредственно после снятия швов

Ответ: а

405. ОШИБОЧНОЙ ТАКТИКОЙ В ФАЗЕ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ПОВЯЗКИ

- а) альгинатной
- б) сетчатой
- в) полиуретановой губчатой
- г) коллагеновой

Ответ: а

406. СРОК ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН (ПХО) ПОСЛЕ ТРАВМЫ СОСТАВЛЯЕТ ДО (В ЧАСАХ)

- а) 24
- б) 12
- в) 36
- г) 72

Ответ: а

407. НА ПРОЦЕСС ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ВЛИЯЕТ ФАКТОР

- а) натяжения тканей по линии швов
- б) типа кожи по Фицпатрику
- в) количества волосяных фолликулов по краям раны
- г) времени обращения за первой помощью

Ответ: а

408. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ СЕТЧАТАЯ ПОВЯЗКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РАНАХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СОЧЕТАНИИ С \_\_\_\_\_ ПОВЯЗКОЙ

- а) гидрогелевой
- б) сорбирующей
- в) альгинатной

г) коллагеновой

Ответ: а

409. СОРБИРУЮЩИЕ ПОВЯЗКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ

- а) трофических язв и пролежнях
- б) эпителизирующихся ранах
- в) ранах после первичной хирургической обработки
- г) ранах после поверхностной абляции новообразований кожи

Ответ: а

410. ПРИ НАЛИЧИИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПОВЯЗКИ

- а) пленочные
- б) комбинированные с коллагеном и целлюлозой
- в) гидрогелевые
- г) альгинатные

Ответ: а

411. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ВО ВЛАЖНОЙ СРЕДЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПОВЯЗКУ

- а) с гидрополимером
- б) мазевую
- в) с комбинацией коллагена и целлюлозы
- г) спирто-гепариновую

Ответ: а

412. НЕОБХОДИМЫМИ ЭТАПАМИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ВЕК ЯВЛЯЮТСЯ РЕВИЗИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР И

- а) сопоставление переднего и заднего ребер края века
- б) тканевая экспансия при потере ткани
- в) введение раствора антибиотика в область операции
- г) блефароррафия

Ответ: а

413. БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОВЯЗОК

- а) сорбирующих
- б) гидроколлоидных
- в) гидрогелевых
- г) силиконовых

Ответ: а

414. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ОПТИМИЗАЦИИ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- а) актовегина
- б) актиногеала
- в) ферменкола
- г) гидрокортизона

Ответ: а

415. СТАНДАРТНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА ЛОНГИДАЗЫ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ НА ОДНУ ПРОЦЕДУРУ ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОМ/ВНУТРИРУБЦОВОМ ВВЕДЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ (В ЕД)

- а) 3000
- б) 1000

в) 2000

г) 4000

Ответ: а

416. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ЭЛЕКТРОДНЫЙ ФОНОФОРЕЗ РУБЦА С ПРЕПАРАТАМИ ПРОТЕАЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С ВВЕДЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЛОНГИДАЗЫ

а) внутримышечно и в рубец

б) интраректально и перорально

в) интраректально и сублингвально

г) внутривенно и интраректально

Ответ: а

417. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПОВЯЗОК С ПОВИДОН-ЙОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) широкая антибактериальная активность с отсутствием резистентности

б) возможность редкой смены повязки

в) возможность самостоятельной смены повязки

г) профилактика патологического рубцевания

Ответ: а

418. ДЛЯ ФАЗЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ПОВЯЗКИ ГУБЧАТЫЕ ПОЛИУРЕТАНОВЫЕ И

а) гидроколлоидные

б) спирто-гепариновые

в) спиртовые

г) пленочные

Ответ: а

419. СОЧЕТАНИЕ МЕСТНОГО И ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ПРОТЕАЗЫ, ПОКАЗАНО ПРИ ОБШИРНЫХ РУБЦАХ И

а) рецидивирующем келоиде

б) множественных атрофических рубцах

в) рубцах postakhne

г) рубцах stria gravidarum

Ответ: а

420. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ РАННЕЙ МЕСТНОЙ РЕАКЦИИ ТКАНЕЙ НА ПРОТИВОРУБЦОВУЮ БУККИ-ТЕРАПИЮ ОТНОСЯТ

а) гиперемию и чувство жжения

б) онемение

в) временную депигментацию

г) скудную экссудацию

Ответ: а

421. ОШИБОЧНОЙ ТАКТИКОЙ В ФАЗУ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ СЧИТАЮТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВЯЗКИ

а) альгинатной

б) коллагеновой

в) сетчатой с перуанским бальзамом

г) полиуретановой губчатой

Ответ: а

422. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЕЛОИДНОГО РУБЦА В ОБЛАСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

ЛАЗЕРНУЮ ДЕСТРУКЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С

- а) местной гормонотерапией
- б) букки-терапией
- в) СВЧ-криодеструкцией
- г) прессотерапией

Ответ: а

423. ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ РАН ПРИМЕНЯЮТ ПОВЯЗКИ

- а) губчатые
- б) пленочные
- в) альгинатные
- г) гидрогелевые

Ответ: а

424. НЕДОСТАТКОМ ПЛЕНОЧНЫХ ПОВЯЗОК (НАПРИМЕР: ГИДРОФИЛЬМ, БИОДЕСПОЛ, ОМИДЕРМ, DDBM) ЯВЛЯЕТСЯ

- а) отсутствие дренажных свойств
- б) повышенный риск мацерации окружающих тканей
- в) необходимость постоянного увлажнения
- г) плотная фиксация к окружающим тканям

Ответ: а

425. АЛЬГИНАТНЫЕ ПОВЯЗКИ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН

- а) с обильным и умеренным экссудатом
- б) со скудным экссудатом
- в) эпителизирующихся
- г) после первичной хирургической обработки

Ответ: а

426. ЗАДАЧАМИ ПОВЯЗКИ В ФАЗЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ И ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ МАКСИМАЛЬНАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА, АТРАВМАТИЧНОСТЬ И

- а) профилактика вторичного инфицирования
- б) возможность самостоятельной смены повязки
- в) удаление максимального количества экссудата
- г) аутолитическое очищение раны

Ответ: а

427. НЕДОСТАТКОМ ПЛЕНОЧНЫХ ПОВЯЗОК ЯВЛЯЕТСЯ

- а) отсутствие дренажных свойств
- б) плотная фиксация к окружающим тканям
- в) необходимость постоянного увлажнения
- г) повышенный риск мацерации окружающих тканей

Ответ: а

428. В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВРУБЦОВОЙ БУКИ-ТЕРАПИИ МЕСТНО СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- а) актовегин/солкосерил гель
- б) мазь/гель, содержащую антибактериальный препарат
- в) мазь/гель, содержащую противогрибковый препарат
- г) гепаринсодержащую мазь/гель

Ответ: а



429. ИДЕНТИЧНОСТЬ ЦВЕТА ПЕРЕСАЖЕННОЙ И ОКРУЖАЮЩЕЙ КОЖИ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

- а) деэпидермизации
- б) криотерапии
- в) гидромассажа
- г) лимфодренажа

Ответ: а

430. ПРОТИВОРУБЦОВЫЕ ПЛАСТИНЫ ИЗ СИЛИКОНОВОГО ГЕЛЯ (НАПРИМЕР ЭЛАСТОДЕРМ)

- а) нуждаются в дополнительной фиксации пластырем
- б) являются самофиксирующимся материалом
- в) возможно использовать не более 2-3 дней
- г) не переносят мытья

Ответ: а

431. САМОКЛЕЯЩИМСЯ ПРОТИВОРУБЦОВЫМ СИЛИКОНОВЫМ ПОКРЫТИЕМ (ТЭЙПОМ) ЯВЛЯЕТСЯ

- а) мепиформ
- б) эластодерм
- в) скар гуард
- г) стери-стрип

Ответ: а

432. СИЛИКОНОВЫЕ ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РУБЦЕВАНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ЗАЩИТУ РУБЦА ОТ ВНЕШНЕГО МЕХАНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И

- а) предотвращения гиперкератоза и избыточного фиброгенеза
- б) повышенной гидратации
- в) длительного периода онемения
- г) образования лигатурных свищей

Ответ: а

433. ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ФРАКЦИОННОГО ФОТОТЕРМОЛИЗА В ПРОТИВОРУБЦОВЫХ ПРОГРАММАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) ремоделирование тканей в ответ на выброс стрессовых медиаторов в виде активации полипотентных клеток вокруг зоны поражения
- б) противовоспалительное действие в ответ на угнетение избыточной активности клеточных элементов
- в) локальный нагрев структур, содержащих меланин или гемоглобин
- г) послойное удаление обширных участков эпидермиса путем их выпаривания, нагревание подлежащей дермы

Ответ: а

434. ЗАДАЧА КОМПРЕССИОННОГО БЕЛЬЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ОПТИМИЗАЦИИ

- а) процесса рубцевания
- б) заживления раны
- в) редукации отека
- г) микроциркуляции

Ответ: а

435. ДЕЙСТВИЕ СИЛИКОНСОДЕРЖАЩИХ ПРОТИВОРУБЦОВЫХ СРЕДСТВ

ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В КОМПРЕССИИ РУБЦА И

- а) уменьшении обезвоживания формирующейся рубцовой ткани
- б) улучшении микроциркуляции окружающих тканей
- в) снижении риска образования лигатурных свищей
- г) препятствии для воздействия УФ-излучения и гиперпигментации

Ответ: а

436. ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САМОФИКСИРУЮЩИХСЯ ПРОТИВОРУБЦОВЫХ СИЛИКОНОВЫХ ПОКРЫТИЙ ОГРАНИЧЕНЫ

- а) временем утраты покрытием адгезивных свойств
- б) загрязнением покрытия
- в) отсутствием адекватного воздухообмена в области рубца
- г) возникновением мацерации в области применения

Ответ: а

437. РЕЖИМ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОДНОГО ФАРМОФОРЕЗА С ПРЕПАРАТАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ КОЛЛАГЕННЫЕ ПРОТЕАЗЫ, С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РУБЦЕВАНИЯ

- а) 2-4 блока по 10 процедур ежедневно/через день с недельным перерывом
- б) 1 блок по 10 процедур ежемесячно до созревания рубца
- в) по 1 блоку из 3 процедур до и после буки-терапии
- г) в течении 1,5-2 месяцев после хирургической коррекции ежедневно/через день

Ответ: а

438. ПРОТИВОРУБЦОВЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ПРОТЕАЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) актиногеал
- б) дипроспан
- в) кело-кот
- г) кеналог

Ответ: а

439. НАЧАЛО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОРУБЦОВЫХ СИЛИКОНОВЫХ ПОКРЫТИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- а) с момента полной эпителизации
- б) с момента снятия швов
- в) сразу после операции
- г) по окончании созревания рубца

Ответ: а

440. ПРОТИВОРУБЦОВЫЙ ЭФФЕКТ СИЛИКОНОВЫХ ПОКРЫТИЙ НАСТУПАЕТ ОТ

- а) 3-х недель до 1 года
- б) 3 месяцев до 1,5 лет
- в) 6 месяцев до 1 года
- г) 1 года до 1,5 лет

Ответ: а

441. В СОСТАВЕ ЖИДКИХ ПРОТИВОРУБЦОВЫХ СИЛИКОНОВЫХ ГЕЛЕЙ/КРЕМОВ

- а) витамины А и Е
- б) гиалуроновая кислота
- в) диметиламиноэтанол (DMAE)
- г) метилурацил

Ответ: а

442. К ПРОТИВОРУБЦОВЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСЯТСЯ МЕСТНАЯ И ОБЩАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ И

- а) компрессия
- б) лимфодренаж
- в) магнитотерапия
- г) криотерапия

Ответ: а

443. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СИЛИКОНОВЫХ ТЭЙПОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

- а) гипертрофических и келоидных рубцов
- б) атрофических рубцов
- в) рубцов post akhne
- г) рубцов stria gravidarum

Ответ: а

444. МЕСТНОЕ КОМПРЕССИОННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА РУБЕЦ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРУБЦОВОЙ ТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

- а) до момента полного созревания рубца
- б) в течении 1 месяца после операции
- в) в течении 2 месяцев после операции
- г) в течении 6 месяцев после операции

Ответ: а

445. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ, СЕТЧАТАЯ ПОВЯЗКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РАНАХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СОЧЕТАНИИ С \_\_\_\_\_ ПОВЯЗКОЙ

- а) гидрогелевой
- б) сорбирующей
- в) альгинатной
- г) коллагеновой

Ответ: а

446. УСЛОВИЕМ НАЛОЖЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ РАННИХ ШВОВ В СРОК ОТ 8 ДО 15 ДНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) наличие здоровых грануляций
- б) скудное отделяемое из раны
- в) отсутствие болевого синдрома
- г) отсутствие раневого отделяемого

Ответ: а

447. ОШИБОЧНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН С ОБИЛЬНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- а) повязок с мазями на жировой основе
- б) сорбирующей повязки
- в) альгинатной повязки
- г) гидроцеллюлярной повязки

Ответ: а

448. ПЛАСТИКА ГУБЫ ПО АББЕ ВКЛЮЧАЕТ \_\_\_\_\_ ЭТАПА

- а) 2
- б) 3
- в) 4

г) 5

Ответ: а

449. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) некроз трансплантата
- б) гиперпигментация трансплантата после приживления
- в) рубцовая трансформация трансплантата после приживления
- г) кровотечение из трансплантата

Ответ: а

450. ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ ТКАНЕЙ В ОБЛАСТИ ЛИНЕЙНОГО РУБЦА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ МЕТОД ПЛАСТИКИ

- а) встречными треугольными лоскутами
- б) ротационным лоскутом
- в) тканевой экспансией
- г) дермабразией рубца

Ответ: а

451. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАН ОТНОСЯТ

- а) образование сером и гематом
- б) лигатурные свищи
- в) краевые некрозы
- г) нагноение

Ответ: а

452. ДОСТУП К ЛИЦЕВОМУ НЕРВУ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ РАЗРЕЗОМ

- а) предушным
- б) из полости рта
- в) заушным
- г) на 1,5 см ниже скуловой дуги

Ответ: а

453. РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА НАЧИНАЕТСЯ В ПЕРИОД С (В ДНЯХ)

- а) 3
- б) 1
- в) 10
- г) 14

Ответ: а

454. НАЧАЛО ПЕРИОДА РЕИНЕРВАЦИИ РАСЩЕПЛЕННОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

- а) 3
- б) 1
- в) 2
- г) 6

Ответ: а

455. ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО БЛЭРУ-БРАУНУ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- а) 0,5-0,6
- б) 0,2-0,4
- в) 0,6-0,7

г) 0,8-1,0

Ответ: а

456. САМЫМ РАСПРОСТРАНЁННЫМ И ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ УСТРАНЕНИЯ РУБЦОВОЙ ПОСЛЕОЖГОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ВЕК СЧИТАЮТ

- а) пересадку свободной кожи
- б) инъекции глюкокортикостероидов
- в) пересадку кожно-жирового лоскута
- г) аутотрансплантацию кожно-мышечного лоскута

Ответ: а

457. ПОЛНОСЛОЙНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОВЕРХНОСТИ

- а) внутренней плеча
- б) тыла стопы
- в) боковой шеи
- г) наружной бедра

Ответ: а

458. ПРИ НАЛИЧИИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ \_\_\_\_\_ ПОВЯЗКИ

- а) пленочные
- б) гидрогелевые
- в) комбинированные с коллагеном и целлюлозой
- г) альгинатные

Ответ: а

459. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) лихорадка и появление гнойных затеков
- б) появление вялых грануляций и фибрина в ране
- в) стабильное количество отделяемого и сохранение болевого синдрома
- г) субфебрилитет и появление фибрина в ране

Ответ: а

460. АКТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДЕТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) гемосорбция и плазмоферез
- б) водная нагрузка и форсированный диурез
- в) водная нагрузка и прием осмотических слабительных средств
- г) водная нагрузка и прием сорбентов

Ответ: а

461. ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА В ОБЛАСТИ КРУПНОГО СУСТАВА НАПРАВЛЕНИЕ РАЗРЕЗА ДОЛЖНО ПРОХОДИТЬ

- а) перпендикулярно подлежащим мышцам и сухожилиям
- б) вдоль подлежащих мышц и сухожилий
- в) под углом, приближающимся к направлению подлежащих мышц и сухожилий
- г) под углом, приближающимся к оси конечности

Ответ: а

462. ДЛЯ РОТАЦИИ КОНЧИКА НОСА ВВЕРХ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ УДЛИНЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И РЕЗЕКЦИЯ

- а) цефалических краев латеральных ножек крыльных хрящей с фиксацией куполов

- б) поперечная задних отделов латеральных ножек
- в) каудального края носовой перегородки
- г) с одновременным укорочением медиальных и латеральных ножек

Ответ: а

463. УМЕНЬШЕНИЕ ОБЪЕМА КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА ДОСТИГАЕТСЯ

- а) экономной резекцией цефалических краев крыльных хрящей, сближением и фиксации куполов
- б) рассечением *mm. depressorseptinasi* и ротацией концевого отдела вверх
- в) резекцией переднего края четырехугольного хряща и фиксацией медиальных ножек крыльных хрящей на стропилке
- г) иссечением фиброзных тканей между латеральными ножками крыльных хрящей и под кожей

Ответ: а

464. ПРИ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ РАНЫ УДАЛЕНИЕ ИЗЛИШКОВ ЭКССУДАТА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- а) уменьшением бактериальной колонизации и стимуляцией роста грануляционной ткани
- б) оптимизацией газообмена и уменьшение роста избыточных грануляций
- в) усилением аэрации и уменьшением болевого синдрома
- г) подавлением тканевых металлопротеаз и стимуляцией макрофагов

Ответ: а

465. ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ТИРШУ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- а) 0,2-0,4
- б) 0,5-0,6
- в) 0,6-0,7
- г) 0,7-0,8

Ответ: а

466. СВОБОДНУЮ ПЕРЕСАДКУ КОЖИ ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ УСТРАНЕНИЯ

- а) поверхностного дефекта, который невозможно устранить местными тканями
- б) сквозного дефекта, включающего дефект кожи и слизистой оболочки
- в) дефекта слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти
- г) рубцового тяжа на вогнутой поверхности

Ответ: а

467. ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ ТОЧКА КОМПРЕССИИ НАХОДИТСЯ

- а) на 1 см выше и кпереди от козелка уха к височной кости
- б) у края нижней челюсти по переднему краю жевательной мышцы
- в) на середине протяжения переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы к поперечному отростку шейного позвонка
- г) на 1 см кзади от мочки уха

Ответ: а

468. ПРИ ГЛАДКОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ПОЛНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ КОСТЕЙ НОСА В КАЧЕСТВЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДОМАШНЕГО УХОДА ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- а) увлажняющие солевые спреи/ капли для полости носа
- б) сосудосуживающие капли

- в) капли с кортикостероидами
- г) масляные растворы и капли

Ответ: а

469. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДРЕНИРОВАНИЯ РАН ЯВЛЯЕТСЯ

- а) микробная контаминация через дренаж
- б) эвентрация внутренних органов
- в) гипоксия краев раны
- г) дегидратация раны

Ответ: а

470. ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА, СФОРМИРОВАННОГО ИЗ ТКАНИ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

- а) наружной формирующей повязки и трубчатых стентов в носовые ходы
- б) наружной коллодийной повязки и сменных мазевых тампонов в носовые ходы
- в) гипсовой повязки и противорубцовой Букки-терапии
- г) периодической компрессии лоскута и местной гормонотерапии

Ответ: а

471. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СЕПТОПЛАСТИКИ ОТНОСЯТ

- а) перфорации носовой перегородки
- б) интрасептальную гематому
- в) артериальное кровотечение
- г) интерсептальное нагноение

Ответ: а

472. В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ПРИ РЕВИЗИИ НЕРВА НАРУШЕНИЯ ЕГО ЦЕЛОСТИ БЕЗ ПОТЕРИ СЕГМЕНТА НЕРВА ВЫПОЛНЯЮТ

- а) прямую нейрорафию
- б) декомпрессию
- в) нейрорафию с аутовставкой
- г) транспозицию ветвей

Ответ: а

473. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕСТОМ ДЛЯ ВЗЯТИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ ПЕРЕСАДКИ НА ВЕКИ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ПОВЕРХНОСТЬ

- а) внутренняя; ушной раковины
- б) внутренняя; плеча
- в) наружная; бедра
- г) передняя; живота

Ответ: а

474. К ОПЕРАТИВНЫМ ПРИЁМАМ ПРИ ОЛИВООБРАЗНОМ РАСШИРЕНИИ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА ОТНОСЯТ

- а) сближение куполов
- б) резекцию куполов
- в) иссечение овального участка тканей крыльев носа
- г) резекцию переднего края четырехугольного хряща

Ответ: а

475. ПРИ ПОДТЯЖКЕ КОЖИ ЛБА ИСПОЛЬЗУЮТ РАЗРЕЗ

- а) по краю роста волос
- б) по поперечной кожной складке лба

- в) вокруг ушной раковины
- г) линейный в височной области в пределах волосяного покрова

Ответ: а

476. ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ПЕДЖЕТУ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- а) 0,6-0,7
- б) 0,2-0,4
- в) 0,5-0,6
- г) 0,8-1,0

Ответ: а

477. ПОВЯЗКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ МЯГКОГО СИЛИКОНОВОГО ПОКРЫТИЯ ОБЕСПЕЧИВАЮТ СНИЖЕНИЕ РИСКА МАЦЕРАЦИИ ЗА СЧЕТ

- а) вертикального проникновения экссудата в сорбирующий слой
- б) высокой степени атравматичности фиксирующей поверхности
- в) адекватного газообмена в ране за счет проницаемости повязки
- г) высоких сорбирующих свойств рабочей поверхности повязки

Ответ: а

478. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОЗДНИХ КОЖНЫХ КОНТРАКТУР ПРИ ПЕРЕСАДКЕ СВОБОДНЫХ ЛОСКУТОВ НА ВОГНУТЫХ И СГИБАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ НЕОБХОДИМО ПОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИИ 2-3 МЕСЯЦЕВ

- а) съемное шинирование
- б) курс Букки терапии
- в) местные инъекции кортикостероидов еженедельно
- г) компрессионную терапию

Ответ: а

479. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПОДТЯЖКИ КОЖИ ЛБА ОТНОСЯТ

- а) возрастные изменения мягких тканей преимущественно в верхнем отделе лица
- б) «гусиную лапку» у наружного угла глаза и морщины щек
- в) деформацию спинки и кончика носа
- г) возрастные изменения мягких тканей на шее и на лбу

Ответ: а

480. УДАЛЕНИЕ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПОСЛЕ ПОЛНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА ПОКАЗАНО НА \_\_\_\_ СУТКИ

- а) 9-10
- б) 7-8
- в) 11-12
- г) 14-15

Ответ: а

481. РЕЗЕКЦИЯ ЦЕФАЛИЧЕСКОГО КРАЯ ЛАТЕРАЛЬНЫХ НОЖЕК КРЫЛЬНЫХ ХРЯЩЕЙ ПРИВОДИТ К

- а) ослаблению механической прочности крыла носа
- б) ротации кончика носа вверх
- в) уменьшению вестибулярного стеноза
- г) изменению проекции кончика носа

Ответ: а

482. ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ РАН



ПРИМЕНЯЮТ \_\_\_\_\_ ПОВЯЗКИ

- а) губчатые
- б) пленочные
- в) альгинатные
- г) гидрогелевые

Ответ: а

483. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЧАСТИЧНОЙ ПОДТЯЖКИ КОЖИ ЛИЦА ОТНОСЯТ

- а) «гусиную лапку» у наружного угла глаза и морщины щек
- б) деформацию спинки и кончика носа
- в) возрастные изменения мягких тканей на шее и на лбу
- г) возрастные изменения мягких тканей на боковых поверхностях лица

Ответ: а

484. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АКТИВНОСТИ РУБЦОВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИКИ В ОБЛАСТИ ХРЯЩЕВОГО ОТДЕЛА НОСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН МЕТОД

- а) инъекции кортикостероидов местно
- б) общей гормонотерапии
- в) букки-терапии
- г) мазевые аппликации с кортикостероидами

Ответ: а

485. ДЛЯ ФАЗЫ ЭКССУДАЦИИ ПОКАЗАНА ПОВЯЗКА

- а) альгинатная
- б) сетчатая
- в) гидроколлоидная
- г) полиуретановая губчатая

Ответ: а

486. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДЯТ

- а) ГБО-терапию
- б) гидромассаж
- в) лимфодренаж
- г) криотерапию

Ответ: а

487. ОЦЕНКУ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РИНОПЛАСТИКИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ НЕ РАНЕЕ \_\_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

- а) 6
- б) 2
- в) 3
- г) 12

Ответ: а

488. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ МИНИ-ЛИФТИНГА ОТНОСЯТ

- а) «гусиную лапку» у наружного угла глаза и морщины щек
- б) деформацию спинки и кончика носа
- в) возрастные изменения мягких тканей на шее и на лбу
- г) возрастные изменения мягких тканей на боковых поверхностях лица

Ответ: а

489. СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ФИКСИРУЕТСЯ В РАНЕ

- а) узловыми швами и давящей повязкой
- б) непрерывным внутрикожным швом и стрипами
- в) непрерывным обвивным швом и парафиновой повязкой
- г) швами по Донати и рыхлой повязкой

Ответ: а

490. К ОСНОВНЫМ ТИПАМ ПОДТЯЖКИ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ ОТНОСЯТ

- а) полную и частичную
- б) наружную и внутреннюю
- в) комбинированную
- г) боковую и среднюю

Ответ: а

491. ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ГЛУБОКОГО ЧИСТОГО УМЕРЕННО ЭКССУДИРУЮЩЕГО ДЕФЕКТА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

- а) физиологический раствор
- б) слабый раствор марганцово-кислого калия
- в) перекись водорода 3%
- г) спиртовой раствор хлоргексидина

Ответ: а

492. ПОЛНАЯ ПОДТЯЖКА КОЖИ ЛИЦА НАПРАВЛЕНА НА УСТРАНЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

- а) на боковых поверхностях лица
- б) на шее и на лбу
- в) щек и уголков глаз
- г) преимущественно в верхнем отделе лица

Ответ: а

493. САМОФИКСИРУЮЩАЯ ПОВЯЗКА ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ВЛАЖНОЙ СРЕДЫ И АУТОЛИТИЧЕСКОГО ОЧИЩЕНИЯ РАНЫ

- а) гидроколлоидная
- б) альгинатная
- в) сорбирующая
- г) комбинированная с коллагеном и целлюлозой

Ответ: а

494. ПЛАСТИКА ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ

- а) по Суслову
- б) по Рауэру
- в) лоскутом на микроанастомозе
- г) лоскутом на ножке с губо-щёчной складки

Ответ: а

495. МАКСИМАЛЬНАЯ ДЛИНА СОСУДИСТОЙ НОЖКИ ПОДВЗДОШНОГО ЛОСКУТА НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В СМ)

- а) 6-7
- б) 4-5
- в) 8-9
- г) 9-10

Ответ: а

496. НЕДОСТАТКОМ ЛАТЕРАЛЬНОГО РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ МАЛАЯ ШИРИНА ТРАНСПЛАНТАТА И

- а) короткая сосудистая ножка с малым диаметром сосуда
- б) нарушение функции верхней конечности
- в) риск развития хронического лимфатического отека конечности
- г) малая толщина трансплантата

Ответ: а

497. К НЕДОСТАТКАМ ЛОПАТОЧНОГО РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ОТНОСЯТ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ВРЕМЕННЫЕ ЗАТРАТЫ И

- а) нарушение функции верхней конечности
- б) короткую сосудистую ножку
- в) III тип кровоснабжения костной ткани лоскута
- г) значительную деформацию донорской зоны

Ответ: а

498. ПОРЯДОК ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ПРОИСХОДИТ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

- а) болевая – тактильная - температурная
- б) тактильная – болевая - температурная
- в) температурная – болевая - тактильная
- г) температурная – тактильная-болевая

Ответ: а

499. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЛАСТИКЕ ЛОСКУТОМ НА НОЖКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) некроз тканей лоскута
- б) неврит в области пластики
- в) миозит подлежащих мышечных структур
- г) отсроченное кровотечение

Ответ: а

500. ДОНОРСКИМ УЧАСТКОМ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ОСТРОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) внутренняя поверхность плеча
- б) внутренняя поверхность предплечья
- в) наружная поверхность бедра
- г) переднее-боковая поверхность брюшной стенки

Ответ: а

501. ПРЕИМУЩЕСТВО МЕТОДОВ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а) сходстве и однотипности тканей по строению и цвету
- б) снижении риска воспалительных осложнений
- в) широких пластических возможностях метода
- г) одноэтапности лечения

Ответ: а

502. К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ОБРАЗОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО КОЖНОГО РУБЦА, ОТНОСЯТ

- а) отсутствие натяжения краев раны и направление разреза, совпадающее с направлением силовых линий кожи

- б) оптимальное время снятия кожных швов и направление разреза, перпендикулярное силовым линиям кожи
- в) использование атравматичного шовного материала и учет типа кожи по Фицпатрику
- г) длительное использование кожных стрипов и щадящих повязок

Ответ: а

503. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЛОЩАДИ СВОБОДНОГО КОЖНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ДОСТИГАЕТСЯ ПУТЕМ РАСТЯЖЕНИЯ ЗА СЧЕТ

- а) нанесения множественных сквозных насечек
- б) уменьшения толщины
- в) увеличения толщины
- г) черепичного покрытия дефекта

Ответ: а

504. НЕВОЗМОЖНО РОТИРОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА ЛОСКУТ

- а) выдвигной по Бурову
- б) на кожном мостике
- в) на сосудистой ножке
- г) интерполированный

Ответ: а

505. ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ВБЛИЗИ ОТ КРЫЛА НОСА СЛЕДУЕТ УДАЛЯТЬ МЕТОДОМ \_\_\_\_\_ ИССЕЧЕНИЯ

- а) Т-образного
- б) эллипсоидного
- в) циркулярного
- г) полулунного

Ответ: а

506. ПОВТОРНОЕ ВЗЯТИЕ РАСЩЕПЛЕННОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ТОГО ЖЕ ДОНОРСКОГО УЧАСТКА ВОЗМОЖНО В ПЕРИОД НЕ РАНЕЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- а) 2-3
- б) 1-1,5
- в) 4-5
- г) 5-6

Ответ: а

507. ПИТАЮЩЕЙ АРТЕРИЕЙ ДЛЯ ЛОБНОГО ЛОСКУТА НА ЛАТЕРАЛЬНОЙ НОЖКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) поверхностная височная
- б) надглазничная
- в) надблоковая
- г) поверхностная теменная

Ответ: а

508. ДЕФЕКТ ТРЕУГОЛЬНОЙ ФОРМЫ СЛЕДУЕТ ЗАКРЫВАТЬ МЕТОДОМ

- а) V-Y-пластики
- б) двухлепесткового лоскута
- в) встречных треугольных лоскутов
- г) выдвигного лоскута

Ответ: а

509. НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕН КОНТРАКЦИИ КОЖНЫЙ \_\_\_\_\_

**АУТОТРАНСПЛАНТАТ**

- а) тонкий расщепленный
- б) промежуточный расщепленный
- в) толстый трехчетвертной расщепленный
- г) полнослойный

Ответ: а

**510. ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ СООТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ**

- а) 1:3
- б) 1:2
- в) 1:4
- г) 1:5

Ответ: а

**511. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КЛАССИЧЕСКОГО ДИЕР-ЛОСКУТА В СОСТАВ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ**

- а) кожу и подкожную клетчатку
- б) поверхностную фасцию и мышцу
- в) мышцу и апоневроз
- г) мышцу и фрагмент пакета лимфоузлов

Ответ: а

**512. ПРИ ЛИПОФИЛИНГЕ РУБЦА В ЖИРОВОЙ ТРАНСПЛАНТАТ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДОБАВЛЕНИЕ**

- а) аутоплазмы
- б) раствора низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- в) раствора аскорбиновой кислоты
- г) препаратов, содержащих коллагеновые протеазы

Ответ: а

**513. ОСНОВОЙ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) нисходящая ветвь артерии, огибающей бедро
- б) поверхностная артерия, огибающая подвздошную кость
- в) восходящая ветвь артерии, огибающей бедро
- г) верхняя ягодичная артерия

Ответ: а

**514. СПОСОБ ПОПЕРЕЧНОГО РАССЕЧЕНИЯ РУБЦОВОГО ТЯЖА С ПРОДОЛЬНЫМ СОЕДИНЕНИЕМ КРАЕВ РАНЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕН В СЛУЧАЕ**

- а) большой подвижности и эластичности тканей в области рубцового тяжа
- б) рубцовых тяжей исключительно на вогнутой поверхности тела
- в) ограниченной подвижности и эластичности тканей в области рубцового тяжа
- г) рубцовых тяжей исключительно в области спаек (век, углов рта)

Ответ: а

**515. ОПРОКИДЫВАЮЩИЕСЯ ЛОСКУТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ**

- а) создания внутренней выстилки
- б) устранения выворота век
- в) удлинения линейного разреза
- г) закрытия обширного поверхностного дефекта

Ответ: а



г) лучевой аутооттрансплантат

Ответ: а

523. РАНЕВУЮ ПОВЕРХНОСТЬ НА ДОНОРСКОМ ЛОЖЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ЗАКРЫВАЮТ ПРИ ПОМОЩИ

- а) ушивания на себя
- б) пересадки свободной кожи
- в) встречных треугольных лоскутов
- г) выдвигного лоскута

Ответ: а

524. БИОЛОГИЧЕСКИМ СВОЙСТВОМ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) смена беспорядочного кровоснабжения на осевое в процессе формирования
- б) прирост ткани в процессе формирования
- в) возможность префабрикации в процессе формирования
- г) возможность подобрать сходные по цвету и качеству ткани донорской и реципиентной зон

зон

Ответ: а

525. ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ АУТОТРАНСПЛАНТАТА НА ПЕРФОРАНТАХ НИЖНИХ ЯГОДИЧНЫХ СОСУДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) короткая сосудистая ножка
- б) невозможность взятия после абдоминопластики/бодилифтинга
- в) ограничение подвижности конечности
- г) длительное время подъема трансплантата

Ответ: а

526. ИСТОЧНИКОМ ПОЛНОСЛОЙНОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) внутренняя поверхность плеча
- б) боковая поверхность бедра
- в) подъягодичная складка
- г) передняя брюшная стенка

Ответ: а

527. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТА ПРОСТОЙ МОБИЛИЗАЦИЕЙ КРАЕВ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) небольшая площадь дефекта
- б) ограниченная подвижность окружающих тканей
- в) нарушенное кровообращение окружающих тканей
- г) наличие тяжелой сопутствующей патологии

Ответ: а

528. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ УГОЛ ПОВОРОТА ЛОСКУТА НА НОЖКЕ ДО (В %)

- а) 180
- б) 90
- в) 45
- г) 360

Ответ: а

529. ДЛИНА КОСТНОЙ ЧАСТИ МАЛОБЕРЦОВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- а) 25
- б) 20
- в) 15
- г) 10

Ответ: а

530. ВИДОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ПРИРОСТ ТКАНЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ ОСНОВНОГО РАЗРЕЗА, СЧИТАЮТ

- а) встречными треугольными лоскутами
- б) лоскутами на ножке
- в) интерполированными лоскутами
- г) мобилизация краев раны в перпендикулярном направлении

Ответ: а

531. В ПРОЦЕССЕ ПРЕФАБРИКАЦИИ ПЕРЕНОСИМЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- а) введение различных тканевых компонентов или сосудистых включений в формируемый аутооттрансплантат
- б) адаптацию переносимого лоскута к гипоксии путем искусственно созданной периодической ишемии
- в) определение капиллярной реакции переносимого аутооттрансплантата
- г) тканевую экспансию для создания дополнительного объема

Ответ: а

532. ОСТРОВКОВЫЕ ЛОСКУТЫ С ОСЕВЫМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕМ МОГУТ БЫТЬ ПЕРЕСАЖЕНЫ В СВОБОДНОМ ВАРИАНТЕ С РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ И

- а) на анте- и ретроградном кровотоке
- б) на перекрестном кровотоке
- в) на коллатеральном кровотоке
- г) в свободном варианте без реваскуляризации

Ответ: а

533. I ТИП КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМЫХ КОСТНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- а) внутрикостного кровоснабжения и надкостницы
- б) сосудистых коллатералей прикрепленной мышцы или фасции
- в) доминантного сосуда в кортикальном слое
- г) доминантного сосуда в кортикальном слое и мышечных сосудистых коллатералей

Ответ: а

534. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРПОЛИРОВАННОГО ЛОСКУТА ВОЗМОЖНО ЗАКРЫТЬ

- а) близко лежащий, но непосредственно не прилегающий к донорскому месту дефект за счет ротации
- б) непосредственно прилегающий дефект, край которого является одной из сторон лоскута за счет ротации
- в) непосредственно прилегающий к донорскому месту дефект за счет выдвижения
- г) поверхностный дефект в отдаленном регионе за счет миграции

Ответ: а

535. В АРТЕРИЗИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ СОСУДИСТЫЙ ПУЧОК И

- а) кожу с подкожной клетчаткой



- б) кожу и нервный ствол
- в) кость и надкостницу
- г) мышцу, и кость

Ответ: а

536. ДЕФОРМАЦИЯ РУБЦА С ОБРАЗОВАНИЕМ ИЗБЫТКОВ КОЖИ ПО ТИПУ «СОБАЧЬЕ УХО» ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ

- а) превосходящей длины одной стороны раны над другой
- б) разреза, не соответствующего силовым линиям Лангера
- в) избыточного натяжения краев раны
- г) расположения разреза в области повышенной адгезии

Ответ: а

537. В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ДОСТАТОЧНО ТКАНЕЙ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА ПОСЛЕ КЛИНОВИДНОГО ИССЕЧЕНИЯ СВОБОДНОГО КРАЯ \_\_\_\_\_ ГУБЫ

- а)  $\frac{1}{4}$
- б)  $\frac{1}{3}$
- в)  $\frac{1}{5}$
- г)  $\frac{1}{6}$

Ответ: а

538. РАСЩЕПЛЕННЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ СЛЕДУЕТ БРАТЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С

- а) боковой поверхности бедра
- б) внутренней поверхности плеча
- в) заушной области
- г) тыльной поверхности стопы

Ответ: а

539. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ РУБЦОВОГО ТЯЖА В ОБЛАСТИ ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ МЕТОД

- а) множественных боковых разрезов на прямом крае раны
- б) пластики с иссечением треугольников по Бурову
- в) иссечения рубца с пластикой дефекта ротационным лоскутом
- г) иссечения рубца с пластикой дефекта опрокидывающимся лоскутом

Ответ: а

540. ОСНОВОЙ ДЛЯ ДИЕР-ЛОСКУТА

- а) является нижняя надчревная артерия
- б) являются глубокие сосуды, окружающие подвздошную кость
- в) является верхняя ягодичная артерия
- г) является нижняя ягодичная артерия

Ответ: а

541. ТОЛЩИНА ПОЛНОСЛОЙНОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- а) 0,8-1,2
- б) 0,2-0,4
- в) 0,5-0,6
- г) 0,7-0,9

Ответ: а

542. В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ДОСТАТОЧНО ТКАНЕЙ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО

ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА ПОСЛЕ КЛИНОВИДНОГО ИССЕЧЕНИЯ СВОБОДНОГО КРАЯ  
ГУБЫ

- а)  $\frac{1}{3}$
- б)  $\frac{1}{4}$
- в)  $\frac{1}{5}$
- г)  $\frac{1}{6}$

Ответ: а

543. С ЦЕЛЬЮ МАСКИРОВКИ РУБЦА В ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ НАКЛОН СКАЛЬПЕЛЯ К ОСИ ВОЛОСА (В ГРАДУСАХ)

- а) 45
- б) 0
- в) 90
- г) 120

Ответ: а

544. ЭТАПОМ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТА ТКАНЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ЛОСКУТА ФИЛАТОВА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) адаптация переносимого лоскута к гипоксии
- б) тканевая экспансия в донорской зоне
- в) удаление волосяных фолликулов переносимого лоскута
- г) истончение жировой клетчатки в донорской зоне

Ответ: а

545. ДЛЯ ПРИДАНИЯ ЛИНЕЙНОМУ ТРАНСПЛАНТАТУ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ ФОРМЫ УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- а) клиновидную остеотомию
- б) фрагментирование на отдельные костные фрагменты
- в) фрагментирование с сохранением непрерывности надкостницы
- г) пластику двумя трансплантатами с разными питающими сосудами

Ответ: а

546. ЛИНИЯ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО LEFORT I ДОЛЖНА ПРОХОДИТЬ

- а) непосредственно ниже места прикрепления нижней носовой раковины
- б) на 1 см ниже подглазничного отверстия
- в) на 1 см выше верхушки клыков верхней челюсти
- г) непосредственно над местом прикрепления нижней носовой раковины

Ответ: а

547. К РАННЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ДЕФЕКТА ГУБЫ ОТНОСЯТ

- а) некроз лоскутов
- б) гиперчувствительность
- в) уплощение средней зоны
- г) рубцовую деформацию красной каймы

Ответ: а

548. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МОНОСИНОСТОЗАХ (ИЗОЛИРОВАННЫХ КРАНИОСИНОСТОЗАХ) ЯВЛЯЕТСЯ

- а) эстетическая деформация, затрудняющая социальную адаптацию
- б) повреждение ЦНС в результате повышения внутричерепного давления
- в) нарушение зрения в результате повышения внутричерепного давления
- г) нарушение зрения в результате изменения анатомии орбит

Ответ: а

549. НЕОБХОДИМЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОКОВЫХ СВИЦАХ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) выделение свища до боковой стенки глотки
- б) перевязка сосудисто-нервного пучка
- в) ушивание жаберной щели
- г) резекция подъязычной кости

Ответ: а

550. МЕТОДИКУ ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НАЗЫВАЮТ

- а) Милларда
- б) Седилло
- в) Крайля
- г) Лексера

Ответ: а

551. НАИЛУЧШИЕ УСЛОВИЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МОЖНО ПРОГНОЗИРОВАТЬ У КОСТНОГО РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА

- а) малоберцового
- б) гребня подвздошной кости
- в) реберного аутоотрансплантата VI-VIII ребер
- г) лучевого с фрагментом лучевой кости

Ответ: а

552. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СИНОСТОТИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) проведение расширяющей краниопластики
- б) вентрикулоперитонеальное шунтирование
- в) устранение мальформации Киари 1 типа
- г) консервативная терапия диуретиками

Ответ: а

553. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОТСУТСТВУЮЩЕЙ БРОВИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОСКУТ

- а) интерполированный из височной области
- б) мостовидный из лобной области
- в) многослойный по Лексеру из лобной области
- г) на скрытой сосудистой ножке лобной области

Ответ: а

554. СКВОЗНОЙ ДЕФЕКТ ЩЕКИ УСТРАНЯЕТСЯ ЛОСКУТАМИ

- а) удвоенными по Рауэру
- б) встречными треугольными
- в) опрокидывающимися
- г) мостовидными

Ответ: а

555. ОПТИМАЛЬНЫМ СВОБОДНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ И КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ЗОН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТ

- а) со свода черепа
- б) реберный

- в) гребня подвздошной кости
- г) малой берцовой кости

Ответ: а

556. ПРИ ОСТЕОТОМИИ КОСТНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИОННЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНЫХ ИЗГИБОВ И УГЛОВ НЕОБХОДИМО СОХРАНИТЬ НАРУЖНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ НАДКОСТНИЦЫ ИНТАКТНОЙ У ТРАНСПЛАНТАТА

- а) VI-VII ребер
- б) IX-X ребер
- в) малоберцового
- г) лопаточного

Ответ: а

557. ОДНИМ ИЗ ОПАСНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СРЕДИННЫХ КИСТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) отек гортани
- б) воспаление легких
- в) тромбоз вен лица
- г) тромбоз пещеристого синуса

Ответ: а

558. ПРИ РАЗВОРОТЕ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ НА ПЛОСКИХ УЧАСТКАХ КОЖИ СТОЯЩИЕ КОНУСЫ ОСТАЮТСЯ НЕЗАМЕТНЫМИ ПРИ ЗАКРЫВАНИИ УГЛОВ ДО (В ГРАДУСАХ)

- а) 90-100
- б) 10-20
- в) 40-50
- г) 120-130

Ответ: а

559. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЗГОВОГО И ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КРУЗОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) остеотомия и выдвижение переднего отдела мозгового черепа и костей средней зоны лица по LeFort-III
- б) резекция костного фрагмента носо-решетчатого комплекса и контурная пластика спинки носа
- в) контурная пластика скуловых костей и/или нижней челюсти и устранение колобом нижних век
- г) остеотомия и ремоделирование лобной кости

Ответ: а

560. ПРИ СЕНИЛЬНОМ ПТОЗЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА С УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВАТОРА И ВЫСОКОЙ СКЛАДКОЙ ВЕРХНЕГО ВЕКА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) пластика апоневроза леватора
- б) тарзomioэктомия
- в) резекция леватора
- г) подвешивание века

Ответ: а

561. РЕКОНСТРУКЦИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТАПОМ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С

- а) синдромом Франческетти – Тричер – Колинза
- б) синдромом Крузона
- в) компенсаторной плагиоцефалией
- г) тригоноцефалией

Ответ: а

562. III ТИП КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМЫХ КОСТНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- а) доминантного сосуда в кортикальном слое
- б) внутрикостного кровоснабжения
- в) надкостницы
- г) мелких сосудистых коллатералей прикрепленной мышцы или фасции

Ответ: а

563. САМЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ СПОСОБОМ УСТРАНЕНИЯ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВО ВСЕМ МИРЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- а) ротации-выдвижения
- б) прямого сшивания
- в) встречных треугольных лоскутов
- г) интерполированного лоскута

Ответ: а

564. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫМИ СИНОСТОЗАМИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) выдвижение средней зоны лица
- б) СиПАП-терапия
- в) кислородотерапия
- г) трахеостомия

Ответ: а

565. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ УСТРАНЕНИЯ ЗАПАДЕНИЯ ТКАНЕЙ В ОБЛАСТИ ПРЕДДВЕРИЯ НОСА И ГИПОПЛАЗИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА СТОРОНЕ РАСЩЕЛИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) костная пластика края грушевидного отверстия
- б) скользящее перемещение рубцово-измененных тканей верхней губы
- в) пластика области дефекта хрящевым трансплантатом
- г) пластика области дефекта индивидуальным силиконовым имплантатом

Ответ: а

566. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ЭТАПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КРАНИОФРОНТОАЗАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ

- а) 6-9 месяцев – краниопластика с устранением плагиоцефалии и сколиоза черепа; 10-12 месяцев – устранение орбитального гипертеллоризма с дистопией орбит
- б) 6-9 месяцев – устранение плагиоцефалии и орбитального гипертеллоризма в одну операцию
- в) 10-12 лет – устранение плагиоцефалии и орбитального гипертеллоризма в одну операцию
- г) 6-9 месяцев – устранение орбитального гипертеллоризма с дистопией орбит; 10-12 месяцев – краниопластика с устранением плагиоцефалии и сколиоза

Ответ: а

567. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПЕРВИЧНОЙ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ

- а) дефекта верхней губы и деформации крыла носа
- б) выворота крыла носа и объемная контурная пластика красной каймы верхней губы
- в) деформации красной каймы верхней и нижней губы и концевого отдела носа
- г) рубцовой деформации верхней губы и симметризация крыльев носа

Ответ: а

568. РЕКОНСТРУКЦИЯ СКУЛО-ГЛАЗНИЧНОГО ИЗГИБА, ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА, ОБЕСПЕЧИВАЕТ СОЗДАНИЕ

- а) относительной симметричности средней зоны лица
- б) опоры для протеза глазного яблока
- в) опоры для тканей носа
- г) опоры для тканей верхней губы

Ответ: а

569. УСЛОВИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ КРУГОВОЙ ОРБИТОТОМИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ОРБИТАЛЬНОГО ГИПЕРТЕЛЛОРИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ЛИНИИ ОСТЕОТОМИИ

- а) позади экватора глазного яблока
- б) по месту прикрепления тарзорбитальной фасции
- в) кзади от глазного яблока
- г) впереди от переднего слезного гребня

Ответ: а

570. НАИБОЛЬШЕЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПОЛУЧИЛА МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДА ПЕРВИЧНОЙ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКИ

- а) Милларда
- б) Теннисон-Обуховой
- в) Скуга
- г) Диффенбаха

Ответ: а

571. ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ МАЛОБЕРЦОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФЕКТОВ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ВОЗМОЖНО СОЗДАНИЕ

- а) верхнечелюстного и скуло-глазничного изгиба
- б) нижней стенки орбиты и спинки носа
- в) нижней стенки орбиты и краев грушевидного отверстия
- г) свода и внутренней стенки орбиты

Ответ: а

572. ЭТАПАМИ РЕКОНСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ФРАНЧЕСКЕТТИ – ТРИЧЕР – КОЛЛИНЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) контурная пластика скуловых костей и/или нижней челюсти и устранение колобом нижних век
- б) остеотомия и выдвижение переднего отдела мозгового черепа
- в) резекция переднего отдела носо-решетчатого комплекса и костей средней зоны лица по LeFort-III
- г) остеотомия и ремоделирование лобной кости

Ответ: а

573. БОЛЕЕ СТАБИЛЬНУЮ ФИКСАЦИЮ НИЖНИХ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ХРЯЩЕЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ОБЕСПЕЧИВАЕТ ФИКСАЦИЯ

- а) медиальных ножек на хрящевой «стропилке»

- б) куполов к медиальным ножкам
- в) латеральных ножек к верхним латеральным хрящам
- г) медиальных ножек к четырехугольному хрящу

Ответ: а

574. ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ЧЕРЕПА ПРИ КРАНИОСИНОСТОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ

- а) объема черепа, внутричерепного давления, прикуса
- б) сосания, глотания, фонации
- в) обоняния, глотания, социальной адаптации
- г) слуха, эстетических проблем, социальной адаптации

Ответ: а

575. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЧЕЛЮСТНЫХ ИЗГИБОВ ПОЛНОСЛОЙНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

- а) малоберцового и IX-X ребер
- б) лопаточного и VI-VII ребер
- в) подвздошного гребня и лучевой кости
- г) лопаточного и подвздошного гребня

Ответ: а

576. ЛУЧЕВОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ С ФРАГМЕНТОМ КОСТИ ПОДХОДИТ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ

- а) нёба и подглазничной области
- б) челюстных изгибов
- в) скулоглазничного изгиба
- г) верхнечелюстного изгиба

Ответ: а

577. II ТИП КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМЫХ КОСТНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- а) надкостницы и сосудистых коллатералей прикрепленной мышцы или фасции
- б) внутрикостного кровоснабжения и доминантного сосуда в кортикальном слое
- в) доминантного сосуда в кортикальном слое
- г) надкостницы

Ответ: а

578. ПУТЯМИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМОЙ КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) внутрикостный, надкостничный и кортикальный
- б) костно-мозговой, диффузный и чрескожный
- в) губчато-кортикальный, диффузный и мультицентрический
- г) губчатый, чрескожный и кожно-фасциальный

Ответ: а

579. ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКИ, ПО МНЕНИЮ БОЛЬШИНСТВА ХИРУРГОВ, ЯВЛЯЕТСЯ (В МЕСЯЦАХ)

- а) 3-6
- б) 1-2
- в) 8-12
- г) 14-18

Ответ: а

580. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ КРУГОВОЙ ОРБИТОТОМИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ОРБИТАЛЬНОГО ГИПЕРТЕЛОРИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) бифронтальная краниотомия и создание лобного обода
- б) формирование костного трансплантата для спинки носа
- в) трансназальная кантопексия
- г) пластика дефектов в области наружных стенок глазниц

Ответ: а

581. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДИК, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИХ РАССЕЧЕНИЕ ИЛИ ИССЕЧЕНИЕ УЧАСТКОВ НИЖНИХ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ХРЯЩЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ПРИВОДИТ К

- а) возникновению грубых вторичных деформаций носа при односторонних и двусторонних расщелинах
- б) развитию вторичных деформаций только в случае двусторонних расщелин
- в) развитию вторичных деформаций только в случае односторонних расщелин
- г) адекватной коррекции деформации хрящевого отдела носа

Ответ: а

582. РЕКОНСТРУКЦИЯ ПО МЕТОДУ АББЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- а) пересадку лоскута на ножке с нижней губы на верхнюю губу
- б) пересадку кожно-хрящевого аутооттрансплантата с ушной раковины в область крыла носа
- в) пластику сквозного дефекта щеки удвоенными лоскутами
- г) закрытие дефекта мягкого нёба

Ответ: а

583. К КОЖНО-КОСТНЫМ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМ ОТНОСЯТ

- а) малоберцовый и лопаточный
- б) лучевой и торакодорсальный
- в) боковой плеча и TRAM-лоскут
- г) DIEP-лоскут и IGAP-лоскут

Ответ: а

584. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

- а) 9-12
- б) 1-1,5
- в) 2-3
- г) 4-6

Ответ: а

585. ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, УКРОЧЕНИИ КОЛУМЕЛЛЫ И УПЛОЩЕНИИ КОНЧИКА НОСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- а) реконструкция верхней губы по методу Abbe, кончика носа и удлинение колумеллы
- б) ревизия рубцов и формирование кончика носа местными тканями
- в) использование кожно-хрящевых трансплантатов в область филтума и колумеллы
- г) пластика верхней губы свободным полнослойным кожным аутооттрансплантатом

Ответ: а

586. К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИСИНОСТОЗАХ ОТНОСЯТ

- а) внутричерепную гипертензию
- б) эстетическую деформацию



- в) нарушение зрения
- г) пороки развития ЦНС

Ответ: а

587. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЦИДИВА СРЕДИННОЙ КИСТЫ ШЕИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- а) резекцию подъязычной кости
- б) ушивание свищевого отверстия после санации
- в) обработку свищевого хода склерозирующими препаратами
- г) выделение свища до поверхностной фасции

Ответ: а

588. ПРИ ОБШИРНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ

- а) Диффенбаха
- б) Рауэра
- в) Аббе
- г) Евдокимова

Ответ: а

589. СПОСОБ ВТОРИЧНОЙ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКИ ПО В. А. ВИССАРИОНОВУ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ УСТРАНЕНИЕ ДЕФИЦИТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА

- а) скользящим лоскутом из рубцово-измененной ткани верхней губы
- б) лоскутом из нижней носовой раковины
- в) кожно-хрящевым трансплантатом из области ушной раковины
- г) свободным кожным ауто трансплантатом

Ответ: а

590. ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА НАИЛУЧШИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) реваскуляризированный малоберцовый ауто трансплантат
- б) реваскуляризированный гребень подвздошной кости
- в) свободный трансплантат костей свода черепа
- г) реваскуляризированный лопаточный ауто трансплантат

Ответ: а

591. ФИКСАЦИЯ ЛОСКУТОВ ПРИ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- а) узловыми швами
- б) непрерывным внутрикожным швом
- в) непрерывным обвивным швом
- г) швами по Донати

Ответ: а

592. ОПТИМАЛЬНЫМ ИСТОЧНИКОМ КОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ РАСЩЕЛИНЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЧИТАЕТСЯ

- а) губчатый ауто трансплантат из гребня подвздошной кости
- б) кортикальный трансплантат из гребня подвздошной кости
- в) губчатый трансплантат со свода черепа
- г) кортикальный трансплантат со свода черепа

Ответ: а

593. МЕДИАЛЬНАЯ ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ КАНТОПЕКСИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ

- а) телекантуса
- б) эпикантуса
- в) симблефарона
- г) эктропиона

Ответ: а

594. ТИПИЧНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) горизонтально по верхней шейной складке
- б) в надключичной области
- в) по переднему краю жевательной мышцы
- г) по переднему краю трапецевидной мышцы

Ответ: а

595. ЗАДНЯЯ ЛАМЕЛЛА (СЛОЙ) ВЕК ВКЛЮЧАЕТ КОНЬЮНКТИВУ С

- а) тарзальной пластинкой и орбитальной перегородкой
- б) круговой мышцей глаза и тарзальной пластинкой
- в) мышцами Мюллера, Джонса и Горнера
- г) капсуло-пальпебральной капсулой

Ответ: а

596. ПРИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРЯМЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКЕ ВЕРХНИХ ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- а) истинный блефарохлазис
- б) ложный блефарохлазис
- в) птоз века
- г) птоз бровей

Ответ: а

597. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЧЕЛЮСТНЫХ ИЗГИБОВ ИЗ КОСТНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗАННЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ ВОЗМОЖНО ИССЕЧЕНИЕ ПОЛНОСЛОЙНЫХ КЛИНОВИДНЫХ УЧАСТКОВ КОСТИ ПРИ КРОВОСНАБЖЕНИИ КОСТНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

- а) 1 типа
- б) только 2 типа
- в) 2 и 3 типов
- г) только 3 типа

Ответ: а

598. ПОПЕРЕЧНАЯ СВЯЗКА УИТНЕЛЛА РАСПОЛАГАЕТСЯ МЕЖДУ СЛЕЗНЫМ ГРЕБНЕМ И

- а) капсулой слезной железы
- б) внутренним орбитальным бугорком лобного отростка скуловой кости
- в) латеральной кантальной связкой
- г) латеральным ретинакулумом

Ответ: а

599. ПРИ ВЕРХНЕЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ ИССЕКАЮТ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ \_\_\_\_\_ ФОРМЫ

- а) квадрилатеральной
- б) полулунной
- в) овальной
- г) полигональной

Ответ: а

600. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОТКРЫТОГО ЛИФТИНГА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ИСПОЛЬЗУЮТ \_\_\_\_\_ ДОСТУП

- а) подресничный
- б) внутриротовой
- в) эндобукальный
- г) подглазничный

Ответ: а

601. РАНЕНИЕ СЛЕЗНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВЕРХНЕЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ

- а) ошибочной дифференцировке железистой и жировой ткани при резекции подборовного преапоневротического жирового пакета
- б) неверной идентификации хирургического слоя и дифференцировке тканей при резекции назального жирового пакета
- в) резекции порции круговой мышцы глаза
- г) коррекции положения тарзальной складки в области апоневроза леватора верхнего века

Ответ: а

602. ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ВЗРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ ДНА ОРБИТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОСТУПЫ

- а) подресничный, трансантральный, подглазничный
- б) трансназальный, эндобуккальный, транскутанный
- в) эндоназальный, эндобуккальный, орбитальный
- г) трансконъюнктивальный, эндоназальный, орбитальный

Ответ: а

603. ТОЧКА FURNAS ЯВЛЯЕТСЯ ДЕРМО-ПЕРИОСТАЛЬНОЙ ТОЧКОЙ ФИКСАЦИИ В ОБЛАСТИ

- а) нижнечелюстной
- б) скуловой
- в) заушной
- г) наружного орбитального края

Ответ: а

604. ПРИ КОРРЕКЦИИ ВЕРХНЕГО ВЕКА ОРИЕНТАЛЬНОГО ТИПА НАИБОЛЕЕ МЯГКАЯ И СТАБИЛЬНАЯ СКЛАДКА ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ \_\_\_\_ ФИКСАЦИИ

- а) миоапоневротической
- б) тарзодермальной
- в) дерматосептальной
- г) септоапоневротической

Ответ: а

605. ГЛАВНЫМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖИРОВЫХ «ГРЫЖ» ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- а) растяжение тарзоорбитальной фасции и круговой мышцы глаза
- б) увеличение массы орбитальной клетчатки и инволюция костных структур
- в) увеличение массы и лимфостаз в подкожного малярного и суборбиккулярного жировых пакетов
- г) растяжение тарзального края века и канталых связок

Ответ: а

606. ВЫШЕ УРОВНЯ ТАРЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ ЗАДНЯЯ ЛАМЕЛЛА(СЛОЙ) ВЕРХНЕГО ВЕКА СОДЕРЖИТ СУХОЖИЛЬНЫЕ АПОНЕВРОЗЫ И

- а) верхнюю тарзальную мышцу Мюллера и леватор верхнего века
- б) мышцы Джонса и Горнера
- в) орбитальную перегородку и круговую мышцу глаза
- г) слезную железу и капсуло-пальпебральную фасцию

Ответ: а

607. СВЯЗКА ЛОКВУДА В ОБЛАСТИ НИЖНЕГО ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ АНАЛОГОМ

- а) связки Уитнелла
- б) медиального ретинакулума
- в) латерального ретинакулума
- г) апоневроза леватора верхнего века

Ответ: а

608. ДОСТУП, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛИФТИНГЕ ЛБА

- а) мини-разрезы в волосистой части лобной и височных областей
- б) бикоронарный
- в) гемикоронарный
- г) разрезы в волосистой части височных областей

Ответ: а

609. НИЖЕ УРОВНЯ ТАРЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ ЗАДНЯЯ ЛАМЕЛЛА (СЛОЙ) НИЖНЕГО ВЕКА СОДЕРЖИТ

- а) нижнюю тарзальную мышцу и ее сухожильные волокна
- б) мышцы Джонса и Горнера
- в) нижнюю косую и прямую мышцы глаза
- г) орбитальную перегородку и круговую мышцу глаза

Ответ: а

610. ПЕРЕДНЯЯ ЛАМЕЛЛА(СЛОЙ) ВЕК ВКЛЮЧАЕТ КОЖУ И

- а) круговую мышцу глаза
- б) хрящевую тарзальную пластинку
- в) орбитальную перегородку
- г) мышцы Мюллера, Джонса и Горнера

Ответ: а

611. МОБИЛЬНОСТЬ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОРЦИИ БРОВИ ДОСТИГАЕТСЯ

- а) пересечением связок у верхне-наружного угла орбиты
- б) резекцией *mm. corrugator supercilii*
- в) иссечением избытка коронарного лоскута
- г) рассечением связки Петанги

Ответ: а

612. ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКОЙ, ПОКАЗАННОЙ ПРИ УМЕРЕННОМ ЛОЖНОМ БЛЕФАРОХАЛЯЗИСЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) лигатурная (нитевая) коррекция бровей
- б) эстетическая пластика верхних век
- в) классический лифтинг лба
- г) эндоскопический лифтинг лба

Ответ: а

613. К КОРРЕГИРУЮЩИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ ОРИЕНТАЛЬНОМ ТИПЕ ЛИЦА

ОТНОСЯТСЯ

- а) формирование тарзальной складки верхнего века и контурная пластика спинки носа
- б) резекция жирового тела щек и остеотомия орбитальных краев
- в) контурная пластика скуловых костей и подбородочной области
- г) ортогнатические операции и липомоделирование в области лица

Ответ: а

614. НЕДОСТАТКОМ ТАРЗОДЕРМАЛЬНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТАРЗАЛЬНОЙ СКЛАДКИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОРИЕНТАЛЬНОГО ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) образование жесткой складки, сохраняющейся при сомкнутых веках
- б) недостаточно стойкий результат операции
- в) недостаточная ретракция ресниц вверх
- г) частая асимметрия сформированных тарзальных складок

Ответ: а

615. НОСО-СЛЕЗНАЯ БОРОЗДА ОБУСЛОВЛЕНА

- а) соединением круговой мышцы глаза и малярного жирового пакета
- б) внедрением волокон мышцы леватора верхнего века в претарзальную часть круговой мышцы глаза и кожу претарзальной области
- в) прикреплением орбитальной перегородки к костному орбитальному краю
- г) внедрением ретрактора нижнего века в кожу

Ответ: а

616. ПРИ ВОЗРАСТНЫХ ГРАВИТАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ОТНОСЯТ

- а) смещение комплекса кожи и поверхностного мышечно-фасциального слоя относительно предушно-жевательной фасции
- б) смещение кожи и подкожной клетчатки относительно поверхностного мышечно-фасциального слоя
- в) истончения надкостницы, обусловленные возрастными изменениями костных структур лицевого скелета
- г) эластоз, возрастную атрофию, вялость кожи, обусловленную гормонально-зависимыми процессами пре- и постменопаузы и андропаузы

Ответ: а

617. ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКОЙ, ПОКАЗАННОЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВЫРАЖЕННОГО ЛОЖНОГО БЛЕФАРОХАЛЯЗИСА ВЕРХНЕГО ВЕКА С ИСТИННЫМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) лобно-височный лифтинг в сочетании с экономной верхней блефаропластикой
- б) лигатурный (нитевой) лифтинг бровей с липофилингом периорбитальной зоны
- в) эстетическая пластика (блефаропластика) верхних век с липофилингом периорбитальной области
- г) височный (темпоральный) лифтинг с коррекцией средней зоны лица

Ответ: а

618. В ПРОГРАММУ КЛАССИЧЕСКОЙ ВЕРХНЕЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ МОГУТ ВХОДИТЬ ИССЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЛОСКУТА И

- а) лоскута круговой мышцы глаза и жировых грыж
- б) суборбитального латерального жирового пакета
- в) подбровного жирового пакета и кожного фрагмента над бровью
- г) подкожного малярного жирового пакета

Ответ: а

619. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИФТИНГА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СОЧЕТАНИЕ ДОСТУПОВ ВНУТРИРОТОВОГО

- а) по переходной складке губы и чрезкожного в височной области
- б) эндобуккального и подресничного
- в) эндобуккального и чрезкожного в височной области
- г) по переходной складке верхней губы и подресничного

Ответ: а

620. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕГО ВЕКА ВСТРЕЧАЮТСЯ \_\_\_\_\_ ЖИРОВЫЕ ПАКЕТЫ

- а) центральный и назальный
- б) темпоральный и наднадкостничный нижнелатеральный
- в) медиальный и срединный
- г) срединный и латеральный

Ответ: а

621. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭПИКАНТОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) формирование гипертрофических рубцов
- б) рецидив эпикантуса
- в) нарушение слезооттока
- г) асимметрия внутренних углов глазной щели

Ответ: а

622. РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ВЕКАХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)

- а) 6-12
- б) 2-3
- в) 4-5
- г) 1-1,5

Ответ: а

623. ПОДДЕРЖИВАЮЩИМИ АППАРАТАМ ВЕК ЯВЛЯЮТСЯ

- а) тарзальная пластинка и кантальные связки
- б) орбитальная перегородка и жировые пакеты
- в) мышца леватор верхнего века и нижняя тарзальная мышца
- г) медиальный и латеральный ретинакулум

Ответ: а

624. СЛЕЗНУЮ ЖЕЛЕЗУ НА ДВЕ ЧАСТИ ДЕЛИТ

- а) боковой отросток апоневроза леватора верхнего века
- б) связка Локвуда
- в) связка Уитнелла
- г) капсуло-пальпебральная фасция

Ответ: а

625. РУБЦОВЫЕ ДЕФОРМАЦИИ НА ЛИЦЕ ПОСЛЕ ТРАВМЫ СЛЕДУЕТ УСТРАНЯТЬ ПОСЛЕ

- а) формирования эластичных рубцов/созревания
- б) полной эпителизации раны
- в) года после завершения рубцевания
- г) полугода после завершения рубцевания

Ответ: а

626. ТРАКЦИОННЫЕ ШВЫ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕК СВОБОДНЫМИ КОЖНЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАКЛАДЫВАТЬ НА (В ДНЯХ)

- а) 17-21
- б) 7-10
- в) 3-5
- г) 40-45

Ответ: а

627. ДЛЯ ФИКСАЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПРИ ЛИФТИНГЕ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ СТАБИЛЬНЫЕ СТРУКТУРЫ

- а) нижний край орбиты и поверхностный листок собственной височной фасции
- б) наружный край орбиты и темпоропариетальная фасция
- в) наружный край обиты и предушно-жевательная фасция
- г) скуловая кость и тарзальная пластинка

Ответ: а

628. ФОРМА КОЖНОГО ЛОСКУТА, ИССЕКАЕМОГО ПРИ ВЕРХНЕЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ НАПРАВЛЕНА НА

- а) выравнивание длины верхнего и нижнего разреза
- б) визуальное удлинение глазной щели
- в) визуальное расширение глазной щели
- г) перемещение тарзальной складки

Ответ: а

629. ОСНОВНЫМ ПРАВИЛОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) отсутствие натяжения краев раны
- б) недопустимость мобилизации краев раны
- в) минимальная длина разреза
- г) недопустимость ушивания раны наглухо

Ответ: а

630. ДИПЛОПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ НИЖНЕЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ ТРАВМАТИЗАЦИИ МЫШЦЫ

- а) нижней косой/прямой мышцы глаза
- б) Горнера/Джонса
- в) Мюллера/Джонса
- г) нижней тарзальной

Ответ: а

631. К ЗАВЕРШАЮЩЕМУ ЭТАПУ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ВЕК С ПЕРЕСАДКОЙ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ОТНОСЯТ

- а) тракционные швы или блефарорафию
- б) инъекцию местного анестетика в область операции
- в) инъекцию кортикостероидов в область операции
- г) нанесение насечек на трансплантат

Ответ: а

632. ТОЧКА MAC-GREGOR ЯВЛЯЕТСЯ ДЕРМО-ПЕРИОСТАЛЬНОЙ ТОЧКОЙ ФИКСАЦИИ В ОБЛАСТИ

- а) скуловой
- б) нижнечелюстной
- в) заушной

г) наружного орбитального края

Ответ: а

633. ДОСТУП, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ЛИФТИНГЕ ЛБА

- а) бикоронарный
- б) гемикоронарный
- в) разрезы в волосистой части височных областей
- г) мини-разрезы в волосистой части лобной и височных областей

Ответ: а

634. САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ФОРМИРОВАНИЯ ТАРЗАЛЬНОЙ СКЛАДКИ ОРИЕНТАЛЬНОГО ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_ ФИКСАЦИЯ

- а) дерматоапоневротическая
- б) тарзодермальная
- в) дерматосептальная
- г) септоапоневротическая

Ответ: а

635. ПИТАЮЩЕЙ ДЛЯ ЛОБНОГО ЛОСКУТА НА ЛАТЕРАЛЬНОЙ НОЖКЕ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ АРТЕРИЯ

- а) поверхностная височная
- б) надблоковая артерия
- в) поверхностная теменная
- г) надглазничная артерия

Ответ: а

636. ОТСЕЧЕНИЕ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛИФТИНГА ВЕРХНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОАССИСТЕНЦИИ ВЫПОЛНЯЮТ НА УРОВНЕ

- а) верхнеглазничных краев
- б) лобных бугров
- в) венечного шва
- г) височного контрафорса

Ответ: а

637. ГЛАВНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМИ КОСТНЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) соответствие высоты донорской и реципиентной костей
- б) точное воссоздание лицевых изгибов
- в) симметрия углов нижней челюсти
- г) сохранность движений в височно-нижнечелюстном суставе

Ответ: а

638. ПОВРЕЖДЕНИЕ СКУЛОВОЙ ВЕТВИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ МОБИЛИЗАЦИИ ПОВЕРХНОСТНОЙ МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (SMAS) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА В ЗОНЕ

- а) треугольника между скуловым возвышением, углом рта и углом нижней челюсти
- б) наружного края орбиты на уровне фиксации латеральной кантальной связки
- в) треугольника Пирогова
- г) скуловой дуги при поднадкостничной диссекции

Ответ: а

639. НИЖНЯЯ ТАРЗАЛЬНАЯ МЫШЦА (СИМПАТИЧЕСКАЯ МЫШЦА НИЖНЕГО



ВЕКА) ЯВЛЯЕТСЯ АНАЛОГОМ МЫШЦЫ

- а) Мюллера
- б) Джонса
- в) Горнера
- г) леватора верхнего века

Ответ: а

640. ПИТАЮЩЕЙ ДЛЯ ПОЗАДИУШНОГО ЛОСКУТА ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_  
АРТЕРИЯ

- а) задняя ушная
- б) поверхностная теменная
- в) верхняя щитовидная
- г) поверхностная височная

Ответ: а

641. ПОДХОД К ПРЕОБРАЗОВАНИЮ ФОРМЫ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЕМОЙ КОСТИ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ И СОЗДАНИЯ ИЗГИБОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОСНОВАН НА

- а) возможных путях кровоснабжения аутотрансплантата
- б) антропометрических характеристиках донорской и реципиентной зоны
- в) максимально возможной длине аутотрансплантата
- г) максимально возможной высоте аутотрансплантата

Ответ: а

642. ПРИНЦИПОМ РАЦИОНАЛЬНОЙ ЭПИКАНТОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) перераспределение тканей
- б) устранение избытков тканей
- в) устранение связки эпиканта
- г) стабильность фиксации тканей в новом положении

Ответ: а

643. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИИ УЧАСТИЯ В СЛЕЗООТТОКЕ СЛЕЗНЫХ КАНАЛЬЦЕВ ВЕРХНЕГО/НИЖНЕГО СОСТАВЛЯЕТ

- а) 10/90
- б) 90/10
- в) 50/50
- г) 30/70

Ответ: а

644. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ \_\_\_\_\_ ДОСТУПЫ

- а) трансконъюнктивальный и субцилиарный
- б) подглазничный и транспальпебральный
- в) нижнеорбитальный и трансантральный
- г) средне- и нижнепальпебральный

Ответ: а

645. ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛИФТИНГЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПО О. RAMIREZ МЯГКОТКАНЫЙ МАССИВ ФИКСИРУЕТСЯ НА

- а) 3 точки
- б) 1 точку
- в) 2 точки
- г) 4 точки

Ответ: а

646. КОРРЕКЦИЯ УГЛООБРАЗНОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ «УХА МАКАКИ» ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИССЕЧЕНИЕ

- а) выступающей части завитка в виде клина, обращенного вершиной к чаше ушной раковины
- б) части хряща противозавитка, нанесение насечек и наложение стягивающих швов
- в) фрагмента хряща чаши, нанесение насечек и формирование противозавитка
- г) полоски хряща в области чаши с наложением швов, прижимающих ушной хрящ к сосцевидному отростку

Ответ: а

647. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВОЛОСОНЕСУЩИХ ТКАНЕЙ ПРИ ДЕФЕКТЕ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) пластика растянутыми тканями
- б) аутодермопластика
- в) пластика Филатовским стеблем
- г) пластика сводным лоскутом на микро-сосудистом анастомозе

Ответ: а

648. УРОВЕНЬ ПОДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ НАДПЕРИОСТАЛЬНОЙ ДЕСЕКЦИИ ПРИ ЛИФТИНГЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПО PITANGUY, REES ДОСТИГАЕТ ДО

- а) концевого отдела носа
- б) верхнеглазничных краев
- в) корня носа
- г) нижнеглазничных краев

Ответ: а

649. В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫСТОЯНИЕ УШНЫХ РАКОВИН (ЛОПОУХОСТЬ) СВЯЗАНО С ОТСТОЯНИЕМ ЧАШИ ПРИ ХОРОШО РАЗВИТОМ ПРОТИВОЗАВИТКЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОДИКА

- а) Фурнэ
- б) Матарда
- в) Лежу
- г) Рагнелла

Ответ: а

650. ДЛЯ ОСНОВНОЙ ЧАСТИ КАРКАСА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ РЕБЕРНЫМ ХРЯЩОМ ИСПОЛЬЗУЮТ

- а) область соединения хрящей 6-7 ребер
- б) свободный край хряща 8 ребра
- в) хрящ 5 ребра
- г) хрящ 4 ребра

Ответ: а

651. ДЛЯ РЕЗЕКЦИИ ЖИРОВОГО ТЕЛА ЩЕКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОСТУП

- а) эндобуккальный
- б) по переходной складке верхней губы
- в) предушный
- г) височный

Ответ: а

652. ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ КРИПТОТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) формирование заушной борозды
- б) формирование потивозавитка
- в) уменьшение высоты чаши
- г) устранение дополнительных ножек противозавитка

Ответ: а

653. МЕТОД КОРРЕКЦИИ ШЕЙНО-ПОДБОРОДОЧНОГО УГЛА ПО GUYRON ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а) отсечении надподъязычных мышц от точки фиксации на нижней челюсти и подплатизмальной липосакции
- б) контурной пластике ментальной области силиконовым (костным) имплантатом
- в) резекции подчелюстных слюнных желез
- г) передней платизмопластике с выкраиванием и транспозицией мышечного лоскута

Ответ: а

654. В СЛУЧАЕ ВЫСТОЯНИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ 3 СТЕПЕНИ ПРИ НЕДОРАЗВИТИИ ПРОТИВОЗАВИТКА И УГЛУБЛЕНИИ ЧАШИ ПОКАЗАН СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПО

- а) Конверсу – Груздевой
- б) Фурнэ
- в) Мастарду
- г) Рагнеллу

Ответ: а

655. МЕТОД РЕКОНСТРУКЦИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПО НАГАТО ПРЕДПОЛАГАЕТ

- а) 2 этапа
- б) 1 этап
- в) 3 этапа
- г) 4 этапа

Ответ: а

656. ПРИ ЛИФТИНГЕ ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОБЛАСТИ ЛАТЕРАЛЬНОГО УГЛА ГЛАЗНОЙ ЩЕЛИ («ГУСИНЫХ ЛАПОК») НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- а) поперечное рассечение порции круговой мышцы глаза
- б) тракцию фронтального лоскута вверх
- в) разрушение латерального орбитального утолщения
- г) кантопексию, тарзопексию

Ответ: а

657. НАИБОЛЕЕ ПРОСТОЙ СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ МАРКИРОВКИ СОЗДАВАЕМОГО ПРОТИВОЗАВИТКА ПРИ ВЫСТУПАЮЩИХ УШНЫХ РАКОВИНАХ

- а) чрескожно инъекционными иглами с передней поверхности
- б) маркером на задней поверхности хряща
- в) маркером на передней поверхности хряща
- г) насечками на задней поверхности хряща

Ответ: а

658. В КРОВОСНАБЖЕНИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ УЧАСТВУЮТ ВЕТВИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ И

- а) ушные ветви задней ушной и затылочной артерии
- б) глубокая ушная артерия из бассейна верхнечелюстной
- в) ушные ветви лицевой артерии

г) ветви глубокой височной артерии

Ответ: а

659. КОРРЕКЦИЯ «УХА ВИЛЬДЕМУТА» ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИССЕЧЕНИЕ

а) полоски хряща в области чаши с наложением швов, прижимающих ушной хрящ к сосцевидному отростку

б) выступающей части завитка в виде клина, обращенного вершиной к чаше ушной раковины

в) части хряща противозавитка, нанесение насечек и наложение стягивающих швов

г) фрагмента хряща чаши, нанесение насечек и формирование противозавитка

Ответ: а

660. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОТОПЛАСТИКИ ПРИ ВЫСТУПАЮЩИХ УШНЫХ РАКОВИН ЯВЛЯЕТСЯ

а) келоидный рубец

б) кровотечение

в) перихондрит

г) некроз

Ответ: а

661. ПЛАТИЗМОПЛАСТИКА ПО LEJOUR ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

а) подвешивании подкожной мышцы шеи к апоневрозу грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

б) пликаций подкожной мышцы шеи

в) иссечении и фиксации передних краев подкожной мышцы шеи

г) поперечном пересечении подкожной мышцы шеи

Ответ: а

662. УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОЕКЦИИ И ГЛУБИНЫ РЕКОНСТРУИРОВАННОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ ДОСТИГАЕТСЯ

а) подшиванием дополнительных слоев хрящей к каркасу

б) пересадкой кожи на обе поверхности, обнаженные после поднятия каркаса раковины

в) обертыванием задней поверхности каркаса фасциальным лоскутом

г) подшивание синтетической сетчатого имплантата к каркасу

Ответ: а

663. ОТКРЫТЫЙ ЛИФТИНГ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С

а) эстетической блефаропластикой

б) лигатурной (нитевой) коррекцией бровей

в) лигатурной (нитевой) коррекцией средней зоны лица

г) боковой платизмопластикой

Ответ: а

664. ОТДАЛЕННЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ВОЗНИКАЮТ СПУСТЯ \_\_\_\_ ДНЕЙ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ

а) 10-14

б) 15-20

в) 20-25

г) 30

Ответ: а

665. ОСНОВНОЙ ЭТАП КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА ТРАХЕЕ ПО НИССЕНУ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УКРЕПЛЕНИИ МЕМБРАНОЗНОЙ ЧАСТИ ТРАХЕИ

- а) отрезком из резецированного ребра
- б) лоскутом из переднего листка фасции прямой мышцы живота
- в) лоскутом из париетальной и медиастинальной плевры
- г) сеткой из полимерной нейлоновой ленты

Ответ: а

666. ПРИ КОРРЕКЦИИ СЛОЖЕННОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПБ СТЕПЕНИ ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- а) перемещением кожного лоскута с задней поверхности ушной раковины
- б) нанесением радиальных насечек и разрезов
- в) использованием хрящевого аутотрансплантата с противоположной ушной раковины
- г) иссечением выступающей части завитка в виде клина, обращенного вершиной к чаше

ушной раковины

Ответ: а

667. КОРРЕКЦИЯ КРИПТОТИИ У ВЗРОСЛЫХ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- а) рассечение измененных поперечной и косой мышц уха с кожной пластикой с целью формирования заушной борозды
- б) иссечение полоски хряща в области чаши с наложением швов, прижимающих ушной хрящ к сосцевидному отростку
- в) иссечение части хряща, нанесение насечек и наложение стягивающих швов
- г) нанесение радиальных разрезов и насечек на край ушной раковины

Ответ: а

668. ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛИФТИНГЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ФОРМИРОВАНИЕ ТОННЕЛЯ В ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ НАЧИНАЕТСЯ

- а) на уровне глубокой височной фасции
- б) на уровне поверхностной височной фасции (темпоропариетальной)
- в) на уровне подкожного слоя
- г) поднадкостнично

Ответ: а

669. ПЛАЗМОКЛЕТОЧНЫЙ МАСТИТ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- а) эктазии протоков
- б) кисты молочных желез
- в) воспалительного процесса паренхимы железы
- г) возрастной инволюции

Ответ: а

670. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРИ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЯХ ИЗ СОСКА И ОТСУТСТВИИ ПАЛЬПАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ ОПУХОЛИ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- а) цитологическое исследование выделений из соска
- б) маммография
- в) ультразвуковое исследование
- г) термография

Ответ: а

671. ДЛЯ СКРИНИНГА ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВЫПОЛНИТЬ

- а) ультразвуковое исследование
- б) термографию
- в) маммография

г) пункционную биопсию

Ответ: а

672. ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ КОНТРАСТНЫХ МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ИМЕЕТ

- а) пневмокистография
- б) двойное контрастирование протоков
- в) дуктография
- г) пневмомаммография

Ответ: а

673. СИМВОЛ \"М\" ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ В

- а) отдаленных органах
- б) отдаленные группы лимфатических узлов
- в) регионарные лимфатические узлы
- г) отдаленные органы и отдаленные группы лимфатических узлов

Ответ: а

674. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДУКТОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКА \_\_\_\_\_ ХАРАКТЕРА

- а) кровянистого
- б) серозного
- в) млечного
- г) любого

Ответ: а

675. В ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У МУЖЧИН ВСТРЕЧАЮТСЯ ОПУХОЛИ ВСЕХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ

- а) встречающихся у женщин
- б) кроме болезни Педжета
- в) кроме фибросаркомы
- г) кроме фибroadеномы

Ответ: а

676. ХУДСИЙ ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ

- а) отечно-инфильтративной форме
- б) узловой форме
- в) маститоподобной
- г) болезни Педжета

Ответ: а

677. СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ АДЕНОЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ К

- а) доброкачественным дисплазиям
- б) злокачественным новообразованиям
- в) врожденным состояниям
- г) воспалительным процессам

Ответ: а

678. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОДХОДИТ

- а) маммография с контрастированием
- б) маммография в косой проекции

- в) маммография в боковой проекции
- г) термография

Ответ: а

679. 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

- а) болезнь Минца
- б) болезнь Педжета
- в) рак молочной железы
- г) фибroadенома

Ответ: а

680. ДИФУЗНАЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- а) заболевания щитовидной железы
- б) хронического пиелонефрита
- в) сахарного диабета любого типа
- г) эндопротезирования молочных желез

Ответ: а

681. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) узловая
- б) маститоподобная
- в) инфильтративно-отечная
- г) рожеподобная

Ответ: а

682. РЕНТГЕНОГРАФИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРЯМЫМ УВЕЛИЧЕНИЕМ ИЗОБРАЖЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ И ВЫЯВЛЕНИЯ

- а) наличия микрокальцинатов
- б) характера контуров патологического образования
- в) патологического образования при плотном фоне на обзорных маммограммах
- г) патологического образования в инволютивных молочных железах

Ответ: а

683. В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА ОТНОСИТСЯ К

- а) внутрипротоковому раку
- б) доброкачественным дисплазиям
- в) воспалительным заболеваниям
- г) соединительнотканным опухолям

Ответ: а

684. СИМВОЛ "N" ПРИМЕНИМ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА \_\_\_\_\_ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

- а) только регионарных
- б) всех групп выше диафрагмы
- в) всех групп ниже диафрагмы
- г) любых групп

Ответ: а

685. 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

- а) рак молочной железы
- б) болезнь Минца
- в) фиброаденома
- г) узловатая мастопатия

Ответ: а

686. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ВЫЯВЛЕНИИ

- а) кистозных и солидных патологических образований
- б) кист, доброкачественных и злокачественных новообразований
- в) рака и доброкачественных опухолей молочной железы
- г) рака молочной железы

Ответ: а

687. ИМПЛАНТАТЫ-ЭКСПАНДЕРЫ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ НАЛИЧИЕМ

- а) наружной камеры с гелем когезив I-II
- б) наружной камеры с физиологическим раствором
- в) внутренней камеры с гелем когезив III
- г) гладкой оболочкой

Ответ: а

688. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) маммография
- б) термография
- в) пальпация
- г) радионуклидная диагностика

Ответ: а

689. 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

- а) внутрипротоковая папиллома
- б) болезнь Педжета
- в) отечно-инфильтративная форма рака молочной железы
- г) острый мастит

Ответ: а

690. 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

- а) фиброаденома молочной железы
- б) болезнь Минца



- в) фиброзно-кистозная мастопатия
- г) рак молочной железы

Ответ: а

691. КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОЖУ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) рожеподобный
- б) сосудистый
- в) паренхиматозный
- г) экзематозный

Ответ: а

692. НА ФОНЕ ЛИСТОВИДНОЙ ФИБРОАДЕНОМЫ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ

- а) фибросаркомы
- б) болезни Минца
- в) болезни Педжета
- г) рака молочной железы

Ответ: а

693. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ МАММОГРАФИИ С \_\_\_\_ ПО \_\_\_\_ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

- а) 5; 12
- б) 1; 4
- в) 14; 20
- г) 20; 28

Ответ: а

694. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

- а) фиброаденома
- б) диффузная мастопатия
- в) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
- г) неходжкинская лимфома

Ответ: а

695. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) пункция с цитологическим исследованием
- б) маммография
- в) термография
- г) ультразвуковое исследование

Ответ: а

696. В СОСТАВ ПЕРФОРАНТНОГО ЛОСКУТА НА НИЖНЕЙ ЯГОДИЧНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВХОДИТ

- а) кожно-жировой лоскут
- б) большая ягодичная мышца
- в) малая ягодичная мышца
- г) средняя ягодичная мышца

Ответ: а

697. НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) мышечный «балкон», поддерживающий паренхиму
- б) вертикальная пликация паренхимы
- в) уменьшение массы молочной железы
- г) фиксация субмаммарной складки к глубоким тканям

Ответ: а

698. ПРИ ВЫБОРЕ РАЗМЕРА ЭНДОПРОТЕЗА ОРИЕНТИРУЮТСЯ НА

- а) размер пятна молочной железы
- б) расстояние от соска до субмаммарной складки
- в) ширину железы минус размер кожной складки
- г) проекцию молочной железы

Ответ: а

699. АЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ ДЕРМАЛЬНЫЙ МАТРИКС ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- а) укрытия нижнего склона имплантата
- б) укрытия верхнего склона имплантата
- в) фиксации субмаммарной складки
- г) снижения риска капсулярной контрактуры

Ответ: а

700. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ СУБГЛАНДУЛЯРНОГО КАРМАНА ОТНОСЯТ

- а) минимизацию болевых ощущений в раннем послеоперационном периоде за счёт отсутствия травматизации мышцы
- б) отсутствие контурирования имплантата
- в) оптимальную эстетичность контуров молочной железы в ранние сроки
- г) наилучший контроль гемостаза

Ответ: а

701. КОРРЕКЦИЯ ТУБУЛЯРНОЙ ГРУДИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ (В ГОДАХ)

- а) 14
- б) 18
- в) 25
- г) 30

Ответ: а

702. ФОРМА АУГМЕНТИРОВАННОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАВИСИТ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОТ

- а) строения грудной стенки и свойств тканей молочной железы
- б) объёма имплантата
- в) формы имплантата
- г) выбранной техники и уровня установки имплантата

Ответ: а

703. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ ПАПИЛЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) гормональный
- г) лекарственный

Ответ: а

704. ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ЛОСКУТА НА ПЕРФОРАНТАХ НИЖНИХ ЯГОДИЧНЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) короткая сосудистая ножка
- б) невозможность взятия лоскута после кругового бодилифтинга
- в) деформация донорской зоны
- г) плотная лобулярная клетчатка донорской зоны

Ответ: а

705. СИМПТОМ «ЛИМОННОЙ КОРКИ» И ОТЕК АРЕОЛЫ

- а) увеличивает стадию заболевания и влияет на определение тактики лечения
- б) не влияет на определение стадии заболевания и тактику лечения
- в) увеличивает риск присоединения и развития воспалительных заболеваний и увеличивает сроки лечения
- г) влияет на общее состояние больной и требует симптоматической терапии

Ответ: а

706. ПРИ ОПУЩЕНИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «ЗАПАДЕНИЕ» ИМПЛАНТАТА ВГЛУБЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ

- а) под молочную железу
- б) большого размера
- в) маленького размера
- г) субпекторально

Ответ: а

707. ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ВЫБОРА ФОРМЫ ИМПЛАНТАТА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- а) исходную форму железы, желаемые объём и форму, рост и форму грудной клетки
- б) исходную форму железы, пожелания пациентки, качество покровных тканей
- в) желаемые объём и форму молочной железы, анатомические особенности пациентки
- г) наличие в анамнезе кормления грудью, вес пациентки

Ответ: а

708. В СОСТАВ ВЕРХНЕГО ПОПЕРЕЧНОГО ЛОСКУТА БЕДРА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВХОДИТ

- а) тонкая мышца бедра
- б) приводящая мышца бедра
- в) портняжная мышца
- г) медиальная головка четырехглавой мышцы бедра

Ответ: а

709. ЭПОНИМИЧЕСКОЕ НАЗВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ МАММОПЛАСТИКЕ БАЗИРУЕТСЯ НА

- а) ключевом хирургическом приёме автора
- б) способе транспорта сосково-ареолярного комплекса
- в) способе формирования нового контура молочной железы
- г) особенностях анатомии при формировании лоскутов

Ответ: а

710. ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ НАИБОЛЕЕ ВРЕДНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- а) геля Формакрил
- б) аутологичных жировых клеток
- в) силиконовых эндопротезов
- г) полиуретановых эндопротезов

Ответ: а

711. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТОРАКО-ДОРСАЛЬНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ ТОРАКО-ДОРСАЛЬНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

- а) анимационных деформаций реконструируемой груди
- б) тракционного перекрута сосудистой ножки лоскута
- в) уменьшения послеоперационного болевого синдрома
- г) сокращения длины сосудистой ножки лоскута

Ответ: а

712. АЛЬТЕРНАТИВОЙ АЦЕЛЛЮЛЯРНОМУ ДЕРМАЛЬНОМУ МАТРИКСУ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) сетчатый имплантат
- б) имплантат-экспандер
- в) аутожир
- г) силиконовый блок

Ответ: а

713. УДАЛЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПРИ

- а) появлении общей симптоматики инфекционного процесса
- б) нарастании болезненности
- в) наличии кровотечения
- г) потере формы

Ответ: а

714. В СОСТАВ DIER - ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВХОДИТ КОЖНО-ЖИРОВОЙ ЛОСКУТ ИЗ ОБЛАСТИ

- а) передней брюшной стенки
- б) ягодиц
- в) внутренней поверхности бедра
- г) задней поверхности грудной стенки

Ответ: а

715. НАИБОЛЕЕ ВЫСОК РИСК ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ ЧАСТИЧНОГО ИЛИ ПОЛНОГО НЕКРОЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ \_\_\_\_\_ЛОСКУТА

- а) SIEA
- б) DIER
- в) свободного TRAM
- г) мышцосохраняющего TRAM

Ответ: а

716. С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕИННЕРВАЦИИ МЫШЦЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТОРАКОДОРСАЛЬНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО РЕЗЕЦИРОВАТЬ ФРАГМЕНТ НЕРВА ДЛИННОЙ (В СМ)

- а) 4
- б) 1
- в) 2
- г) 3

Ответ: а

717. ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ ОДНОГО

КОНКРЕТНОГО ДОМИНАНТНОГО СОСУДА ЗАБИРАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ЛОСКУТ

- а) DIEP
- б) свободный TRAM
- в) мышцосохраняющий TRAM
- г) SIEA

Ответ: а

718. ПРИ ИСТИННОЙ ГИПОПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕИМУЩЕСТВА АНАТОМИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

- а) эффективном устранении избыточной полноты «верхнего полюса» молочной железы
- б) заполнении «верхнего полюса» молочной железы
- в) создании отчётливо выраженной субмаммарной складки
- г) заполнении «нижнего полюса» молочной железы

Ответ: а

719. НАИБОЛЕЕ ВЫСОК РИСК ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ \_\_\_\_\_ ЛОСКУТА

- а) TRAM на ножке
- б) мышцосохраняющего TRAM
- в) DIEP
- г) свободного TRAM

Ответ: а

720. ВЫБОР МАСТОПЕКТИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПЕРИАРЕОЛЯРНОГО, ВЕРТИКАЛЬНОГО ИЛИ Т-ОБРАЗНОГО РАЗРЕЗА ОБУСЛОВЛЕН

- а) объёмом мягких тканей, подлежащих резекции
- б) формой молочных желёз
- в) пожеланиями пациента
- г) анатомическими особенностями молочной железы

Ответ: а

721. ЛАТЕРАЛЬНОЕ ОТ 1 ЗОНЫ ПРИ РАЗМЕТКЕ DIEP - ЛОСКУТА ПО HOLM РАСПОЛАГАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ЗОНА

- а) II
- б) III
- в) IV
- г) V

Ответ: а

722. НА ПЕРВОМ МЕСТЕ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТА АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ СТОИТ

- а) улучшенное самовосприятие и качество жизни пациентки
- б) эстетичность формы молочной железы
- в) отсутствие видимых рубцов
- г) отсутствие птозирования имплантатов

Ответ: а

723. РЕКОНСТРУКЦИЯ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СВОБОДНЫМ ЛОСКУТОМ/ТРАНСПЛАНТАТОМ

- а) во всех случаях выполняется на завершающем этапе реконструкции
- б) производится одновременно с пересадкой лоскута
- в) может быть выполнена на любом этапе реконструкции или корригирующих

вмешательств

г) должна быть выполнена до ретракции пересаженного лоскута

Ответ: а

724. ПОЛНОЕ МЫШЕЧНОЕ ПОКРЫТИЕ ИМПЛАНТАТА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗА СЧЕТ МОБИЛИЗАЦИИ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ, ЗУБЧАТОЙ МЫШЦЫ И АПОНЕВРОЗА ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА, ПРИВОДИТ К

а) ограничению экспансии мягких тканей и неестественному виду молочной железы

б) гиперактивности и повышенной мобильности большой грудной мышцы

в) повышенному риску образования контрактуры капсулы имплантата

г) повышенному риску расхождения апоневроза прямых мышц живота и герниации

Ответ: а

725. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ АНЕСТЕЗИИ ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

а) общая

б) проводниковая

в) местная инфильтрационная

г) эпидуральная

Ответ: а

726. ПОЛНОЕ МЫШЕЧНОЕ ПОКРЫТИЕ ИМПЛАНТАТА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТОРАКОДОРСАЛЬНОГО ЛОСКУТА ДОСТИГАЕТСЯ

а) созданием кармана при сшивании широчайшей мышцы спины с отсеченной большой грудной мышцей

б) укрытием большой грудной мышцей, отсеченной от реберного края

в) мобилизацией и укрытием порции передней зубчатой мышцы

г) формированием миофасциального кармана фасции передней зубчатой мышцы и прямой мышцы живота

Ответ: а

727. ДЛЯ ТУБУЛЯРНОЙ ГРУДИ ХАРАКТЕРНЫ

а) деформационные изменения в нижних квадрантах железы

б) деформационные изменения в верхних квадрантах железы

в) маленькие размеры железы

г) большие размеры железы

Ответ: а

728. НАИМЕНЬШИЙ ДИАМЕТР СОСУДИСТОЙ НОЖКИ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У \_\_\_\_\_ ЛОСКУТА

а) SIEA

б) DIEP

в) мышцосохраняющего TRAM

г) торакодорсального

Ответ: а

729. ПЕРФОРАНТ ВЕРХНЕЙ ЯГОДИЧНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ВЕРХНЕГО ЯГОДИЧНОГО ЛОСКУТА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОЕЦИРУЕТСЯ НА ГРАНИЦЕ

а) верхней и средней трети линии, проведенной от задней верхней ости крыла подвздошной кости к большому вертелу

б) средней и нижней трети линии, проведенной от задней верхней ости крыла

подвздошной кости к большому вертелу

в) верхней и средней трети линии, проведенной от задней верхней ости к крестцово-подвздошному сочленению

г) средней и нижней трети линии, проведенной от задней верхней ости крыла подвздошной кости к копчику

Ответ: а

730. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургический

б) лекарственный

в) лучевой

г) гормональный

Ответ: а

731. РАСКРОЙ КОЖИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ КОЖНОГО «ЧЕХЛА» С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ ВЫСОТЫ КОНУСА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ

а) циркумвертикальным

б) в виде перевернутой буквы Т

в) вертикальным

г) латеральным

Ответ: а

732. МИКРОАНАСТОМОЗЫ ДИЕР-ЛОСКУТА И ТРАМ-ЛОСКУТА С ПОДКАЧКОЙ И ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИЕЙ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАКЛАДЫВАЮТСЯ В \_\_\_\_\_ МЕЖРЕБЕРЬЕ

а) IV

б) V

в) VI

г) VII

Ответ: а

733. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫБОРА ТРАМ-ЛОСКУТА НА НОЖКЕ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) любое сопутствующее заболевание и состояние, способное скомпрометировать кровоснабжение в лоскуте

б) абдоминопластика, сопровождающаяся пластикой диафрагмы апоневроза прямых мышц живота в анамнезе

в) любое оперативные вмешательства в анамнезе, выполненное с пересечением прямой мышцы живота

г) в случае, если в программе мастэктомии большая грудная мышца осталась интактной

Ответ: а

734. ПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСАКСИЛЛЯРНОМУ ДОСТУПУ ЯВЛЯЕТСЯ

а) отсутствие выраженной субмаммарной складки

б) наименее заметный разрез и рубец

в) повторная маммопластика

г) большой объем мягких тканей

Ответ: а

735. ОСНОВОЙ ДЛЯ ДИЕР-ЛОСКУТА ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРФОРАНТЫ

а) глубокой нижней надчревной артерии

б) глубоких, окружающих подвздошную кость, сосудов

- в) поверхностные нижней надчревной артерии
- г) верхней ягодичной артерии

Ответ: а

736. ПРИ РЕОПЕРАЦИЯХ ПО ЛЮБОЙ ПРИЧИНЕ ЗАМЕНА ЭНДОПРОТЕЗОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ИЗ-ЗА

- а) формирования на оболочке биоплёнки, содержащей бактерии
- б) изношенности оболочки
- в) морального устаревания модели имплантатов
- г) формирования капсулярной контрактуры в дальнейшем

Ответ: а

737. В СОСТАВ ДИЕР - ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВХОДИТ

- а) кожно-жировой лоскут
- б) тонкая мышца бедра
- в) широчайшая мышца спины
- г) прямая мышца живота

Ответ: а

738. ДЛИНА РАЗРЕЗА ПРИ СУБМАММАРНОМ ДОСТУПЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- а) 4,5
- б) 5,5
- в) 6,0
- г) 3,5

Ответ: а

739. СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) сдавлением гипертрофированной карпальной связкой срединного нерва
- б) сращением сухожилий в карпальном канале
- в) гипертрофией карпальной связки
- г) образованием посттравматического рубцового конгломерата сухожилий и срединного нерва в карпальном канале

Ответ: а

740. ДЕФОРМАЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ВИДЕ ДЕФЕКТА КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ С ПЛОХОЙ СОКРАТИМОСТЬЮ И РЕЗКО ОСЛАБЛЕННОМ ТОНУСЕ МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО СЛОЯ ХАРАКТЕРНА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДЛЯ

- а) многократно рожавших женщин с избыточной массой тела
- б) мужчин старше 40 лет
- в) многократно рожавших женщин с нормальной или сниженной массой тела
- г) пациентов обоего пола после массивного снижения массы тела

Ответ: а

741. К ОБЩЕПРИНЯТЫМ ПРИНЦИПАМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПЕРЕД АБДОМИНОПЛАСТИКОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ОТНОСИТСЯ ЖЕЛАТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА НА \_\_\_\_\_% ОТ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ

- а) 10
- б) 20
- в) 25
- г) 30



Ответ: а

742. ШЕСТОЙ ТИП ЭСТЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) 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
- б) умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тоне
- в) умеренным излишком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тоне
- г) утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тоне

Ответ: а

743. ДЕФОРМАЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ВИДЕ УМЕРЕННО РАСТЯНУТОЙ КОЖИ ПРИ РЕЗКО СНИЖЕННОМ МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОМ ТОНУСЕ ХАРАКТЕРНА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДЛЯ

- а) мужчин старше 40 лет
- б) многократно рожавших женщин с избыточной массой тела
- в) многократно рожавших женщин с нормальной или сниженной массой тела
- г) молодых, недавно родивших женщин с активным образом жизни

Ответ: а

744. СООТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА ТАЛИИ К ОБЪЕМУ БЕДЕР ОТ/ОБ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- а) типа жировотложения (андроидное, гиноидное)
- б) характера жировотложения (гипертрофическое, гиперпластическое)
- в) индекса массы тела
- г) характера течения ожирения

Ответ: а

745. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ СМЕЩЕНИЯ КОЖНО-ЖИРОВОГО СЛОЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ДОЛЖНА ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- а) вертикальном и горизонтальном на спине
- б) горизонтальном на правом и левом боку
- в) сидя и горизонтальном на боку
- г) сидя и колено-локтевом

Ответ: а

746. ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА \_\_\_\_\_ ОЖИРЕНИЕ

- а) андроидное
- б) гипотиреоидное
- в) гипоовариальное
- г) церебральное

Ответ: а

747. ВТОРОЙ ТИП ЭСТЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) нормальным подкожно-жировым слоем и наличием диастиза прямых мышц живота и/или грыжами небольшого размера
- б) утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом

тонусе

- в) умеренным избытком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
- г) умеренно растянутой кожей при резко сниженном мышечно-апоневротическом тонусе

Ответ: а

748. СИНДРОМ КУБИТАЛЬНОГО КАНАЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СДАВЛЕНИЕМ

- а) локтевого нерва между головками локтевого сгибателя кисти на уровне локтевого сустава
- б) срединного нерва в кубитальной ямке сухожилием двуглавой мышцы
- в) плечевой артерии в кубитальной ямке сухожилием двуглавой мышцы
- г) глубокой ветви лучевого нерва между головками супинатора

Ответ: а

749. ОТЛИЧИЕМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ОТ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- а) количество адипоцитов
- б) размер адипоцитов
- в) распределение жировых депо
- г) индекс массы тела

Ответ: а

750. ТРЕТИЙ ТИП ЭСТЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) умеренным избытком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
- б) утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе
- в) нормальным подкожно-жировым слоем и наличием диастиза прямых мышц живота и/или грыжами небольшого размера
- г) умеренно растянутой кожей при резко сниженном мышечно-апоневротическом тонусе

Ответ: а

751. ЧЕТВЕРТЫЙ ТИП ЭСТЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) умеренно растянутой кожей при резко сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
- б) утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе
- в) нормальным подкожно-жировым слоем и наличием диастиза прямых мышц живота и/или грыжами небольшого размера
- г) умеренным избытком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе

Ответ: а

752. 1-2 СТЕПЕНИ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

- а) 30-40
- б) 10-20
- в) 50-60
- г) 70-80

Ответ: а

753. КОНТРАКТУРА ФОЛЬКМАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КОНТРАКТУРОЙ

## ВСЛЕДСТВИЕ

- а) пальцев и кисти; повреждения плечевой артерии с последующим асептическим некрозом мышц сгибателей пальцев и кисти
- б) пальцев кисти; повреждения локтевого и срединного нервов на уровне предплечья
- в) сгибательной пальцев кисти; заболевания ладонного апоневроза
- г) пальцев кисти; ревматоидного артрита

Ответ: а

### 754. ПЯТЫЙ ТИП ЭСТЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) дефектом кожи и подкожной клетчатки с плохой сократимостью в виде «фартука» при резко ослабленном тонусе мышечно-апоневротического слоя
- б) умеренным избытком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
- в) дефектом кожи и подкожной клетчатки с плохой сократимостью в виде «фартука» при ослабленном тонусе мышечно-апоневротического слоя и наличием грыж и рубцов после предшествующих лапаротомий
- г) утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе

Ответ: а

### 755. ПЕРВЫЙ ТИП ЭСТЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) утолщенным подкожно-жировым слоем при сохранном мышечно-апоневротическом тонусе
- б) нормальным подкожно-жировым слоем и наличием диастиза прямых мышц живота и/или грыжами небольшого размера
- в) умеренным избытком кожи с нормальным количеством клетчатки при нормальном или умеренно сниженном мышечно-апоневротическом тонусе
- г) умеренно растянутой кожей при резко сниженном мышечно-апоневротическом тонусе

Ответ: а

### 756. КОНТУРЫ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА

- а) подкожная
- б) субфасциальная
- в) висцеральная
- г) клетчаточных пространств

Ответ: а

### 757. ПОДГОТОВКА К АБДОМИНОПЛАСТИКЕ ВКЛЮЧАЕТ ОЦЕНКУ ГОТОВНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ К

- а) повышенному внутрибрюшному давлению
- б) нарушению микроциркуляции
- в) длительному постельному режиму
- г) изменению водно-электролитного состава крови

Ответ: а

### 758. ПРИ СБОРЕ ФОТОДОКУМЕНТАЦИИ ПЕРЕД АБДОМИНОПЛАСТИКОЙ НАРЯДУ СО СТАНДАРТНЫМИ РАКУРСАМИ АНФАС, ПРОФИЛЬ, ПОЛУПРОФИЛЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ФОТО В ПОЛОЖЕНИИ

- а) профиль с наклоном вперед
- б) профиль в колено-локтевом положении

- в) профиль в положении лежа с приподнятыми конечностями
- г) анфас со спины

Ответ: а

759. ФУНКЦИЕЙ КОМПРЕССИОННОГО БЕЛЬЯ ПОСЛЕ ЛИПОСАКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ СДЕРЖИВАНИЕ ОТЕКА И

- а) равномерное формирование плоскостного рубца
- б) остановка кровотечения
- в) снижение болевых ощущений
- г) снижение риска жировой эмболии

Ответ: а

760. КОНСЕРВАТИВНЫЕ МИНИМАЛЬНО АГРЕССИВНЫЕ КАНЮЛИ ДЛЯ ЛИПОАСПИРАЦИИ ИМЕЮТ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ \_\_\_\_\_ ДИАМЕТР

- а) 1-2 отверстия и малый
- б) 2 отверстия и средний
- в) 2 отверстия и большой
- г) более 2 отверстий и средний

Ответ: а

761. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ РЕДУКЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ МЕТОДОМ ЛИПОСАКЦИИ В ОБЪЕМЕ 6 ЛИТРОВ СЛЕДУЕТ ПЛАНИРОВАТЬ НЕ МЕНЕЕ \_\_\_\_\_ ЭТАПОВ

- а) 2
- б) 3
- в) 4
- г) 5

Ответ: а

762. КРИТИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ (ДО ИСТЕЧЕНИЯ КОТОРОГО НЕОБХОДИМО ВОССТАНОВИТЬ КРОВОТОК) ТЕПЛОВОЙ АНОКСИИ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- а) 4-5
- б) 2-3
- в) 5-6
- г) 6-7

Ответ: а

763. ПОВРЕЖДЁННУЮ ГЛУБОКУЮ ВЕТВЬ ЛУЧЕВОГО НЕРВА НЕРАЦИОНАЛЬНО ВОССТАНАВЛИВАТЬ ПОСЛЕ (В МЕСЯЦАХ)

- а) 6
- б) 2
- в) 4
- г) 10

Ответ: а

764. ДЛЯ АУТОПЛАСТИКИ НЕРВА ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ \_\_\_\_\_ НЕРВ/НЕРВА

- а) икроножный
- б) кожную ветвь кожно-мышечного
- в) кожную ветвь малоберцового
- г) кожную ветвь бедренного

Ответ: а

765. ОБРАБОТКА «ЖИРОВОЙ ЛОВУШКИ» ИЗ ДВУХ РАЗРЕЗОВ ДОЛЖНА ПРОИСХОДИТЬ В \_\_\_\_\_ НАПРАВЛЕНИЯХ

- а) веерообразных
- б) параллельных
- в) строго перпендикулярных
- г) последовательно параллельных в разных слоях

Ответ: а

766. СНИЗИТЬ РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЛИПОСАКЦИИ ПОМОГАЕТ

- а) соблюдение глубины слоя и непрерывный ход канюли
- б) увеличение объема тумисценции
- в) уменьшение объема тумисценции
- г) уменьшение мощности ультразвуковой волны

Ответ: а

767. ПРИ ЗАБОРЕ ТРАНСПЛАНТАТА ИЗ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ БОЛЬШЕ ВСЕГО ПОВРЕЖДАЕТСЯ МЫШЦА

- а) flexor hallicis longus
- б) extensor hallicis longus
- в) tibialis anterior
- г) tibialis posterior

Ответ: а

768. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ВЕРТИКАЛЬНОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РУБЦА ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ И

- а) отказ пациента иметь дополнительный горизонтальный рубец
- б) необходимость пликация релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
- в) необходимость герниопластики с использованием сетчатого имплантата
- г) тяжелая сопутствующая соматическая патология

Ответ: а

769. ПРИ РАССЕЧЕНИИ КАРПАЛЬНОЙ СВЯЗКИ НУЖНО ОПАСАТЬСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ

- а) мышечной ветви срединного нерва к тенару
- б) поверхностной артериальной дуги
- в) мышечной ветви срединного нерва к червеобразным мышцам
- г) мышечной ветви срединного нерва к межкостным мышцам

Ответ: а

770. КРИТИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ (ДО ИСТЕЧЕНИЯ КОТОРОГО НЕОБХОДИМО ВОССТАНОВИТЬ КРОВОТОК) ТЕПЛОВОЙ АНОКСИИ МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- а) 2-3
- б) 4-5
- в) 5-6
- г) 6-7

Ответ: а

771. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА БЕДРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) перидуральная анестезия
- б) внутривенная регионарная анестезия
- в) блокада нервных стволов, узлов и сплетений
- г) эндотрахеальный наркоз

Ответ: а

772. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОСЛЕ ЗАБОРА «КИТАЙСКОГО» ЛОСКУТА ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) острая ишемия кисти
- б) лимфатический отёк кисти
- в) венозный застой в кисти
- г) контрактура кистевого сустава

Ответ: а

773. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СЕРОМ ПОСЛЕ ЛИПОСАКЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- а) компрессионным бельем
- б) постельным режимом
- в) длительным ограничением физической активности
- г) ограничением водной нагрузки

Ответ: а

774. ОТВЕРСТИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ УМЕРЕННО АГРЕССИВНОЙ КАНЮЛИ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- а) вблизи от наконечника
- б) вдали от наконечника
- в) на верхушке наконечника
- г) на дополнительной насадке

Ответ: а

775. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОДАПОНЕВРОТИЧЕСКИХ ГЕМАТОМ ПОСЛЕ МОБИЛИЗАЦИИ КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) выполнение отслойки без выделения и коагуляции перфорантных сосудов
- б) нестабильное артериальное на протяжении операции
- в) отказ от ношения компрессионного белья в послеоперационном периоде
- г) выполнение отслойки без предварительной инфильтрации

Ответ: а

776. ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПАХОВОГО ЛОСКУТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) большая площадь лоскута при незначительной толщине
- б) постоянство отхождения питающей артерии
- в) большой диаметр питающей артерии
- г) возможность комбинации структур лоскута

Ответ: а

777. ОТВЕРСТИЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИНИМАЛЬНО АГРЕССИВНОЙ КАНЮЛИ ДЛЯ ЛИПОАСПИРАЦИИ РАСПОЛАГАЮТСЯ ОБЫЧНО С \_\_\_\_\_ ОТ НАКОНЕЧНИКА

- а) тыльной стороны вдали
- б) тыльной стороны вблизи
- в) двух сторон вблизи
- г) трех сторон вблизи

Ответ: а

778. ПОВЕРХНОСТНЫЙ СЛОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРЕДСТАВЛЕН

- а) жировой тканью ячеистой структуры в виде сот
- б) аморфными непостоянными жировыми карманами
- в) мелкоячеистой жировой тканью с большим количеством соединительнотканых структур
- г) плотными жировыми дольками в виде ограниченных конгломератов

Ответ: а

779. ОТВЕРСТИЕ КАНЮЛИ В ПРОЦЕССЕ ЛИПОАСПИРАЦИИ ДОЛЖНО РАСПОЛАГАТЬСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В НАПРАВЛЕНИИ

- а) мышечно-апоневротического слоя
- б) 10 градусов к поверхности кожи
- в) 90 градусов к поверхности кожи
- г) 45 градусов к поверхности кожи

Ответ: а

780. ПРИ ПЕРЕНОСЕ ПУПОЧНОЙ ЯМКИ РАЗМЕТКА РЕЦИПИЕНТНОГО МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ БУДУЩЕГО ПУПКА ПРОИЗВОДИТСЯ ПО СРЕДНЕЙ ЛИНИИ НА

- а) уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше
- б) 18-20 см выше линии оволосения лобка
- в) уровне плавающих ребер
- г) середине расстояния между лобком и лонным сочленением

Ответ: а

781. КРИТИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ (ДО ИСТЕЧЕНИЯ КОТОРОГО НЕОБХОДИМО ВОССТАНОВИТЬ КРОВОТОК) ТЕПЛОВОЙ АНОКСИИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРИ РЕПЛАНТАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- а) 5-6
- б) 6-8
- в) 7-8
- г) 8-9

Ответ: а

782. ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕВРОПАТИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ВЫПОЛНЯЮТ ОПЕРАЦИЮ

- а) Джанелидзе
- б) Николадони
- в) Занколли
- г) Педжета

Ответ: а

783. ПРИ ПРАВИЛЬНОЙ РАЗМЕТКЕ ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ЗОНЫ ПРЕПАРОВКИ КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА В ХОДЕ КЛАССИЧЕСКОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) мечевидный отросток и край реберной дуги
- б) эпигастральная область
- в) уровень плавающих ребер
- г) уровень субмаммарных складок

Ответ: а

784. ПЛАНИРОВАТЬ КОРРЕКЦИЮ КОНТУРОВ ТЕЛА МЕТОДОМ ЛИПОСАКЦИИ

ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ ИНДЕКСЕ МАССЫ ТЕЛА

- а) 25-30
- б) 18-20
- в) 45-50
- г) 55-60

Ответ: а

785. ГЛУБОКИЙ СЛОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ СОСТОИТ ИЗ

- а) аморфных непостоянных жировых карманов
- б) жировой ткани ячеистой структуры в виде сот
- в) плотных жировых долек в виде ограниченных конгломератов
- г) мелкочаеистой жировой ткани с большим количеством соединительнотканых структур

Ответ: а

786. ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ СОСТОИТ ИЗ  
\_\_\_\_\_ СЛОЕВ/СЛОЯ

- а) 2
- б) 3
- в) 4
- г) 1

Ответ: а

787. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЛИПОСАКЦИИ  
ЯВЛЯЕТСЯ

- а) серома
- б) синдром «стиральной доски»
- в) интрадермальный ожог
- г) эндотоксикоз

Ответ: а

788. ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ НОШЕНИЕ КОМПРЕССИОННОГО БЕЛЬЯ ПЕРЕД  
АБДОМИНОПЛАСТИКОЙ ПОКАЗАНО ДЛЯ

- а) адаптации к повышению внутрибрюшного давления
- б) уменьшения степени релаксации мышц передней брюшной стенки
- в) уменьшения лимфостаза у пациентов с выраженным кожно-жировым фартуком
- г) улучшения микроциркуляции в зоне будущего вмешательства

Ответ: а

789. ПРИЗНАКОМ НЕОБХОДИМОСТИ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛИПОСАКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ  
ИСТОНЧЕНИЕ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ И СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА  
АСПИРАТА В ВИДЕ

- а) увеличения примеси крови
- б) уменьшения доли структурированной жировой ткани
- в) увеличения доли структурированной жировой ткани
- г) появления соединительно тканых включений

Ответ: а

790. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЛИПОСАКЦИИ  
ЯВЛЯЕТСЯ

- а) интрадермальный ожог кожи
- б) серома
- в) эндотоксикоз
- г) лимфоррея



Ответ: а

791. КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КОНТРАКТУРОЙ

- а) сгибательной пальцев кисти вследствие заболевания ладонного апоневроза
- б) посттравматической сгибательной пальцев кисти
- в) пальцев кисти вследствие повреждения локтевого и срединного нервов на уровне предплечья
- г) пальцев и кисти вследствие повреждения плечевой артерии

Ответ: а

792. ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ НИЖНИМ ПОПЕРЕЧНЫМ ДОСТУПОМ ОСНОВНОЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРОИСХОДИТ ИЗ

- а) верхней надчревной артерии
- б) поверхностной надчревной артерии
- в) межреберных, подреберных и поясничных артерий
- г) глубокой артерии, огибающей подвздошную кость

Ответ: а

793. СУЩЕСТВЕННЫМ ОТЛИЧИЕМ НАПРЯЖЕННО-БОКОВОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ ПО LOCKWOOD ОТ КЛАССИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) резекция кожи преимущественно в латеральных отделах туловища
- б) лучшие технические условия для пликаций релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
- в) худшие условия кровоснабжения центральной части лоскута
- г) невозможность сочетания методики с липосакцией тех или иных отделов живота

Ответ: а

794. ПРИ СДАВЛЕНИИ НЕРВА В КАРПАЛЬНОМ КАНАЛЕ РАССЕКАЮТ

- а) retinaculum musculorum flexosorum
- б) retinaculum musculorum extensorum
- в) ligamentum metacarpale transversum profundum
- г) ligamentum collateralia

Ответ: а

795. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛИПОСАКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей в анамнезе
- б) ретикулярная форма варикозного расширения вен
- в) вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу
- г) рожистое воспаление кожи любого региона в анамнезе

Ответ: а

796. ПОВЕРХНОСТНЫЙ СЛОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

- а) переходит на переднюю поверхность бедра
- б) ограничен паховой связкой от клетчатки нижней конечности
- в) ограничен адгезивной зоной прилипания кожных покровов от клетчатки нижней конечности
- г) соединяется с глубоким слоем жировой клетчатки передней брюшной стенки

Ответ: а

797. К ОПТИМАЛЬНЫМ АЛГОРИТМАМ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ КОРРЕКЦИИ КОНТУРОВ ТЕЛА ПРИ ИНДЕКСЕ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ 40 ОТНОСЯТ

- а) бариатрическое вмешательство на первом этапе
- б) липосакцию проблемных зон в один этап
- в) липосакцию проблемных зон в два этапа
- г) дермалипэктомии в проблемных зонах в несколько этапов

Ответ: а

798. МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА ЛИДОКАИНА ДЛ\ ТУМИСЦЕНТНОЙ ЛИПОСАКЦИИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ \_\_\_\_\_ МГ/КГ

- а) 55
- б) 20
- в) 10
- г) 100

Ответ: а

799. НАИБОЛЬШАЯ ДЛИНА СОСУДИСТОЙ НОЖКИ ЛАТЕРАЛЬНОГО КОЖНО-ФАССИАЛЬНОГО ЛОСКУТА БЕДРА СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ (В СМ)

- а) 5
- б) 7
- в) 10
- г) 3

Ответ: а

800. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ЛИПОАСПИРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) коррекция контуров фигуры
- б) устранение избыточной массы тела
- в) перераспределение жировых депо
- г) смена типа жиротложения

Ответ: а

801. СРЕДНЯЯ ПОТЕРЯ КРОВИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЛИПОСАКЦИИ НА 1 ЛИТР ЖИРОВОЙ ЭМУЛЬСИИ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ (В МЛ)

- а) 200-250
- б) 50-100
- в) 25-50
- г) 300-350

Ответ: а

802. ЛИПОЛИТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ РАСТВОРА КЛЯЙНА ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ В ЕГО СОСТАВЕ

- а) гидрокарбоната натрия
- б) адреналина
- в) местного анестетика
- г) антибиотика

Ответ: а

803. У СТАНДАРТНОЙ РУКОЯТКИ ДЛЯ ЛИПОАСПИРАЦИОННОЙ КАНЮЛИ ВЫЕМКА ДЛЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА УКАЗЫВАЕТ НА \_\_\_\_\_ ПОЛОЖЕНИЕ

- а) верхнее
- б) нижнее
- в) медиальное
- г) срединное

Ответ: а

804. КРИТИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ (ДО ИСТЕЧЕНИЯ КОТОРОГО ЖЕЛАТЕЛЬНО ВОССТАНОВИТЬ КРОВОТОК) ТЕПЛОВОЙ АНОКСИИ КОСТНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- а) 2-3
- б) 4-5
- в) 5-6
- г) 6-7

Ответ: а

805. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЛИПОСАКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) жировая эмболия
- б) травма крупных сосудов
- в) синдром «стиральной доски»
- г) парез нервов

Ответ: а

806. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТА ТКАНЕЙ НА КИСТИ ЛОСКУТОМ НА ШИРОКОЙ ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ, СФОРМИРОВАННЫМ ИЗ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) эндотрахеальный наркоз
- б) перидуральная анестезия
- в) внутривенная регионарная анестезия
- г) блокада нервных стволов, узлов и сплетений

Ответ: а

807. ПОДВИЖНОСТЬ КОЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ОГРАНИЧЕНА В ОБЛАСТИ ПУПКА И

- а) паховой области
- б) срединной линии
- в) задне-подвздошной области
- г) эпигастральной области

Ответ: а

808. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) пликация апоневроза нерассасывающейся нитью
- б) раздельное соединение рассеченного переднего листка влагалища прямых мышц живота
- в) пластика проленовой сеткой
- г) пластика ацеллюлярным дермальным матриксом

Ответ: а

809. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНО РАСТЯНУТОЙ КОЖЕ С УМЕРЕННЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ И РЕЗКО ОСЛАБЛЕННОМ ТОНУСЕ МЫШЕЧНОГО КАРКАСА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОКАЗАНА \_\_\_\_\_ АБДОМИНОПЛАСТИКА

- а) классическая
- б) закрытая мини
- в) открытая мини
- г) реверсная

Ответ: а

810. ОТСЕЧЕНИЕ ПУПОЧНОГО СТЕБЛЯ ОТ АПОНЕВРОЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛАССИЧЕСКОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- а) избыточной длине пупочного стебля
- б) диастазе прямых мышц живота в подпупочной зоне
- в) диастазе прямых мышц живота в надпупочной зоне
- г) повторной абдоминопластике

Ответ: а

811. ОСОБЕННОСТЬЮ ВЕРТИКАЛЬНОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) отсутствие необходимости широкой латеральной надапоневротической диссекции
- б) возможность проведения симультанной мастопексии
- в) возможность коррекции значительного избытка кожи и подкожной клетчатки в виде «фартука»
- г) пликация релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям

Ответ: а

812. ДЛЯ НАПРЯЖЕННО-БОКОВОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ ПО LOCKWOOD ХАРАКТЕРНО

- а) сокращение зоны отслойки кожно-жирового лоскута с сохранением подреберных перфорантов
- б) наличие худших условий кровоснабжения центральной части лоскута
- в) наличие лучших технических условий для пликации релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
- г) отсечение пупочного канатика и перенос пупочного кольца в виде свободного трансплантата

Ответ: а

813. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СУЖЕНИЯ ТАЛИИ У ПАЦИЕНТА С ПОНИЖЕННЫМ ТОНУСОМ МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО КАРКАСА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОКАЗАНЫ ПЛАСТИКА ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА И

- а) пликация релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям
- б) пластика релаксированных фасций косых мышц живота проленовой сеткой
- в) наложение тракционных швов по Полак
- г) резекция XI- XII пар ребер

Ответ: а

814. ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ДЕФЕКТА МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО КАРКАСА НАД КОЖНО-ЖИРОВЫМ ПОКАЗАНА

- а) модифицированная абдоминопластика с применением эндоскопии
- б) реверсная абдоминопластика
- в) открытая мини-абдоминопластика
- г) классическая абдоминопластика

Ответ: а

815. К ПОКАЗАНИЯМ К МОДИФИЦИРОВАННОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИИ ОТНОСЯТ

- а) минимальный избыток кожи при ослабленном мышечно-апоневротическом каркасе
- б) умеренно выраженный кожно-жировой избыток и сниженный тонус мышечно-апоневротического каркаса
- в) значительный избыток кожи и жировой клетчатки ослабленный тонус мышечно-апоневротического каркаса

г) умеренный избыток кожи с хорошей сократимостью при сохранном тоне мышечно-апоневротического каркаса

Ответ: а

816. КЛАССИЧЕСКАЯ АБДОМИНОПЛАСТИКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- а) поперечный разрез в нижнем отделе передней брюшной стенки с широким выделением кожно-жирового лоскута до уровня края реберной дуги
- б) разрез кожи в виде велосипедного руля в нижнем отделе и поуровнево-ступенчатую препаровку кожно жирового слоя
- в) сочетание горизонтально и вертикального разрезов и пластику дефекта апоневроза проленовой сеткой
- г) укороченный поперечный разрез в надлобковой зоне с липосакцией в областях с наиболее выраженным скоплением жировой клетчатки

Ответ: а

817. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ РЕВЕРСНОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) необходимость проведения симультанной редукционной маммопластики или мастопексии
- б) обширная пупочная грыжа
- в) отсутствие избытка кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота
- г) значительное снижение тонуса мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки

Ответ: а

818. ПОКАЗАНИЕМ К ОТКРЫТОЙ МИНИАБДОМИНОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) умеренно выраженный кожно-жировой избыток и сниженный тонус мышечно-апоневротического каркаса
- б) небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота
- в) эластичная, способная к сокращению кожа с незначительным слоем подкожной клетчатки, диастаз прямых мышц живота
- г) значительный избыток кожи и жировой клетчатки ослабленный тонус мышечно-апоневротического каркаса

Ответ: а

819. ПРИ ГРЫЖЕВОМ КОЛЬЦЕ БОЛЬШОГО ДИАМЕТРА, ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫХОДЯЩЕМ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОСНОВАНИЯ ПУПОЧНОГО СТЕБЛЯ, В ПРОГРАММЕ КЛАССИЧЕСКОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- а) отсечение пупочного стебля от апоневроза прямых мышц живота
- б) укорочение и фиксацию пупочного стебля в ортопическом положении
- в) дубликатуру пупочного стебля
- г) фиксацию пупочного стебля за пределами краев грыжевого отверстия пупочного кольца

Ответ: а

820. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ПАЛЬЦЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) местная анестезия
- б) внутривенная регионарная анестезия
- в) блокада нервных стволов, узлов и сплетений
- г) эндотрахеальный наркоз

Ответ: а

821. ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕВРОПАТИИ СРЕДИННОГО И ЛОКТЕВОГО НЕРВОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ АТРОФИЕЙ МЫШЦ КИСТИ (ОБЕЗЬЯНЬЯ КИСТЬ) ВЫПОЛНЯЮТ ОПЕРАЦИЮ

- а) Занколли
- б) Николадони
- в) Джанелидзе
- г) Пергеса

Ответ: а

822. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РЕПЛАНТАЦИИ ДЛИННОГО ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) повреждение пальца и кисти на нескольких уровнях
- б) тепловая ишемия более 12 часов
- в) атеросклероз сосудов
- г) необходимость большого укорочения пальца

Ответ: а

823. РАЦИОНАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ БЕСПАЛОЙ КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) одно - или двухмоментная пересадка вторых пальцев стоп в позицию первого и второго пальцев кисти
- б) одномоментная раздельная пересадка вторых пальцев стоп в позицию длинных пальцев кисти
- в) формирование пальцев конструкциями - бессосудистый костный трансплантат + Филатовский стебель
- г) пересадка пальцев стопы по Николадони

Ответ: а

824. КРИТИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ (ДО ИСТЕЧЕНИЯ КОТОРОГО НЕОБХОДИМО ВОССТАНОВИТЬ КРОВОТОК) ТЕПЛОЙ АНОКСИИ СЕГМЕНТА КИСТИ ПРИ РЕПЛАНТАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- а) 7-8
- б) 6-7
- в) 5-6
- г) 8-9

Ответ: а

825. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К РЕПЛАНТАЦИИ ДЛИННОГО ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) ампутация нескольких длинных пальцев
- б) наличие ампутации пальца
- в) нежелание иметь косметический дефект кисти
- г) желание пациента реплантировать палец

Ответ: а

826. ДЛЯ ПЛАСТИКИ СУХОЖИЛИЯ СГИБАТЕЛЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- а) сухожилие длинной ладонной мышцы
- б) сухожилие длинного разгибателя 2-4 пальца стопы
- в) участок сухожилия лучевого сгибателя кисти
- г) силиконовый армированный сухожильный эндопротез

Ответ: а

827. ОРТОТОПИЧЕСКАЯ РЕПЛАНТАЦИЯ ПРИ АМПУТАЦИИ НЕСКОЛЬКИХ

ПАЛЬЦЕВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а) реплантации пальца на своё место
- б) реплантации пальца не на своё место, в наиболее выгодное для последующей функции положение
- в) трансплантации донорского пальца
- г) трансплантации пальца со стопы

Ответ: а

828. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ВИДОМ ТРАНСПОРТИРОВКИ АМПУТИРОВАННОГО ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) помещение пальца, обернутого стерильной салфеткой, в непромокаемый пакет, который затем погружают в пакет со льдом – замороженной водой
- б) помещение пальца в дезинфицирующий раствор (фурацилин, хлоргексидин, спирт и т.д.)
- в) глубокое замораживание
- г) транспортировка пальца, погруженного в физиологический раствор хлорида натрия

Ответ: а

829. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ ВИДОМ ШВА НЕРВОВ ПРИ РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦА КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) эпипериневральный
- б) периневральный
- в) эпиневральный
- г) эндоваскулярный

Ответ: а

830. КРИТИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ (ДО ИСТЕЧЕНИЯ КОТОРОГО НЕОБХОДИМО ВОССТАНОВИТЬ КРОВОТОК) ТЕПЛОВОЙ АНОКСИИ ПРИ РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- а) 11-12
- б) 9-10
- в) 7-8
- г) 5-6

Ответ: а

831. ПОКАЗАНИЕМ К ВТОРИЧНОМУ ШВУ (ПЛАСТИКЕ) НЕРВА НА КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛУЧАЙ, ЕСЛИ

- а) после первичного шва через год нет признаков реиннервации пальцев кисти
- б) шов нерва выполнен без оптического увеличения
- в) после первичного шва нерва развилось воспаление на кисти
- г) шов нерва выполнял неопытный хирург

Ответ: а

832. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НЕРВАХ КИСТИ И ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) блокада нервных стволов, узлов и сплетений
- б) внутривенная регионарная анестезия
- в) перидуральная анестезия
- г) эндотрахеальный наркоз

Ответ: а

833. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К РЕПЛАНТАЦИИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) наличие ампутации пальца

- б) нежелание иметь косметический дефект кисти
- в) ампутация нескольких длинных пальцев
- г) желание пациента реплантировать палец

Ответ: а

834. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ПЛАСТИКИ СОСУДА ПРИ РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПЛАСТИКА

- а) аутовенозной вставкой
- б) аутоартериальной вставкой
- в) аллотрансплантатом
- г) перемещённым однородным лоскутом

Ответ: а

835. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) потеря функции кисти
- б) юный возраст пациента
- в) косметический дефект кисти
- г) увлечение пациента, связанное с обязательным использованием первого пальца

Ответ: а

836. ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ РЕПЛАНТАЦИЯ ПРИ АМПУТАЦИИ НЕСКОЛЬКИХ ПАЛЬЦЕВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а) реплантации пальца не на своё место, в наиболее выгодное для последующей функции положение
- б) реплантации пальца на своё место
- в) трансплантации донорского пальца
- г) трансплантации пальца со стопы

Ответ: а

837. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РЕПЛАНТАЦИИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) тяжёлое общее состояние пострадавшего
- б) возраст пострадавшего
- в) атеросклероз сосудов
- г) тепловая аноксия более 7 часов

Ответ: а

838. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ СПОСОБОМ ПЛАСТИКИ КОЖИ ПРИ РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) аутодермопластика
- б) пластика местными тканями
- в) пластика «искусственной кожей»
- г) пластика лоскутом на широкой питающей ножке

Ответ: а

### **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

**1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:**

- а) это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения



- б) это наука, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям жизнедеятельности человека
  - в) это система мероприятий по охране здоровья населения.
- Ответ: а

**2. Какой статистический показатель характеризует развитие явления в среде, непосредственно с ним не связанной?**

- а) экстенсивный
- б) интенсивный
- в) соотношения
- г) наглядности

Ответ: в

**3. При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:**

- а) исторический
- б) статистический
- в) экспериментальный
- г) экономический
- д) социологический
- е) все вышеперечисленные.

Ответ: е

**4. В населенном пункте целесообразно размещать многопрофильную больницу в зоне:**

- а) селитебной (жилой)
- б) промышленной
- в) коммунально-складской
- г) пригородной
- д) зеленой

Ответ: а

**5. Основным методическим подходом для решения задач в области организации здравоохранения является:**

- а) статистический анализ состояния здоровья населения
- б) изучение общественного мнения
- в) решение кадровых вопросов
- г) системный управленческий подход
- д) решение финансовых вопросов

Ответ: г

**6. Система здравоохранения в России является**

- а) государственной
- б) смешанной
- в) страховой
- г) частной

Ответ: б

**7. Учет заболеваемости по данным результатов медосмотров осуществляется, верно все, кроме:**

- а) контрольная карта диспансерного наблюдения
- б) карта подлежащего периодическому осмотру (ф.046)
- в) талон амбулаторного пациента

Ответ: а

**8. Укажите единый нормативный документ для статистических разработок госпитализированной заболеваемости**

- а) такого документа не существует
- б) международная классификация болезней, травм и причин смерти
- в) статистическая карта выбывшего из стационара, ф.№ 066/у-02
- г) листок учета движения больных и коечного фонда стационара, ф.№ 007/у
- д) сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек, ф.№ 016/у

Ответ: в

**9. Укажите наиболее точное определение понятия “Политика здравоохранения”**

- а) политика ЗО - совокупность идеологических принципов и практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве
- б) политика ЗО - совокупность идеологических принципов по решению проблем ЗО в обществе и государстве
- в) политика ЗО - совокупность практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве

Ответ: а

**10. Для обеспечения целевого и эффективного использования финансовых средств здравоохранения необходимо**

- а) усилить ведомственный и общественный контроль за расходованием финансовых средств
- б) совершенствовать систему учета средств
- в) совершенствовать конкурсную систему закупок и широко использовать финансовый лизинг
- г) все вышеперечисленное верно

Ответ: г

**11. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:**

- а) однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
- б) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды
- в) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
- г) оценка показателей естественного движения населения
- д) оценка показателей общей смертности и инвалидности

Ответ: в

**12. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:**

- а) генетические
- б) природно-климатические
- в) уровень и образ жизни населения
- г) уровень, качество и доступность медицинской помощи
- д) все вышеперечисленное

Ответ: д

**13. Диспансеризация населения в настоящее время проводится**

- а) в соответствии с возрастом
- б) в соответствии с полом
- в) все вышеперечисленное

Ответ: а

**14. Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования**

- а) право на ОМС и ДМС
- б) выбор страховой медицинской организации
- в) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- г) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса
- д) все вышеперечисленное

Ответ: д

**15. Лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий включает все, кроме**

- а) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот
- б) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготного обеспечения
- в) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний
- г) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

Ответ: г

**16. Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица:**

- а) мигранты
- б) с уровнем дохода ниже прожиточного минимума
- в) БОМЖ
- г) дети, пожилые, беременные

Ответ: г

**17. Фондовооруженность труда определяется**

- а) отношением стоимости предоставленных услуг за год к среднегодовой стоимости основных фондов
- б) отношением стоимости основных фондов к стоимости услуг, предоставленных в течение года
- в) отношением среднегодовой стоимости основных фондов к средней численности работников

Ответ: в

**18. Целью эпидемиологических исследований является:**

- а) характеристика распределения и распространения заболеваний по группам населения
- б) разработка мер профилактики и оценка их эффективности
- в) планирование профилактических мероприятий
- г) оценка распространенности естественного течения заболеваний

Ответ: б

**19. Под эффективностью системы здравоохранения понимают:**

- а) правильность постановки задач
- б) степень финансового обеспечения
- в) количество кадрового потенциала
- г) качество работы медицинского персонала
- д) рациональное использование имеющихся ресурсов с целью получения максимальных результатов

Ответ: д

**20. Первичная медицинская статистическая документация необходима для**

- а) регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости с впервые в жизни диагностируемым заболеванием)
- б) оперативного управления ЛПУ
- в) выработки конкретного, обоснованного решения
- г) изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения
- д) все вышеперечисленное

Ответ: д

**21. Необходимость развития первичной профилактики заболеваний обусловлена:**

- а) высоким уровнем заболеваемости среди трудоспособного населения
- б) высоким уровнем заболеваемости в детской, подростковой и молодежной среде
- в) высоким уровнем обращаемости в стационарные учреждения
- г) динамикой структуры заболеваемости у детей и подростков
- д) высоким уровнем смертности от предотвратимых случаев заболеваний среди трудоспособного населения

Ответ: д

**22. Эффективность мероприятий первичной и вторичной профилактики определяется в первую очередь:**

- а) снижением заболеваемости и смертности у лиц трудоспособного возраста
- б) снижением заболеваемости и смертности у детей и подростков
- в) снижением заболеваемости и смертности у лиц пожилого возраста
- г) рациональностью финансовых вложений в систему здравоохранения
- д) рациональностью распределения кадровых ресурсов в системе здравоохранения

Ответ: а

**23. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий:**

- а) улучшение технологии оказания лечебно-профилактической помощи
- б) обучение методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
- в) участие всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
- г) все вышеперечисленное

Ответ: г

**24. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении**

- а) развитие ПМСП
- б) развитие сети диспансеров
- в) повышение роли стационаров
- г) повышение роли санаторно-курортной помощи

Ответ: а

**25. Укажите какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким**

- а) стационарная
- б) амбулаторно-поликлиническая
- в) скорая медицинская помощь
- г) санаторно-курортная

Ответ: а

**26. При вычислении показателя рождаемости учитывают число родившихся за год:**

- а) живыми
- б) мертвыми

в) живыми и мертвыми

Ответ: а

**27. К показателям статистики населения относятся:**

а) численность населения

б) стабильный ежегодный естественный прирост населения

в) одинаковые ежегодные уровни рождаемости населения

г) распределение населения по полу и возрасту

Ответ: а, г

**28. Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются:**

а) перинатальная смертность

б) постнеонатальная смертность

в) ранняя неонатальная смертность

г) поздняя неонатальная смертность

Ответ: б, в, г

**29. Для определения типа возрастной структуры населения необходимо знать численность населения в следующих возрастных группах:**

а) до 10 лет, 10 - 29 лет, 30 лет и старше

б) до 20 лет, 20 - 39 лет, 40 лет и старше

в) 0 - 14 лет, 15 - 49 лет, 50 лет и старше

Ответ: в

**30. Разность между средней продолжительностью предстоящей жизни у мужчин и женщин в России составляет:**

а) до 4 лет

б) 5 - 10 лет

в) 11 лет и более

Ответ: в

**31. Для расчета показателя младенческой смертности необходима информация о:**

а) численности детей в возрасте до 1 года жизни

б) численности детей умерших в возрасте до 1 года жизни

в) численности детей, родившихся живыми в изучаемом и предыдущем годах

Ответ: б, в

**32. К специальным показателям смертности относят:**

а) смертность в трудоспособном возрасте

б) смертность по возрастным группам

в) смертность по полу

г) смертность по сезонам года

Ответ: а, б, в

**33. Укажите возрастные структурные компоненты перинатальной смертности:**

а) мертворождаемость

б) ранняя неонатальная смертность

в) неонатальная смертность

Ответ: а, б

**34. Какие документы представляются учреждениями здравоохранения в органы ЗАГСа для регистрации смерти ребенка:**

- а) медицинское свидетельство о перинатальной смерти
  - б) медицинское свидетельство о смерти
  - в) выписка из истории болезни
  - г) история болезни
  - д) протокол патологоанатомического (судебно-медицинского) вскрытия
- Ответ: а,б

**35. Показатель младенческой смертности в России в настоящее время находится в пределах:**

- а) до 15‰
  - б) 15 - 20‰
  - в) выше 20‰
- Ответ: б

**36. Уровень рождаемости (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах:**

- а) до 10
  - б) от 10 до 15
  - в) от 15 до 20
- Ответ: а

**37. Уровень общей смертности (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах:**

- а) от 5 до 10
  - б) от 11 до 15
  - в) от 16 до 20
- Ответ: б

**38. В структуре смертности населения экономически развитых стран первые три места занимают:**

- а) инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания
  - б) болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления
  - в) новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания
- Ответ: б

**39. Средняя продолжительность предстоящей жизни это:**

- а) число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения по возрасту показатели смертности останутся такими же, как в расчетном году
  - б) число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения показатели смертности и рождаемости останутся такими же, как в расчетном году
  - в) средний возраст умерших за год
- Ответ: а

**40. Для расчета общего показателя рождаемости необходимо иметь:**

- а) число живорожденных и среднегодовую численность населения
  - б) число родов и численность женского населения
  - в) число родившихся живыми и мертвыми и среднегодовую численность населения
- Ответ: а

**41. Показатель младенческой смертности - это:**

- а) смертность детей до 4 лет жизни
  - б) смертность детей до 1 года жизни
  - в) смертность детей 1-го месяца жизни
- Ответ: б

**42. Интранатальная смертность – это**

- а) мертворождаемость
- б) смертность детей на первой неделе жизни (0-7суток)
- в) смертность детей в период от 8 до 28 суток
- г) смертность детей во время родов
- д) смертность детей в период от 29 суток до 1 года
- е) смертность детей в первые 3 года жизни

Ответ: г

**43. Расставить в порядке убывания место каждой причины младенческой смертности в Российской Федерации:**

- а) болезни органов дыхания
- б) болезни перинатального периода
- в) врожденные аномалии

Ответ: б, в, а

**44. Расставить в порядке убывания место каждой причины смерти населения в Российской Федерации:**

- а) болезни системы кровообращения
- б) новообразования
- в) травмы и отравления
- г) болезни органов дыхания

Ответ: а, в, б, г

**45. Свидетельство о рождении выдается:**

- а) главным врачом лечебно-профилактического учреждения
- б) врачом, принимающим роды
- в) работником ЗАГСа

Ответ: в

**46. К демографическим факторам, определяющим развитие процесса расселения на территории страны, относится:**

- а) региональные различия в уровне доходов населения
- б) различия в интенсивности протекания процессов воспроизводства населения
- в) распределение транспортного обеспечения

Ответ: б

**47. Распределение людей по полу, возрасту, семейному состоянию, брачному и репродуктивному поведению и другим признакам, влияющим на его воспроизводство, характеризует:**

- а) демографическая структура населения
- б) показатель трудоспособности населения
- в) половозрастная структура населения

Ответ: а

**48. Коэффициент естественного прироста – это отношение**

- а) годового числа родившихся / годовому числу умерших
- б) годового числа умерших / годовому числу родившихся
- в) (годовое число родившихся – годовое число умерших) x 1000 / среднегодовой численности населения

Ответ: в

**49. Задачами системы охраны здоровья матери и ребенка являются:**

- а) участие в разработке законодательных документов по вопросам охраны материнства и детства
- б) государственная, материальная и социальная помощь семьям, имеющим детей
- в) качественная, гарантированная и доступная медико-социальная помощь
- г) дальнейшее наращивание общего (неспециализированного) коечного фонда

Ответ: а,б,в

**50. Этапами оказания медицинской помощи в системе охраны материнства и детства являются:**

- а) оказание помощи женщине вне беременности
- б) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода
- в) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов
- г) охрана здоровья новорожденного
- д) охрана здоровья детей дошкольного и школьного возраста

Ответ: а,б,в,г,д

**51. Укажите, какие учетные документы применяются при изучении общей заболеваемости по обращаемости**

- а) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака злокачественного новообразования
- б) персональная карта работающего
- в) статистическая карта выбывшего из стационара
- г) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении
- д) единый талон амбулаторного пациента
- е) листок нетрудоспособности
- ж) талон на прием к врачу

Ответ: д

**52. Изучение заболеваемости населения необходимо для:**

- а) оценки состояния здоровья населения
- б) для определения потребности населения в медицинской помощи (кадры, койки и т.д.)
- в) оценки деятельности ЛПУ
- г) планирования лечебно-профилактических мероприятий
- д) разработки профилактических программ

Ответ: а,б,в,г,д

**53. Основными методами изучения заболеваемости являются:**

- а) по данным о причинах смерти
- б) по обращаемости
- в) по данным переписи населения
- г) по данным медицинских осмотров
- д) по результатам когортных (эпидемиологических) исследований

Ответ: а,б,г,д

**54. Первичная заболеваемость - это:**



- а) частота заболеваний, впервые в жизни выявленных и зарегистрированных в данном году
- б) все заболевания, зарегистрированные врачом за год
- в) частота всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году

Ответ: а

**55. Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) - это:**

- а) все заболевания, зарегистрированные врачом за год
- б) частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
- в) частота всех заболеваний, впервые зарегистрированных в данном году, включая заболевания с временной нетрудоспособностью

Ответ: б

**56. Под статистическим термином "обращаемость" понимается:**

- а) число больных, впервые обратившихся в данном году в амбулаторно-поликлинические учреждения за медицинской помощью по поводу заболевания (на 1000 населения)
- б) отношение числа всех первичных посещений по поводу болезни к общему числу обслуживаемого населения (на 1000 населения)
- в) абсолютное число всех первичных и повторных посещений больными медицинского учреждения (за год)

Ответ: а

**57. Ишемическая болезнь, в связи с обострением которой больной обращается к врачу поликлиники ежегодно в течение ряда лет, войдет в статистику:**

- а) первичной заболеваемости
- б) общей заболеваемости

Ответ: б

**58. При анализе первичной заболеваемости населения в данном году берутся в разработку учетные документы (талоны):**

- а) только со знаком (+)
- б) все статистические талоны
- в) талоны без знака (+)

Ответ: а

**59. Укажите, на основании каких учетных документов составляются отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения**

- а) "Статистическая карта выбывшего из стационара"
- б) "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования"
- в) "Талон амбулаторного пациента"
- г) "Листок нетрудоспособности"
- д) "Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении"
- е) "Талон на законченный случай временной нетрудоспособности"

Ответ: в

**60. Какова структура распространенности заболеваний у взрослого населения РФ в последние три года (расставьте в порядке убывания три первых места):**

- а) болезни органов пищеварения
- б) болезни системы кровообращения

в) болезни органов дыхания

Ответ: а,б,в

**61. Какие факторы влияют на полноту и качество информации о заболеваемости:**

а) организация статистического учета заболеваний

б) обеспеченность медицинской помощью

в) квалификация медицинских кадров

Ответ: а,б,в

**62. Какими факторами определяется уровень обращаемости населения в ЛПУ:**

а) заболеваемостью

б) тяжестью течения заболевания

в) возрастно-половым составом

г) доступностью медицинской помощи (обеспеченностью медицинскими учреждениями и кадрами)

д) качеством и эффективностью медицинской помощи

Ответ: а,б,в,г,д

**63. Выявить влияние различных факторов на возникновение заболеваний позволяют следующие показатели:**

а) распространенность (общая заболеваемость)

б) первичная заболеваемость

в) структура причин смерти

Ответ: б

**64. Больной, страдающий хроническим холециститом, в течение 5 лет ежегодно однократно обращался к врачу в поликлинику. Сколько учетных статистических документов (талонов) должен заполнить врач, в том числе со знаком (+):**

а) 5 талонов, один (первый) со знаком (+)

б) 5 талонов, все со знаком (+)

в) один, со знаком (+)

Ответ: а

**65. Укажите, какими достоинствами обладают соответствующие методы изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров:**

а) полнота учета заболеваний населения

б) точность диагностики

в) своевременность выявления хронической патологии

г) максимальный объем получаемой информации по острой патологии

Ответ: в

**66. Укажите, какие недостатки присущи соответствующим методам изучения заболеваемости по данным о причинах смерти**

а) неполнота информации о заболеваемости населения

б) позднее выявление хронической патологии

в) недовыявление скрытой патологии

г) дороговизна

д) ограниченность сведений об острой патологии

Ответ: а,д

**67. Укажите характерные недостатки метода изучения заболеваемости по данным обращаемости:**

а) не дает полного представления о распространенности острой патологии

- б) не позволяет судить о распространенности всех хронических заболеваний у всего населения
  - в) не позволяет выявить скрыто протекающую патологию
  - г) экономически дорогостоящий
  - д) не обладает высокой точностью диагностики
- Ответ: б,в,д

**68. Медицинские осмотры как метод изучения заболеваемости обладают следующими преимуществами:**

- а) дают представление о распространенности хронических заболеваний у всего населения
  - б) позволяют выявить скрыто протекающую патологию
  - в) требуют относительно небольших финансовых затрат
  - г) позволяют судить о частоте хронической патологии у декретированных контингентов
- Ответ: б,в

**69. Методика учета (регистрации) заболеваемости населения основывается верно все, кроме**

- а) индивидуальный учет заболеваемости по данным обращаемости
  - б) сводный учет заболеваемости
  - в) журнал учета всех заболеваний
- Ответ: в

**70. К какому виду осмотра относится осмотр женщин старше 35 лет в смотровом (гинекологическом) кабинете поликлиники:**

- а) предварительный
  - б) периодический
  - в) целевой
- Ответ: в

**71. К экстенсивным показателям относятся:**

- а) показатели рождаемости
  - б) распределение числа врачей по специальностям
  - в) показатели младенческой смертности
  - г) распределение умерших по причинам смерти
- Ответ: б,г

**72. К интенсивным показателям относятся:**

- а) показатель смертности
  - б) структура заболеваний по нозологическим формам
  - в) обеспеченность населения врачами
  - г) показатель заболеваемости
- Ответ: а,г

**73. Типичность средней арифметической величины характеризуют:**

- а) мода
  - б) медиана
  - в) среднеквадратическое отклонение
  - г) коэффициент вариации
  - д) средняя ошибка средней арифметической
- Ответ: в,г

**74. МКБ-10 – это:**

- а) важнейший юридический, медицинский и статистический документ

- б) основа для разработки стандартов оказания медицинской помощи населению
  - в) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
  - г) верно а),б)
  - д) все ответы верны
- Ответ: в

**75. Размер ошибки средней арифметической величины зависит от:**

- а) типа вариационного ряда
  - б) числа наблюдений
  - в) способа расчета средней
  - г) разнообразия изучаемого признака
- Ответ: б,г

**76. Основными путями развития поликлинической помощи взрослому населению в новых экономических условиях являются все, кроме**

- а) укрепления и развития форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
  - б) обеспечения возможности выбора участкового или семейного врача
  - в) развитие общеврачебных практик
  - г) создания на базе поликлиник консультативных и реабилитационных центров
  - д) развития современных технологий и новых организационных форм амбулаторно-поликлинической помощи
  - е) увеличения количества участковых врачей и разукрупнения участков
- Ответ: е

**77. Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться**

- а) на федеральном уровне
  - б) на региональном уровне
  - в) на уровне руководителя учреждения
- Ответ: в

**78. Не входит в практическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений**

- а) лечебно-диагностическая работа
  - б) экспертиза стойкой утраты трудоспособности
  - в) профилактическая работа, диспансеризация
  - г) организационно-методическая работа
  - д) гигиеническое воспитание и обучение населения
- Ответ: б

**79. В России преимущественно функционирует следующая модель организации работы общеврачебной практики (семейного врача)**

- а) групповая врачебная практика
  - б) ВОП, семейный врач, работающие в индивидуальном порядке
  - в) ВОП, семейный врач, работающие в амбулаторно-поликлиническом учреждении
  - г) объединение групповых врачебных практик на базе центров здоровья
- Ответ: в

**80. ВОП (семейный врач) принимает и проводит лечение пациентов**

- а) с любыми нозологическими формами заболеваний
  - б) с наиболее часто встречающимися и доступными для диагностики заболеваниями
  - в) с острыми инфекционными заболеваниями
- Ответ: б

**81. Пациентами врача общей практики (семейного врача) должны быть**

- а) все взрослые
- б) взрослые, кроме беременных
- в) все возрастно-половые группы населения
- г) взрослые и подростки

Ответ: в

**82. Численность обслуживаемого врачом общей практики (семейным врачом) населения должна составлять**

- а) 800-1000 человек
- б) 1001-1500 человек
- в) 1501-2000 человек
- г) 2000 и более человек

Ответ: в

**83. Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме**

- а) территориально-участкового
- б) бригадного
- в) ведомственного
- г) частного

Ответ: г

**84. Не входит в функции регистратуры поликлиники**

- а) запись посетителей на прием к врачу
- б) прием вызовов на посещение больных на дому
- в) обеспечение оптимального потока посетителей на исследование
- г) массовое направление посетителей на исследования

Ответ: г

**85. При обслуживании больных на дому участковый врач не должен**

- а) обеспечить раннее выявление заболевания
- б) своевременно оказывать помощь нуждающимся
- в) посещать больных на дому в день вызова
- г) ежедневно посещать больных на дому без показаний

Ответ: г

**86. Не является функциональными обязанностями заведующего отделением поликлиники**

- а) повышение квалификации участковых терапевтов
- б) анализ деятельности участковых терапевтов и контроль за их работой
- в) текущая организационно-методическая и консультативная работа
- г) издание приказов по отделению

Ответ: г

**87. Основными разделами деятельности врача-специалиста являются все, кроме**

- а) лечебно-диагностической работы в поликлинике и на дому
- б) консультативной работы в поликлинике и на дому
- в) проведения профилактических мероприятий по своему профилю
- г) контроля за деятельностью участкового терапевта

Ответ: г

**88. В соответствии с номенклатурой к стационарным учреждениям не относится**

- а) республиканская больница для взрослых
- б) краевая, областная больницы для взрослых
- в) центральная районная больницы
- г) центральная городская аптека

Ответ: г

**89. Основными направлениями совершенствования стационарной помощи являются**

- а) смещение акцентов к увеличению объема амбулаторно-поликлинической помощи
- б) развитие стационарозамещающих технологий
- в) этапность в оказании медицинской помощи
- г) все вышеперечисленное
- д) нет правильного ответа

Ответ: г

**90. Не относится к специализированным отделениям стационара**

- а) кардиологическое
- б) нейрохирургическое
- в) фтизиатрическое
- г) абортарий

Ответ: г

**91. Основные направления развития специализированной стационарной помощи предусматривают**

- а) создание межрайонных специализированных центров и больниц
- б) специализацию коечного фонда
- в) дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса
- г) все вышеперечисленное
- д) нет правильного ответа

Ответ: г

**92. Приемное отделение не осуществляет**

- а) круглосуточную госпитализацию больных по профилям заболеваний
- б) оказание первой медицинской помощи нуждающимся
- в) анализ расхождений диагнозов «скорой» и приемного отделения
- г) выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность

Ответ: г

**93. Основными разделами лечебно-профилактической помощи населению являются**

- а) профилактика, координация, лечение
- б) профилактика, диагностика, лечение, реабилитация
- в) диагностика и лечение

Ответ: б

**94. Механизации не подлежит**

- а) уборка палат
- б) обработка суден
- в) сбор грязного белья
- г) раздача пищи

Ответ: г

**95. Приемственность в работе стационара и поликлиники не предусматривает**

- а) подготовку больного к госпитализации
- б) анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара
- в) анализ обоснованности направления на госпитализацию
- г) централизацию плановой госпитализации

Ответ: г

**96. Каналами госпитализации являются**

- а) направление поликлиники
- б) направление «скорой»
- в) «самотек»
- г) все вышеперечисленное

Ответ: г

**97. Пути повышения качества стационарного лечения все, кроме**

- а) контроля качества стационарной помощи
- б) соблюдения этапов лечебно-диагностического процесса
- в) обоснованности направления больного в стационар
- г) направления больного в профильное отделение стационара
- д) тотальной госпитализации больных

Ответ: д

**98. На объем и качество медико-социальной помощи населению влияют**

- а) удаленность медицинских учреждений от места жительства пациентов
- б) укомплектованность квалифицированными кадрами
- в) оснащенность медицинских учреждений оборудованием
- г) возможность реализации нормативов медико-социального обеспечения

Ответ: г

**99. Медицинская помощь сельскому населению оказывается на следующих этапах, кроме**

- а) ФАП (ФП)
- б) врачебной амбулатории
- в) центральной районной больницы
- г) краевые (областных) лечебно-профилактических учреждений
- д) городской поликлиники

Ответ: д

**100. Центральная фигура в оценке состояния здоровья ребенка при проведении диспансеризации**

- а) каждый специалист в отдельности
- б) участковый педиатр
- в) врач дошкольно–школьного отделения
- г) зав. отделением

Ответ: а

**101. Экспертиза нетрудоспособности - это вид медицинской деятельности, целью которой является:**

- а) оценка состояния здоровья пациента
- б) определение сроков и степени нетрудоспособности пациента
- в) установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)
- г) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения

Ответ: а, б, в, г

**102. Уровнями экспертизы временной нетрудоспособности являются:**

- а) лечащий врач
- б) ВК медицинской организации
- в) ВК департамента здравоохранения города
- г) первичное бюро медико-социальной экспертизы

Ответ: а, б, в

**103. Временная утрата трудоспособности – это**

- а) невозможность выполнения человеком работы вообще или по конкретной специальности, носящая относительно кратковременный характер
- б) состояние при котором, нарушение функций организма, препятствующее труду, носят временный, обратимый характер
- в) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящие к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Ответ: а, б

**104. Укажите функции листка нетрудоспособности:**

- а) юридическая
- б) медицинская
- в) финансовая
- г) статистическая
- д) управленческая

Ответ: а, б, в, г

**105. Какие документы удостоверяют временную нетрудоспособность:**

- а) справка установленной формы
- б) медицинская карта амбулаторного больного или история болезни в стационаре
- в) страховой медицинский полис
- г) листок нетрудоспособности

Ответ: а, г

**106. Кто имеет право выдавать листок нетрудоспособности:**

- а) мед. работники скорой помощи
- б) мед. работники станций переливания крови
- в) лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения
- г) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы
- д) врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- е) лечащие врачи туберкулезных санаториев и клиник НИИ протезирования
- ж) медицинские работники домов отдыха и туристических баз
- з) мед. работники учреждений Роспотребнадзора
- и) медицинские работники со средним медицинским образованием по специальному разрешению

Ответ: в, д, е, и

**107. Кто не имеет права выдавать листок нетрудоспособности**

- а) мед. работники скорой помощи
- б) мед. работники станций переливания крови
- в) лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- г) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы



- д) врачи, занимающиеся частной практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
  - е) мед. работники бальнеогрязелечебниц и городских водогрязелечебниц
  - ж) мед. работники домов отдыха, туристических баз
  - з) мед. работники учреждений Роспотребнадзора
- Ответ: а, б, г, е, ж, з

**108. Какие документы должен представить пациент для получения листка нетрудоспособности:**

- а) страховой медицинский полис
- б) паспорт
- в) медицинская карта амбулаторного больного
- г) письменное разрешение главврача поликлиники
- д) военный билет для военнослужащих

Ответ: б, д

**109. Какой документ выдается студентам и учащимся (если они не проходят оплачиваемую производственную практику) в случае заболевания с утратой трудоспособности:**

- а) листок нетрудоспособности
- б) справка установленной формы (095/у)
- в) справка произвольной формы

Ответ: б

**110. На какой срок может продлить листок нетрудоспособности средний мед. работник, имеющий право его выдачи:**

- а) до 10-и дней
- б) до 15-и дней
- в) до 20-и дней
- г) в исключительных случаях, после консультации с врачом ближайшего ЛПУ - до 30 дней

Ответ: а, г

**111. В состав первичного бюро МСЭК общего профиля входят:**

- а) терапевт
- б) невролог
- в) психиатр
- г) реабилитолог
- д) психолог
- е) социальный работник

Ответ: а, б, г, д, е

**112. Максимальный срок выдачи листка нетрудоспособности ВК медицинской организации ЛПУ без консультации МСЭК при заболеваниях (кроме туберкулеза, травм и реконструктивных операций) в случае благоприятного клинического и трудового прогноза:**

- а) 4 месяца
- б) 10 месяцев
- в) 12 месяцев
- г) не ограничен

Ответ: б

**113. На какой срок ВК ЛПУ может продлить листок нетрудоспособности при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе:**

- а) не более 4-х месяцев

- б) не более 10-и месяцев
  - в) не более 12-и месяцев
  - г) не более 10-и месяцев, а в отдельных случаях до 12-и месяцев
- Ответ: а

**114. В каких случаях листки нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи не выдаются:**

- а) за хроническим больным в период ремиссии
- б) в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания
- в) в период отпуска по беременности и родам
- г) в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком
- д) за инвалидом 1-ой группы

Ответ: а, б, в, г, е

**115. На медико-социальную экспертную комиссию больного направляет:**

- а) лечащий врач
- б) лечащий врач и заведующий отделением
- в) консилиум специалистов
- г) врачебная комиссия
- д) главный врач

Ответ: г

**116. На медико-социальную экспертную комиссию при травме, реконструктивной операции, туберкулезе больного направляют не позднее (укажите максимальный срок):**

- а) 30-и дней лечения
- б) 4-х месяцев лечения
- в) 10-и месяцев лечения
- г) 12-и месяцев лечения
- д) срок не установлен и решение принимает лечащий врач

Ответ: г

**117. В случае бытовой травмы листок нетрудоспособности выдается, начиная:**

- а) с 1-го дня нетрудоспособности
- б) с 6-го дня нетрудоспособности
- в) с 11-го дня нетрудоспособности

Ответ: а

**118. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается:**

- а) с 1-го дня нетрудоспособности
- б) с 6-го дня нетрудоспособности
- в) с 11-го дня нетрудоспособности
- г) со дня окончания отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности

Ответ: г

**119. Максимально листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении выдается на срок:**

- а) до 7 дней
- б) до 15 дней
- в) до 30 дней
- г) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания

Ответ: г

**120. Максимально листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 7 лет при стационарном лечении выдается на срок:**

- а) до 7 дней
- б) до 15 дней
- в) до 30 дней
- г) на весь срок лечения

Ответ: г

**121. Что включает в себя медицинская экспертиза**

- а) направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность,
- б) установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина
- в) все перечисленное

Ответ: в

**122. Виды медицинских экспертиз**

- а) экспертиза временной нетрудоспособности
- б) медико-социальная экспертиза
- в) военно-врачебная экспертиза
- г) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы
- д) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией
- е) экспертиза качества медицинской помощи
- ж) все перечисленное

Ответ: ж

**123. Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения**

- а) только государственные (муниципальные)
- б) ЛПУ с любой формой собственности
- в) ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности
- г) любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы временной нетрудоспособности

Ответ: г

**124. При каком условии в учреждении здравоохранения создается ВК**

- а) при наличии поликлиники (поликлинического отделения)
- б) при наличии 20 и более врачебных должностей
- в) по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности

Ответ: в

**125. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается**

- а) с 1-го дня нетрудоспособности
- б) с 3-го дня нетрудоспособности
- в) с 6-го дня нетрудоспособности
- г) с 10-го дня нетрудоспособности
- д) со дня окончания отпуска

Ответ: д

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ»

1. Основными положениями учения об эпидемическом процессе (по Громашевскому) являются:

- а) соответствие механизма передачи основной локализации возбудителя в организме хозяина и неразрывная связь источника инфекции, механизма передачи и восприимчивого организма
- б) способность некоторых возбудителей существовать вне зависимости от человека в природных очагах
- в) фазность развития эпидемического процесса

Ответ: А

2. Звенья эпидемического процесса - это:

- а) источник возбудителя инфекции
- б) механизм передачи возбудителя
- в) восприимчивое население
- г) вода, воздух, почва, пища, предметы быта и др.
- д) перечисленное в пунктах а, б, в

Ответ: Д

3. Механизм передачи – это:

- а) эволюционно выработанный механизм, обеспечивающий паразиту смену индивидуальных организмов специфического хозяина для поддержания биологического вида и перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки с помощью элементов внешней среды или их сочетания
- б) перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью элементов внешней среды
- в) варианты совокупностей элементов внешней среды, которые осуществляют перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки

Ответ: А

4. Эпидемия – это:

- а) эпидемический процесс, при котором в данной местности и при данной инфекции отмечается обычное число случаев заболеваний;
- б) групповые заболевания, не выходящее за пределы семьи, коллектива, населенного пункта и связанные между собой единым источником, путями и факторами передачи;
- в) заболеваемость, свойственная и в высокой степени привязанная к данной местности, т.е. зависящая от природных, биологических и социальных факторов, оказывающих воздействие на эпидпроцесс в конкретном месте;
- г) заболеваемость превышающая обычный уровень или возникающая там, где её не было.

Ответ: Г

5. В какие сроки проводятся эпидемиологическое обследование очага инфекции:

- а) по графику в плановом порядке;
- б) в течение 2-х суток после получения экстренного извещения;
- в) в любое свободное время по усмотрению эпидемиолога;
- г) в первые 6 часов после получения экстренного извещения.

Ответ: Г

6. Предвестниками осложнения эпидситуации при кишечных инфекциях на пищевых предприятиях могут быть:

- а) выявление возбудителей кишечных инфекций среди персонала
- б) превышение допустимых показателей микробного загрязнения пищевых продуктов
- в) высеивание патогенной флоры в смывах оборудования, инвентаря, рук персонала
- г) обнаружение молочных продуктов с положительной пробой на фосфатазу

д) рост заболеваемости среди детей дошкольного и школьного возраста

Ответ: Б

7. Эпидемический процесс – это:

- а) процесс взаимодействия популяций возбудителя паразита и людей
- б) процесс взаимодействия возбудителя паразита и организма человека, животного, растения
- в) процесс распространение инфекционных болезней среди животных
- г) одновременное заболевание людей на ограниченной территории, в отдельном коллективе или группе эпидемиологически связанных коллективов
- д) процесс возникновения и распространения инфекционных состояний (болезни, носительства) среди населения

Ответ: Д

8. Укажите неверное утверждение. Звенья эпидемического процесса – это:

- а) источник инфекции
- б) механизм передачи возбудителя
- в) восприимчивое население
- г) вода, воздух, пища, почва, предметы быта и др.
- д) перечисленное в пунктах а, б, в

Ответ: Б

9. Укажите неверное утверждение. Проявления эпидемического процесса – это:

- а) эндемия
- б) эпидемия
- в) энзоотия
- г) вспышка
- д) пандемия

Ответ: В

10. Сезонный подъем заболеваемости - это:

- а) эпидемический подъем ее уровня в течение календарного года;
- б) надбавка к уровню круглогодичной заболеваемости;
- в) подъем заболеваемости, наступающий в одно и то же время года вслед за активизацией или началом действий причин природного, биологического или социального характера;
- г) эпидемический подъем заболеваемости, вызванный нерегулярными случайно действующими причинами социального характера;
- д) эпидемический подъем заболеваемости, всегда обусловленный активизацией механизма передачи возбудителя инфекции.

Ответ: В

11. Эпидемиологическая диагностика это:

- а) метод, позволяющий определить источник возбудителя и фактора передачи;
- б) совокупность приемов, позволяющих выявить причины возникновения вспышки;
- в) комплекс статистических приемов, позволяющих определить интенсивность эпидемического процесса;
- г) совокупность приемов и способов, предназначенных для распознавания признаков (проявлений) эпидемического процесса, причин и условий его развития;
- д) метод изучения эпидемиологических закономерностей инфекции.

Ответ: Г

12. Эпидемиология инфекционных болезней – это наука:

- а) об эпидемиях

- б) о механизме передачи возбудителя инфекции
  - в) о причинах, условиях и механизмах формирования заболеваемости населения
  - г) о закономерностях возникновения, развития и прекращения эпидемического процесса, способах его предупреждения и ликвидации
  - д) об организации противэпидемической работы
- Ответ: Г

13. Что называют входными воротами инфекции:

- а) ткани, лишенные физиологической защиты от микроорганизмов
- б) предшествующее нарушение состояния организма, часто вызываемое вирусными инфекциями
- в) ткани, лишенные физиологической защиты против конкретного вида, служащие местом проникновения микроорганизма в макроорганизм

Ответ: В

14. Что такое инфицирующая доза возбудителя ?

- а) максимальное количество микробных клеток, способных вызвать инфекционный процесс
- б) минимальное количество микробных клеток, способных вызвать инфекционный процесс
- в) количество микробных тел, способных вызвать гибель 50% подопытных животных

Ответ: Б

15. Какие формы инфекции различают, в зависимости от природы возбудителя :

- а) моноинфекция, смешанная инфекция
- б) антропонозы, зоонозы, антропозоонозы, сапронозы
- в) бактериальная, вирусная, грибковая, протозойная

Ответ: В

16. Какие формы инфекции различают, в зависимости от источника инфекции :

- а) моноинфекция, смешанная инфекция
- б) антропонозы, зоонозы; сапронозы
- в) бактериальная, вирусная, грибковая, протозойная

Ответ: Б

17. Какие формы инфекции различают, в зависимости от локализации возбудителя в организме хозяина :

- а) экзогенная, эндогенная, аутоинфекция
- б) вторичная инфекция, рецидив, суперинфекция
- в) местная, общая (бактериемия, септицемия, сепсис, септикопиемия, вирусемия);
- г) манифестная, бессимптомная

Ответ: А

18. Какие формы инфекции различают, в зависимости от числа видов возбудителей, вызвавших инфекционный процесс :

- а) вторичная инфекция, рецидив, суперинфекция, реинфекция
- б) острая, хроническая, микробоносительство
- в) моноинфекция, смешанная инфекция

Ответ: В

19. Какие формы инфекции различают, в зависимости от продолжительности взаимодействия возбудителя с макроорганизмом :

- а) вторичная инфекция, рецидив, суперинфекция, реинфекция

- б) острая, хроническая, микробоносительство
- в) манифестная, бессимптомная

Ответ: Б

20. Из перечисленных характеристик макроорганизма имеет решающее значение с позиции развития эпидемического процесса:

- а) возраст
- б) пол
- в) группа крови
- г) восприимчивость
- д) профессия

Ответ: Г

21. Тотальная иммунизация всех здоровых детей в соответствии с календарем прививок предусматривает защиту от 9 инфекций

- а) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, дифтерии, эпидемического паротита, брюшного тифа, краснухи
- б) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, дифтерии, эпидемического паротита, туляремии, вирусного гепатита В
- в) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, дифтерии, эпидемического паротита, клещевого энцефалита
- г) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, дифтерии, эпидемического паротита/краснухи, вирусного гепатита В

Ответ: Г

22. Цель первой возрастной ревакцинации против дифтерии и коклюша:

- а) завершить создание грундиммунитета
- б) поддержать иммунитет на уровне защитного
- в) создать иммунологическую память
- г) оживление иммунологической памяти.

Ответ: Б, Г

23. Профилактические мероприятия проводят:

- а) вне зависимости от наличия случаев инфекционных заболеваний
- б) при единичных случаях инфекционных заболеваний
- в) при множественных случаях инфекционных заболеваний

Ответ: А

24. К противозэпидемическим средствам относят:

- а) вакцины
- б) бактериофаги
- в) эритроцитарные диагностикумы
- г) ратициды

Ответ: А, Б

25. Противозэпидемические мероприятия, которые проводят медицинские силы:

- а) лечение инфекционных больных
- б) выявление бактерионосителей
- в) отлов безнадзорных животных
- г) захоронение радиоактивных отходов
- д) вакцинация населения

Ответ: А,Б,Д

26. В наибольшем количестве стафилококки встречаются:

- а) на коже человека
- б) в зеве
- в) в передних отделах носа
- г) в полости рта

Ответ: В

27. Стафилококки вызывают у человека все заболевания, кроме:

- а) скарлатины, рожистого воспаления
- б) гнойновоспалительных процессов кожи, лимфоузлов
- в) гнойновоспалительных процессов органов дыхания, зрения, придаточных пазух носа
- г) гнойновоспалительных процессов ЦНС
- д) сепсиса
- е) пищевых отравлений

Ответ: А

28. Род стафилококков характеризует:

- а) расположение клеток в виде гроздьев
- б) наличие каталазы
- в) подвижность
- г) анаэробная ферментация глюкозы
- д) рост на кровяном агаре с 40% желчи
- е) положительная окраска по Граму

Ответ: А,Б,Г,Е

29. *S. aureus* продуцирует все токсины, кроме:

- а) эндотоксина
- б) энтеротоксина
- в) эксфолиатина
- г) лейкоцидина
- д)  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ , гемолизинов
- е) TSST (токсин синдрома токсического шока)

Отет: А

30. Для специфической профилактики и лечения стафилококковых инфекций используют все препараты, кроме:

- а) специфического гамма-глобулина
- б) специфического бактериофага
- в) АКДСвакцины
- г) моноанатоксина
- д) аутовакцины

Ответ: В

31. Какой клинический материал можно использовать при бактериологической диагностике стафилококковых инфекций?

- а) гной
- б) мокроту, носоглоточную слизь
- в) аспираты из синусов
- г) суставную жидкость
- д) кровь
- е) ликвор
- ж) экссудаты из различных полостей

Ответ: А, Б, В



32. К гноеродным стрептококкам, играющим серьезную роль в инфекционной патологии, относятся следующие виды:

- а). *S.pyogenes*
- б). *S.agalactiae*.
- в). *S.pneumoniae*
- г). *S.salivarius*
- д). *S.sanguis*

Ответ: А,Б,В

33. Стрептококки могут вызывать все перечисленные заболевания, кроме:

- а) гнойно-воспалительных процессов любой локализации,
- б) сепсиса,
- в) менингита,
- г) скарлатины,
- д) болезни Лайма,
- е) ревматизма

Ответ: Д

34. Основные пути передачи при стафилококковых и стрептококковых инфекциях:

- а) воздушно-капельный
- б) контактно-бытовой
- в) пищевой
- г) трансмиссивный,
- д) половой,
- е) парентеральный

Ответ: А, Б

35. Для стрептококков характерно:

- а) шаровидная форма
- б) положительная окраска по Граму
- в) расположение в мазках цепочками, попарно
- г) отсутствие подвижности, спорообразования
- д) отсутствие каталазной активности
- е) факультативно анаэробный тип дыхания

Ответ: А-Е

36. Пневмококки могут вызывать у человека:

- а) внебольничные пневмонии
- б) сепсис
- в) гнойно-воспалительные процессы различной локализации
- г) острые кишечные заболевания
- д) озену, склерому
- е) язвенный стоматит.

Ответ: а, Б, В

37. Для *S.pneumoniae* характерны признаки:

- а) α – гемолиз
- б) чувствительность к оптохину
- в) лизис желчью
- г) отсутствие роста в щелочном и солевом бульонах
- д) ферментация инулина
- е) отсутствие роста при 10° и 45° С

Ответ: А-Е

38. При микроскопии мазка мокроты обнаружены ланцетовидные Грам положительные диплококки, окруженные капсулой. Можно предположить, что это:

- а) *Klebsiella pneumoniae*
- б) *Streptococcus pneumoniae*
- в) *Mycoplasma pneumoniae*
- г) *Neisseria meningitidis*

Ответ: Б

39. У человека инфекционные заболевания могут вызывать клебсиеллы следующих видов:

- а) *K. oxytoca*
- б) *K. planticola*
- в) *K. terrigena*
- г) *K. pneumoniae*
- д) все перечисленные

Ответ: Д

40. Какой из перечисленных симптомов не характерен для первичнолегочной формы чумы?

- а) внезапное начало
- б) озноб
- в) кашель
- г) боль в груди
- д) серозно-гнойная мокрота

Ответ: Д

41. Какой материал используется для бактериологического исследования при первичной легочной форме чумы?

- а) кровь
- б) мокрота
- в) слюва из зева
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: Г

42. Исключите неправильное утверждение в отношении возбудителя сибирской язвы:

- а) грамположительная палочка
- б) вырабатывает экзотоксин
- в) вегетативная форма неустойчива во внешней среде
- г) интенсивно размножается в окружающей среде
- д) образует споры

Ответ: Г

43. Сибирязвенный карбункул характеризуется следующими особенностями, кроме:

- а) наличие черного струпа в центре
- б) наличие венчика гиперемии вокруг струпа
- в) формирование резко болезненного регионарного бубона
- г) наличие распространенного отека тканей
- д) снижение болевой чувствительности в зоне карбункула

Ответ: В

44. При лабораторной диагностике сибирской язвы не используют метод:

- а) бактериоскопический
- б) бактериологический
- в) кожно-аллергическая проба
- г) серологический
- д) вирусологический

Ответ: Д

45. Укажите неправильное утверждение. Показания для обследования на малярию:

- а) все лихорадящие больные с неясным диагнозом
- б) лихорадящие больные с лимфоаденопатией
- в) доноры
- г) лихорадящие больные, прибывшие из стран, неблагоприятных в эпидемиологическом отношении по малярии
- д) лихорадящие больные, в анамнезе у которых имеются указания на перенесенную в прошлом малярию

Ответ: б.

46. Укажите неправильное утверждение. Осложнениями тропической малярии являются:

- а) кома
- б) дегидратационный шок
- в) гемоглобинурийная лихорадка
- г) инфекционно-токсический шок
- д) почечная недостаточность

Ответ: б

47. Длительность эритроцитарной шизогонии при тропической малярии:

- а) 48 часов
- б) 72 часа
- в) 96 часов
- г) 4 х дневная
- д) 24 часа

Ответ: а

48. Кома развивается при малярии, вызванной:

- а) *Pl. vivax*
- б) *Pl. ovale*
- в) *Pl. malaria*
- г) *Pl. falciparum*
- д) *Pl. onefilus*

Ответ: г

49. Укажите неправильное утверждение. Поздние рецидивы наблюдаются при следующих видах малярии:

- а) трехдневная
- б) четырехдневная
- в) тропическая
- г) овале-малярии
- д) вивакс-малярии

Ответ: в

50. Укажите неправильное утверждение. Для бубона при туляремии характерно:

- а) умеренная болезненность
  - б) выраженный периаденит
  - в) отчетливая конфигурация бубона
  - г) отсутствие изменений кожи над бубоном
  - д) склерозирование бубона
- Ответ: б

51. Для лабораторного подтверждения малярии исследуют:

- а) микроскопию мазка крови
  - б) посев крови
  - в) посев мочи
  - г) микроскопию слюны
  - д) реакцию агглютинации
- Ответ: а

52. Укажите характер температурной кривой при четырехдневной малярии:

- а) повышение температуры через 24 часа
  - б) повышение температуры через 48 часов
  - в) повышение температуры через 72 часа
  - г) повышение температуры через 76 часов
  - д) повышение температуры через 92 часа
- Ответ: в

53. Тропическую малярию вызывает:

- а) *Pl. vivax*
  - б) *Pl. ovale*
  - в) *Pl. malaria*
  - г) *Pl. falciparum*
  - д) *L. donovani*
- Ответ: г

54. Укажите препараты противорецидивного действия при малярии:

- а) примахин
  - б) делагил
  - в) антибиотики
  - г) нитрофураны
  - д) макролиды
- Ответ: а

55. Для малярии характерен тип температурной кривой:

- а) перемежающейся лихорадки
  - б) послабляющейся лихорадки
  - в) постоянный
  - г) гектический
  - д) субфебрильный
- Ответ: а

56. Укажите органоиды движения и захватывания пищи у амёб:

- а) псевдоподии и клеточный рот;
- б) псевдоподии;
- в) клеточный рот и реснички;
- г) реснички и псевдоподии;
- д) ни один из вышеназванных ответов.

Ответ: б

57. Укажите характерные признаки для простейших:

- а) образование сократительной вакуоли;
- б) образование сократительной вакуоли и инцистирование;
- в) образование цист;
- г) наличие рибосом и митохондрий;
- д) ни один из вышеназванных ответов.

Ответ: б

58. Укажите органоиды специального назначения у простейших:

- а) митохондрии;
- б) рибосомы;
- в) ЭПС и сократительные вакуоли;
- г) жгутики и блефаропласт;
- д) жгутики и митохондрии.

Ответ: г

59. Назовите органоиды специального назначения у простейших:

- а) митохондрии и реснички;
- б) реснички и жгутики;
- в) ЭПС и реснички;
- г) кинетопласт и ЭПС;
- д) ни один из вышеназванных ответов.

Ответ: б

60. Назовите органоид простейших, выполняющий выделительную функцию и газообмен:

- а) сократительные вакуоли;
- б) сократительные и пищеварительные вакуоли;
- в) пищеварительные вакуоли;
- г) аппарат Гольджи;
- д) ни один из вышеназванных ответов.

Ответ: а

61. Отметить процесс, развивающийся у простейших при наступлении неблагоприятных условий:

- а) спорообразование;
- б) инцистирование;
- в) копуляция и спорообразование;
- г) эндодиогения;
- д) ни один из вышеназванных ответов.

Ответ: б

62. Отметить природно-очаговые заболевания:

- а) лямблиоз;
- б) лейшманиоз и лямблиоз;
- в) амебиаз;
- г) балантидиаз;
- д) ни один из вышеназванных ответов.

Ответ: д

63. Отметить трансмиссивные природно-очаговые заболевания:

- а) лейшманиоз и балантидиаз;

- б) лейшманиоз, амебиаз;
- в) лейшманиоз, трипаносомоз;
- г) трипаносомоз, токсоплазмоз;
- д) ни один из вышеназванных ответов.

Ответ: в

64. Назвать трансмиссивное антропонозное заболевание:

- а) токсоплазмоз;
- б) малярия;
- в) балантидиаз;
- г) амебиаз;
- д) ни один из вышеназванных ответов.

Ответ: б

65. Выберите правильное сочетание двух зооантропонозных заболеваний:

- а) амебиаз и малярия;
- б) трихомонадоз и лямблиоз;
- в) лейшманиоз и токсоплазмоз;
- г) лейшманиоз и амебиаз;
- д) ни один из вышеназванных ответов.

Ответ: г

66. Заражение малярией происходит в результате укуса:

- а) комара рода куликс
- б) комара рода анофелес
- в) иксодового клеща
- г) блохи
- д) платяной вши

Ответ: б

67. В каких насекомых возбудители проходят половой цикл развития:

- а) малярийные комары
- б) блохи
- в) клещи
- г) мухи
- д) платяные вши

Ответ: а

68. Первичной локализацией патологического процесса в кишечнике при амебиазе является:

- а) слепая и восходящая кишка
- б) поперечно-ободочная кишка
- в) прямая кишка
- г) сигмовидная кишка
- д) подвздошная и тощая кишка

Ответ: а

69. Укажите, какой наиболее характерный стул при кишечной форме амебиаза:

- а) обильный, водянистый без примесей
- б) скудный жидкий стул с примесями слизи и крови
- в) жидкий типа "малинового желе", зловонный
- г) обильный жидкий, с примесью "рубленного яйца", пенистый
- д) кашицеобразный со слизью

Ответ: в

70. Заболевание, возникающее у человека в результате поражения организма глистами, яйцами или личинками, которые попали с пищей, приготовленной с нарушением санитарных правил

- а) микотоксикоз
- б) острая кишечная инфекция
- в) зоонозы
- г) гельминтозы

Ответ: Г

71. Как проявляются глистные заболевания у человека?

- а) тошнота, головокружение, плохой аппетит
- б) хороший аппетит, человек быстро набирает вес
- в) похудение, малокровие, задержка роста и умственного развития
- г) быстрый рост, отсутствие аппетита

Ответ: В

72. Какова причина заражения человека бычьим цепнем?

- а) грязные руки
- б) плохо проваренное и прожаренное мясо
- в) плохо проваренная и прожаренная рыба
- г) плохо вымытые фрукты и овощи

Ответ: Б

73. Какова причина заражения человека личинками широкого лентеца?

- а) грязные руки
- б) плохо проваренное и прожаренное мясо
- в) плохо проваренная и прожаренная рыба
- г) плохо вымытые фрукты и овощи

Ответ: В

74. Как попадает инвазивный материал в организм человека при эхинококкозе?

- а) через слизистую дыхательных путей
- б) через поврежденную кожу
- в) через слизистую желудочно-кишечного тракта

Ответ: В

75. Что является природным резервуаром при эхинококкозе?

- а) крупный или мелкий рогатый скот
- б) собаки
- в) домашние птицы
- г) больной человек

Ответ: А

76. Возбудителями острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) являются все нижеперечисленные семейства, кроме:

- а) вирусы гриппа (семейство ортомиксовирусов)
- б) вирусы парагриппа (семейство парамиксовирусов)

- в) респираторно-синцитиальный вирус (семейство парамиксовирусов)
  - г) ротавирусы (семейство реовирусов)
  - д) риновирусы (семейство пикорнавирусов)
- Ответ: В

77. Вирус гриппа относится к семейству:

- а) пикорнавирусов
- б) ортомиксовирусов
- в) парамиксовирусов
- г) поксвирусов

Ответ: А

78. Ультраструктура вируса гриппа включает:

- а) фрагментированную РНК
- б) нефрагментированную рнк
- в) двунитчатую рнк
- г) днк
- д) капсид
- е) внешнюю оболочку

Ответ: А

79. 8 фрагментов РНК вирусов гриппа А и В кодируют следующие белки, кроме:

- а) гемагглютинин
- б) нейраминидаза
- в) Мбелок (матриксный)
- г) Р1, Р2, Р3 – белки (полимеразы)
- д) РНП (рибонуклеопротеид)
- е) NSбелок (неструктурный)
- ж) Fбелок слияния клеточных мембран с вирусной оболочкой

Ответ: Д

80. Основными антигенами вирусов гриппа А и В являются:

- а) гексонантисген
- б) гемагглютинин (НА)
- в) нейраминидаза (NA)
- г) рибонуклеопротеид (РНП)
- д) Мантисген (матриксный белок, связанный с NP)
- е) белок слияния, гемолиза

Ответ: Б, В

81. Гемагглютинин и нейраминидаза вируса гриппа являются:

- а) поверхностными антигенами
- б) внутренними (сердцевинными) антигенами

Ответ: А

82. Рибонуклеопротеид (РНП) и Мматриксный белок вируса гриппа являются:

- а) поверхностными антигенами
- б) внутренними (сердцевинными) антигенами

Ответ: А

83. Гемагглютинин вирусов гриппа А и В (Нантисген) обладает следующими свойствами:

- а) склеивает эритроциты, выявляется в РГА и РТГА
- б) выявляется при взаимодействии с сиаловыми кислотами



- в) стимулирует образование антигемагглютининов, обладающих защитными свойствами
- г) консервативен
- д) стимулирует образование антител, не обладающих защитными свойствами
- е) подвержен изменчивости с образованием шифт и дрейфвариантов
- ж) участвует в адсорбции вируса на клетке
- з) поверхностный гликопротеин
- и) положен в основу классификации вирусов гриппа на типы
- к) положен в основу классификации вирусов гриппа А на подтипы

Ответ: б, г, д, и

84. Вирусы гриппа подразделяют на типы:

- а) 1, 2, 3, 4, 5
- б) А, В, С
- в) А, В, С, D, E, F

Ответ: Б

85. Подтипы вируса гриппа А определяют в реакции:

- а) РТГА
- б) РСК
- в) реакции гемадсорбции
- г) РПГА

Ответ: Д

86. Укажите карантинные инфекции:

- а) ветряная оспа
- б) сап
- в) бешенство
- г) холера

Ответ: Г

87. Инфекция, управляемая средствами, иммунопрофилактики – это:

- а) аденовирусная инфекция
- б) инфекционный мононуклеоз
- в) корь
- г) скарлатина
- д) паракклюш

Ответ: В

88. Какое заболевание характеризуется эндемичностью:

- а) корь
- б) малярия
- в) коклюш
- г) ВИЧ-инфекция
- д) сыпной тиф

Ответ: Б

89. Укажите природно-очаговые заболевания:

- а) малярия
- б) клещевой энцефалит
- в) дифтерия
- г) педикулез

Ответ: Б

90. Для лабораторной диагностики гриппа используют все методы, кроме:

- а) аллергический метод
- б) вирусоскопию (РИФ, риноцитоксопию), ИФА
- в) вирусологический метод (выделение вируса)
- г) серологический метод

Ответ: В

91. Вирусы парагриппа относятся к семейству:

- а) ортомиксовирусов
- б) аденовирусов
- в) пикорнавирусов
- г) коронавирусов
- д) парамиксовирусов

Ответ: А

92. Представители семейства парамиксовирусов отличаются от представителей ортомиксовирусов наличием:

- а) нефрагментированной РНК
- б) фрагментированной РНК
- в) белка слияния, гемолиза (Fбелка)
- г) незначительной антигенной изменчивостью

Ответ: В

93. Постинфекционный иммунитет при парагриппе:

- а) не защищает от реинфекции
- б) защищает от реинфекции
- в) не защищает от повторных заболеваний, но снижает их тяжесть
- г) антитела к вирусам парагриппа 1 и 3 типов формируются у большинства детей на 23 году жизни
- д) антитела к вирусам парагриппа 1 и 3 типов формируются у большинства детей к 7 году жизни

Ответ: А

94. Риновирусы относятся к семейству:

- а) ортомиксовирусов
- б) коронаровирусов
- в) пикорновирусов
- г) аденовирусов

Ответ: Б

95. Источником возбудителя туберкулезной инфекции для человека является:

- а) предметы окружающей среды;
- б) больной человек;
- в) продукты питания;
- г) кровососущие членистоногие насекомые;
- д) все перечисленное.

Ответ: Б

96. Основные профилактические мероприятия при гриппе

- а) иммунизация в предэпидемический период
- б) применение иммуномодулирующих препаратов

- в) лечение больных
  - г) проведение очаговой дезинфекции, ношение защитных масок при уходе за больными
- Ответ: А, Б

97. Аденовирусы могут вызывать все нижеперечисленные заболевания, кроме:
- а) внутриутробную инфекцию плода, смертельную пневмонию новорожденных
  - б) фарингоконъюнктивальную лихорадку
  - в) гастроэнтериты
  - г) ОРЗ (фарингиты, ларингиты, пневмонии)
  - д) мононуклеоз
- Ответ: А

98. Онкогенными свойствами обладают возбудители ОРВИ:
- а) вирус гриппа
  - б) аденовирусы
  - в) риновирусы
  - г) коронавирусы
- Ответ: А

99. Вирус кори относится к семейству:
- а) ортомиксовирусов
  - б) парамиксовирусов
  - в) аденовирусов
  - г) коронавирусов
- Ответ: А

100. Вирус кори содержит:
- а) односпиральную минус нить РНК
  - б) односпиральную плюс нить РНК
  - в) двунитевую РНК
  - г) ДНК
- Ответ: Б

## **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»**

### **1. Что такое педагогика ?**

- 1) Педагогика изучает закономерности развития ребенка и определяет пути его педагогического процесса в медицине.
  - 2) Педагогика – это наука о воспитании, образовании и обучении людей.
  - 3) Педагогика – это искусство воздействия воспитателя на воспитанника с целью формирования его мировоззрения.
  - 4) Педагогика – наука о воспитании человека на всех возрастных этапах его развития.
- Ответ: 4.

### **2. Какой термин, на ваш взгляд, наиболее точно определяет сферу действия науки о воспитании ?**

- 1) Педагогика (от греч. «пайдос» - дитя – мальчик и «аго» - вести).
- 2) Андрогика (от греч. «андрос» - мужчина и «аго» - вести).
- 3) Педология (от греч. «пайдос» - дитя и «логос» - наука).
- 4) Антропология (от греч. «антропос» - человек и «логос» - наука).

Ответ: 1

### **3. Какие задачи ставятся перед педагогической наукой?**

- 1) Воспитание, обучение подрастающего поколения.
- 2) Познание законов педагогического процесса в медицине, вооружение педагогов-практиков знанием теории учебно-воспитательного процесса.
- 3) Изучение педагогического процесса в медицине как фактора духовного развития детей.
- 4) Изучение проблем образования и обучения людей во всем мире.

Ответ: 2

### **4. Что определило развитие педагогики как науки?**

- 1) Прогресс науки и техники.
- 2) Биологический закон сохранения рода.
- 3) Объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду.
- 4) Повышение роли педагогического процесса в медицине в общественной жизни.

### **5. Что называется воспитанием?**

- 1) Направленное воздействие на человека с целью формирования у него определенных знаний.
- 2) Целенаправленный и организованный процесс формирования личности.
- 3) Формирование образов, законченных представлений об изучаемых явлениях.
- 4) Процесс становления человека как социального существа под воздействием всех факторов.

Ответ: 2

### **6. Что называется обучением?**

- 1) Специально организованный, целенаправленный и управляемый процесс взаимодействия учителей и учеников, направленный на усвоение знаний, умений, навыков, формирование мировоззрения, развитие умственных сил и возможностей обучаемых.
- 2) Отражение человеком объективной действительности в форме фактов, представлений, понятий и законов науки.
- 3) Объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый.
- 4) Направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний.

Ответ: 1

### **7. Что такое образование?**

- 1) Направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний.
- 2) Специально организованный, целенаправленный и управляемый процесс взаимодействия учителей и учеников, направленный на усвоение знаний, умений, навыков, формирование мировоззрения, развитие умственных сил и возможностей обучаемых.
- 3) Объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый.
- 4) Целенаправленный и организованный процесс формирования личности, под воздействием учителя.

Ответ: 3

### **8. Что такое формирование?**

- 1) Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме человека.
- 2) Процесс развития человека как социального существа под воздействием всех факторов – экологических, социальных, экономических, идеологических, психологических.
- 3) Направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний, умений и навыков.

4) Целенаправленный и организованный процесс формирования личности, под воздействием учителя.

Ответ: 2

**9. Укажите, в какую группу включены науки, входящие в систему педагогических наук.**

1) Дидактика, психология, история, философия, школоведение, теория педагогического процесса в медицине, школьная гигиена, сравнительная педагогика.

2) Общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов, специальные педагогики, история педагогики.

3) Педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, педагогика высшей школы, педагогика профессионально-технического образования.

4) Общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология, дошкольная педагогика, школоведение, история школы.

Ответ: 2

**10. Какое наблюдение можно отнести к методу научного исследования?**

1) Дежурный педагог наблюдает за порядком в столовой.

2) Педагог ведет наблюдение за развитием школьников при изучении отдельных тем курса с помощью компьютерных программ.

3) Классный руководитель наблюдает за опрятностью одежды школьников.

4) На экскурсии педагог биологии вместе с учениками наблюдает за поведением муравьев.

Ответ: 2

**11. Что такое метод научного исследования?**

1) Пути, способы познания объективной реальности.

2) Специально организованное восприятие исследуемого объекта, процесса или явления.

3) Организованная познавательная деятельность, направленная на установление исторических связей.

4) Путь, способ достижения результатов обучения.

Ответ: 1

**12. Укажите, в какую группу включены методы научно-педагогического исследования.**

1) Наглядный, практический, метод наблюдения, словесный, беседа, эксперимент.

2) Наблюдение, изучение опыта, первоисточников, анализ школьной документации, изучение ученического творчества, беседы, педагогический эксперимент, тестирование, анкетирование, статистический метод, моделирование.

3) Словесный, наглядный, практический, индуктивный, дедуктивный, проблемно-поисковый, лабораторный, программированный, эксперимент, наблюдение, тестирование, анкетирование.

4) Рассказ, беседа, лекция, дискуссия, иллюстрация, лабораторный метод, практический метод, методы программированного обучения.

Ответ: 2

**13. Что такое педагогический эксперимент?**

1) Научно поставленный опыт преобразования педагогического процесса в точно учитываемых условиях.

2) Специально организованное восприятие исследуемого объекта, процесса или явления.

3) Целенаправленное, одинаковое для всех испытуемых обследование, проводимое в строго контролируемых условиях.

4) Метод массового сбора материала с помощью специально разработанных опросников.

Ответ: 1

#### 14. Что такое тестирование?

- 1) Целенаправленное, одинаковое для всех испытуемых обследование, проводимое в строго контролируемых условиях, позволяющее объективно измерять характеристики педагогического процесса.
- 2) Метод массового сбора материала с помощью специально разработанных опросников.
- 3) Научно поставленный опыт преобразования педагогического процесса в точно учитываемых условиях.
- 4) Расположение собранных данных в определенной последовательности, определения места в этом ряду изучаемых объектов.

Ответ: 1

#### 15. Какие факторы влияют на развитие личности?

- 1) Биологический, наследственный, окружающая среда, воспитание.
- 2) Наследственность, социальная среда, воспитание.
- 3) Обучение, образование, воспитание.
- 4) Наследственность, среда, деятельность, развитие.

Ответ: 2.

#### 16. Выберите полный ответ. Развитие – это:

- 1) Накопление количественных изменений в организме человека.
- 2) Уничтожение старого и возникновение нового.
- 3) Становление человека как социального существа, которое происходит в процессе жизни и деятельности.
- 4) Количественные и качественные изменения в организме человека, происходящие во времени под воздействием различных факторов.

Ответ: 4

#### 17. Что такое среда?

- 1) Реальная действительность, в условиях которой происходит развитие человека.
- 2) Становление человека как социального существа, которое происходит в процессе жизни и деятельности.
- 3) Внешние условия, влияющие на формирование и развитие личности.
- 4) Ближняя среда, дальняя среда, социальная среда.

Ответ: 1.

#### 18. Идея целостности воспитательного процесса на практике реализуется через:

- 1) культурологический подход
- 2) психологический подход
- 3) индивидуальный подход
- 4) комплексный подход
- 5) системный подход

Ответ: 4

#### 19. Принцип параллельного воздействия в теории коллектива:

- 1) Сотрудничество семьи, школы, общественности
- 2) Взаимоотношения воспитателей и пациентов
- 3) Влияние на воспитанника через коллектив
- 4) Влияние родителей и воспитателей на воспитанника
- 5) Влияние на волю, сознание и поведение воспитанника

Ответ: 3

#### 20. Наказание:

- 1) Просьбы, стимулирование, добрые дела
  - 2) Метод педагогического процесса в медицине, проявляющийся в форме требования
  - 3) Управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел
  - 4) Способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия
  - 5) Воздействие на знание учащихся с целью разъяснения фактов и явлений жизни
- Ответ: 5

21. Педагогический процесс – процесс:

- 1) взаимодействия
  - 2) воздействия
  - 3) рефлексии
  - 4) обратного действия
  - 5) действия
- Ответ: 2

22. К какому принципу обучения вы отнесете правило «Как можно чаще используйте вопрос «почему?», чтобы научить учащихся мыслить причинно: понимание причинно-следственных связей - неперемное условие развивающего обучения»?

- 1) Наглядности.
  - 2) Научности.
  - 3) Доступности
  - 4) Связи теории с практикой
  - 5) Принцип сознательности и творческой активности
- Ответ: 5

23. Психологическое состояние затруднения, невозможность объяснить факт или решить задачу опорой на имеющиеся знания:

- 1) Низкий уровень знаний учащихся
  - 2) Проблемная ситуация
  - 3) Низкий уровень знаний учителя
  - 4) Затруднения, возникшие в учебном процессе
  - 5) Несоответствие знаний учащихся необходимым требованиям
- Ответ: 2

24. Диалог как форма, принцип, средство обучения, он определяет цели и содержание обучения в технологии

- 1) Л.В.Занкова
  - 2) А.Г.Ривина
  - 3) А.А. Амонашвили
  - 4) Д.Б.Эльконина – В.В.Давыдова
  - 5) В.С.Библера, С.Ю.Курганова
- Ответ: 5

25. Учебная беседа, в ходе которой вопросы задают преимущественно обучающиеся, - есть:

- 1) дискуссия
  - 2) опрос
  - 3) обсуждение
  - 4) диалог
  - 5) консультация
- Ответ: 5

26. Приемы педагогического процесса в медицине – это:

- 1) часть общего метода
  - 2) форма организации педагогического процесса в медицине
  - 3) средство педагогического процесса в медицине
  - 4) воспитывающие ситуации
  - 5) критерии оптимизации
- Ответ: 1

27. Основной метод педагогического процесса в медицине

- 1) убеждение
  - 2) слово врача
  - 3) приучение
  - 4) упражнение
  - 5) пример
- Ответ: 1

28. Всеобщий метод формирования необходимых качеств называется:

- 1) гимнастика
  - 2) воспитание
  - 3) беседа
  - 4) тренировка
  - 5) упражнение
- Ответ: 5

29. К основным принципам поведенческой терапии в процессе обучения пациентов не относятся:

- 1) Принцип уважительного отношения к больному, его проблемам
  - 2) Принцип непрерывности
  - 3) Принцип оптимальности по времени и объему информации
  - 4) Принцип структурированности, определенности целей и задач
  - 5) Принцип динамичности
- Ответ: 5

30. Критерием эффективности педагогического процесса в медицине являются

- 1) сформированность умений и навыков поведения в соответствии с возрастом пациентов
  - 2) противоречие между требованиями среды к человеку и его возможностями
  - 3) формирование эстетического вкуса
  - 4) воспитание художественного вкуса, улучшение эмоционального самочувствия
  - 5) уровень профессиональной подготовки
- Ответ: 1

31. Психологическое состояние затруднения, невозможность объяснить факт или решить задачу опорой на имеющиеся знания:

- 1) Низкий уровень знаний учащихся
  - 2) Проблемная ситуация
  - 3) Низкий уровень знаний учителя
  - 4) Затруднения, возникшие в учебном процессе
  - 5) Несоответствие знаний учащихся необходимым требованиям
- Ответ: 2

32. Диалог как форма, принцип, средство обучения, он определяет цели и содержание обучения в технологии

- 1) Л.В.Занкова
- 2) А.Г.Ривина



- 3) А.А. Амонашвили
  - 4) Д.Б.Эльконина – В.В.Давыдова
  - 5) В.С.Библера, С.Ю.Курганова
- Ответ: 5

34. Учебная беседа, в ходе которой вопросы задают преимущественно пациенты, - есть:

- 1) дискуссия
- 2) опрос
- 3) обсуждение
- 4) диалог
- 5) консультация

Ответ: 5

35. Привлечение всех органов чувств к восприятию учебного материала есть принцип

- 1) Прочности
- 2) Научности
- 3) Систематичности и последовательности
- 4) Доступности
- 5) Наглядности

Ответ: 5

36. Путь достижения цели и задач обучения :

- 1) Форма обучения
- 2) Методика обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Способ обучения
- 5) Принцип обучения

Ответ: 3

37. Отрасль педагогической науки, изучающая процесс обновления педагогической деятельности :

- 1) Инновационное обучение
- 2) Педагогическая инноватика
- 3) Инновационная деятельность
- 4) Инновационное образование
- 5) Педагогическая инновация

Ответ: 2

38. Этапы, необходимые для подготовки занятия с пациентом:

- 1) прогнозирование, тренировка, упражнения
- 2) планирование, ход урока, рефлексия
- 3) диагностика, прогнозирование, планирование
- 4) диагностика, планирование, мастерство проведения
- 5) прогнозирование, сбор учебной информации, гимнастика ума

Ответ: 3

39. Уровень притязаний характеризуется:

- 1) желаемым уровнем самооценки личности
- 2) особенностью волевой сферы индивида, выражающаяся в стремлении поступать по своему
- 3) выбором субъектом цели очередного действия, формирующимся в результате переживания успеха или неуспеха ряда прошлых действий
- 4) свойством нервной системы, выражающее соотношение между возбуждением и торможением

5) уровнем трудности будущих действий

Ответ: 1

40. Компонент структуры личности

1) мышление

2) возраст

3) характер

4) память

5) пол

Ответ: 4

41. Раскрытие механизмов и закономерностей обучающего и воспитывающего воздействия на интеллектуальное и личностное развитие обучаемого является задачей

1) Педагогического менеджмента

2) Возрастной психологии

3) Педагогической психологии

4) Педагогики

5) Дидактики

Ответ: 3

42. Система внешних по отношению к субъекту условий, побуждающих и опосредствующих его активность - это

1) влияние педагога

2) педагогическая ситуация

3) условие педагогического процесса в медицине

4) договор

5) педагогическая значимость

Ответ: 2

43. Основная побудительная сила развития человека:

1) Генотип

2) Воспитание

3) Научение

4) Обучение

5) Врождённые качества

Ответ: 4

44. Раздел педагогической психологии:

1) психология младшего школьника

2) психология педагогического процесса в медицине

3) психология подростка

4) психология развития

5) психология юноши

Ответ: 2

45. Способность выполнять определенные действия с хорошим качеством и успешно справляться с деятельностью, включающей эти действия – это:

1) Интеракция

2) Знание

3) Привычка

4) Умение

5) Навык

Ответ: 4

46. К какому принципу обучения вы отнесете правила: от легкого к трудному, от неизвестного к известному, от простого к сложному?

- 1) Наглядности.
- 2) Научности.
- 3) Доступности
- 4) Связи теории с практикой
- 5) Принцип сознательности и творческой активности

Ответ: 3

47. К какой классификации методов обучения можно отнести «объяснительно- иллюстративный, репродуктивный, проблемный, частично-поисковый, исследовательский»?

- 1) По источникам знаний.
- 2) По степени взаимодействия учителя и учащихся.
- 3) По принципу соединения и расчленения знания.
- 4) По характеру познавательной деятельности учащихся и участия учителя в учебном процессе
- 5) по дидактическим целям

Ответ: 4

48. Учение – это...:

- 1) Упорядоченная деятельность педагога, направленная на реализацию цели обучения, обеспечение информирования, осознания и практического применения знаний
- 2) Процесс деятельности учащегося по освоению знаний, умений и навыков, опыта, творчества и эмоционально-ценностных отношений, в ходе которого возникают новые формы поведения и деятельности, применяются ранее приобретенные знания и навыки
- 3) Целенаправленный процесс взаимодействия педагога с учащимися, их совместной деятельности, в ходе которой осуществляется образование, воспитание и развитие
- 4) Информация, которая может преобразовываться и использоваться, совокупность информационных идей человека, в которых выражается теоретическое овладение этим предметом
- 5) Процесс становления культурного человека и результат обучения, система приобретенных знаний, умений, навыков, способов мышления, мировоззрения, нравственности и общей культуры.

Ответ: 2

49. Определить содержание обучения – значит ответить на вопрос

- 1) сколько учить
- 2) кого учить
- 3) зачем учить
- 4) как учить
- 5) чему учить

Ответ: 5

50. Знание – это...:

- 1) Упорядоченная деятельность педагога, направленная на реализацию цели обучения, обеспечение информирования, осознания и практического применения знаний
- 2) Процесс деятельности учащегося по освоению знаний, умений и навыков, опыта, творчества и эмоционально-ценностных отношений, в ходе которого возникают новые формы поведения и деятельности, применяются ранее приобретенные знания и навыки
- 3) Целенаправленный процесс взаимодействия педагога с учащимися, их совместной деятельности, в ходе которой осуществляется образование, воспитание и развитие

- 4) Информация, которая может преобразовываться и использоваться, совокупность информационных идей человека, в которых выражается теоретическое овладение этим предметом
- 5) Процесс становления культурного человека и результат обучения, система приобретенных знаний, умений, навыков, способов мышления, мировоззрения, нравственности и общей культуры.

Ответ: 4

51. Идея целостности воспитательного процесса на практике реализуется через:

- 1) культурологический подход
- 2) психологический подход
- 3) индивидуальный подход
- 4) комплексный подход
- 5) системный подход

Ответ: 4

52. Принцип параллельного воздействия в теории коллектива:

- 1) Сотрудничество семьи, школы, общественности
- 2) Взаимоотношения воспитателей и пациентов
- 3) Влияние на воспитанника через коллектив
- 4) Влияние родителей и воспитателей на воспитанника
- 5) Влияние на волю, сознание и поведение воспитанника

Ответ: 3

53. Наказание:

- 1) Просьбы, стимулирование, добрые дела
- 2) Метод педагогического процесса в медицине, проявляющийся в форме требования
- 3) Управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел
- 4) Способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия
- 5) Воздействие на знание учащихся с целью разъяснения фактов и явлений жизни

Ответ: 4

54. Педагогический процесс в медицине – процесс:

- 1) взаимодействия
- 2) воздействия
- 3) рефлексии
- 4) обратного действия
- 5) действия

Ответ: 2

55. Концепцией развивающего обучения предусматривается, что:

- 1) Вне деятельности нет развития
- 2) Обучение опирается на зону ближайшего развития ребенка
- 3) Ученик рассматривается как субъект учебной деятельности
- 4) Обучение опережает развитие
- 5) Принцип природосообразности

Ответ: 2

56. Что понимается под принципами обучения?

- 1) фундаментальные положения, которые отражают общие требования к организации учебного процесса.
- 2) Исходные положения, которые определяют содержание, организационные формы и методы учебной работы в соответствии с целью воспитания и обучения.
- 3) Общие закономерности и методы преподавательской работы учителя.
- 4) Общие принципы взаимодействия учителя и учащегося

5) все ответы верны

Ответ: 1

57. Характерные черты учебного процесса как системы не включают:

- 1) целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) системность, комплексность
- 3) целенаправленность и упорядоченность
- 4) динамичность
- 5) компетентность преподавательского состава

Ответ: 5

58. Что называется развитием?

- 1) Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме, психике, интеллектуальной и духовной сфере человека, обусловленный влиянием внешних и внутренних, управляемых и неуправляемых факторов.
- 2) Процесс развития человека как социального существа под воздействием всех факторов.
- 3) Целенаправленный и организованный процесс формирования личности.
- 4) Направленное воздействие на человека со стороны учителя с целью формирования у него определенных знаний.

Ответ: 1

59. Какая модель общения врача и пациента базируется на доверии и взаимном согласии:

- 1) информационная
- 2) интерпретационная
- 3) совещательная
- 4) патерналистская
- 5) нет правильного ответа

Ответ: 3

60. Педагогика в медицинском образовании стала самостоятельной отраслью в нашей стране

- 1) с середины 70-х годов 20 века
- 2) в н. 19 века
- 3) в 80-х годах 20 века
- 4) в 90-х годах 20 века
- 5) в конце 19-го столетия

Ответ: 1

61. Последовательность этапов процесса усвоения:

- 1) приобретение знаний – запоминание – применения на практике
- 2) постановка проблемы – выдвижение гипотезы – ее доказательство
- 3) ощущение – восприятие – осознание
- 4) восприятие – осмысление – закрепление – применение
- 5) запоминание – понимание – осмысление – обобщение

Ответ: 4

62. Нововведение в педагогическую деятельность:

- 1) Педагогическая инноватика
- 2) Инновационная деятельность
- 3) Инновационное образование
- 4) Педагогическая инновация
- 5) Инновационное обучение

Ответ: 1

63. Процесс получения информации о состоянии педагогического процесса с помощью совокупности методов, приемов, способов:

- 1) Педагогический мониторинг
- 2) Педагогическая диагностика
- 3) Педагогическая рефлексия
- 4) Педагогический менеджмент
- 5) Педагогический анализ

Ответ: 2

64. Стремление удовлетворить своекорыстные личные потребности и интересы безотносительно к потребностям и интересам других:

- 1) эгоизм
- 2) альтруизм
- 3) социализация
- 4) деспотизм
- 5) центризм

Ответ: 1

65. Способность личности к приспособлению ко всему многообразию жизни при любых условиях:

- 1) совместимость
- 2) лидерство
- 3) адаптивность
- 4) пластичность
- 5) дезадаптация

Ответ: 3

66. Способности врача, определяющие высокие результаты в любой деятельности:

- 1) вербальные
- 2) общие
- 3) специальные
- 4) невербальные
- 5) коммуникативные

Ответ: 2

67. Привлекательность учебного материала, вызывающая определенные чувства и способствующая успешности запоминания материала :

- 1) осмысленность знаний
- 2) важность усвоения
- 3) эмоциональные особенности
- 4) трудность выполнения
- 5) объем материала

Ответ: 3

68. Переход внешних предметных действий во внутренние умственные:

- 1) интериоризация
- 2) экстериоризация
- 3) валидность
- 4) активизация
- 5) сублимация

Ответ: 1

69. Взаимосвязь педагогики и медицины обусловлена:

- 1) появлением специальных отраслей педагогического знания
  - 2) изучением физических, физиологических, душевных и духовных особенностей человека
  - 3) изучением человека во всех проявлениях его природы
  - 4) познанием человеческого общества.
  - 5) проблемой соотношения природных и социальных факторов развития человека
- Ответ: 1

70. В соответствии с теорией П.Я. Гальперина, на данном этапе пациенты на занятии выполняют действия в плане громкой речи:

- 1) мотивационный
  - 2) материализованный
  - 3) контрольный
  - 4) внешнеречевой
  - 5) ориентировочный
- Ответ: 4

71. Приемы педагогического процесса в медицине – это:

- 1) часть общего метода
  - 2) форма организации педагогического процесса в медицине
  - 3) средство педагогического процесса в медицине
  - 4) воспитывающие ситуации
  - 5) критерии оптимизации
- Ответ: 1

72. Основной метод педагогического процесса в медицине

- 1) убеждение
  - 2) слово врача
  - 3) приучение
  - 4) упражнение
  - 5) пример
- Ответ: 1

73. Всеобщий метод формирования необходимых качеств называется:

- 1) гимнастика
  - 2) воспитание
  - 3) беседа
  - 4) тренировка
  - 5) упражнение
- Ответ: 5

74. По какому основанию в классификации методов обучения выделяют словесные, наглядные и практические?

- 1) По ведущему источнику знаний
  - 2) По характеру умственной деятельности учащихся
  - 3) По формам деятельности учителя и учащихся
  - 4) По логике рассуждения
  - 5) По характеру познавательной деятельности
- Ответ: 1

75. Критерием эффективности педагогического процесса в медицине являются

- 1) сформированность умений и навыков поведения в соответствии с возрастом пациентов

- 2) противоречие между требованиями среды к человеку и его возможностями
- 3) формирование эстетического вкуса
- 4) воспитание художественного вкуса, улучшение эмоционального самочувствия
- 5) уровень профессиональной подготовки

Ответ: 1

76. Идея целостности воспитательного процесса на практике реализуется через:

- 1) культурологический подход
- 2) психологический подход
- 3) индивидуальный подход
- 4) комплексный подход
- 5) системный подход

Ответ: 4

77. Принцип параллельного воздействия в теории коллектива:

- 1) Сотрудничество семьи, школы, общественности
- 2) Взаимоотношения воспитателей и пациентов
- 3) Влияние на воспитанника через коллектив
- 4) Влияние родителей и воспитателей на воспитанника
- 5) Влияние на волю, сознание и поведение воспитанника

Ответ: 3

78. Наказание:

- 1) Просьбы, стимулирование, добрые дела
- 2) Метод педагогического процесса в медицине, проявляющийся в форме требования
- 3) Управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел
- 4) Способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия
- 5) Воздействие на знание учащихся с целью разъяснения фактов и явлений жизни

Ответ: 2

79. Педагогический процесс в медицине – процесс:

- 1) взаимодействия
- 2) воздействия
- 3) рефлексии
- 4) обратного действия
- 5) действия

Ответ: 2

80. Основным признаком эффективности процесса педагогического процесса в медицине являются:

- 1) знания, умения и навыки
- 2) индивидуальные особенности пациента
- 3) успеваемость
- 4) приспособление к условиям
- 5) поведение пациента

Ответ: 5

81. Рассмотрение педагогических технологий как части педагогической науки соответствует аспекту их анализа

- 1) Частно-научному
- 2) Частно-описательному
- 3) Процессуально-описательному
- 4) Описательно-действенному



5) Научному

Ответ: 5

82. Этап закрепления знаний и формирования умений на занятии предполагает

- 1) Учебную рефлексию и оценку качества работы на занятии
- 2) Систематизацию, обобщение, воспроизведение учебного материала по темам и разделам
- 3) Подачу учебного материала с активным привлечением учащихся
- 4) Определение степени усвоения изученного учебного материала
- 5) Выработку умений и навыков применения знаний

Ответ: 5

83. Наглядные методы обучения условно можно разделить на две группы:

- 1) Иллюстрация и демонстрация
- 2) Беседа и демонстрация
- 3) Семинар и наблюдение
- 4) Словесные и наглядные
- 5) Дискуссия и видеометод

Ответ: 1

84. Тип познавательной деятельности служит основанием для классификации:

- 1) Индуктивных и дедуктивных
- 2) Информационно-сообщающий, объяснительный, инструктивно-практический, побуждающий метод
- 3) Объяснительно-иллюстративных, репродуктивных, проблемного изложения, частично-поисковых и исследовательских методов
- 4) Словесных, наглядных и практических методов
- 5) Организации учебно-познавательной деятельности, стимулирования и мотивации, методы контроля и самоконтроля

Ответ: 3

85. Метод обучения в медицине:

- 1) Способ согласованной деятельности учителя и ученика, осуществляемой в установленном порядке и определенном режиме
- 2) Основополагающее требование к практической организации учебного процесса
- 3) Способ совместной деятельности врача и пациента, направленный на решение задач обучения
- 4) Управление процессом перехода от теории к практике в процессе обучения
- 5) Определение результативности обучения в единстве с условиями его протекания

Ответ: 3

86. Последовательность этапов процесса усвоения:

- 1) приобретение знаний – запоминание – применения на практике
- 2) постановка проблемы – выдвижение гипотезы – ее доказательство
- 3) ощущение – восприятие – осознание
- 4) восприятие – осмысление – закрепление – применение
- 5) запоминание – понимание – осмысление – обобщение

Ответ: 4

87. Нововведение в педагогическую деятельность:

- 1) Педагогическая инноватика
- 2) Инновационная деятельность
- 3) Инновационное образование
- 4) Педагогическая инновация

5) Инновационное обучение

Ответ: 1

88. Процесс получения информации о состоянии педагогического процесса с помощью совокупности методов, приемов, способов:

- 1) Педагогический мониторинг
- 2) Педагогическая диагностика
- 3) Педагогическая рефлексия
- 4) Педагогический менеджмент
- 5) Педагогический анализ

Ответ: 2

89. Стремление удовлетворить своекорыстные личные потребности и интересы безотносительно к потребностям и интересам других:

- 1) эгоизм
- 2) альтруизм
- 3) социализация
- 4) деспотизм
- 5) центризм

Ответ: 1

90. Способность личности к приспособлению ко всему многообразию жизни при любых условиях:

- 1) совместимость
- 2) лидерство
- 3) адаптивность
- 4) пластичность
- 5) дезадаптация

Ответ : С

91. Способности врача, определяющие высокие результаты в любой деятельности:

- 1) вербальные
- 2) общие
- 3) специальные
- 4) невербальные
- 5) коммуникативные

Ответ: 2

92. Привлекательность учебного материала, вызывающая определенные чувства и способствующая успешности запоминания материала :

- 1) осмысленность знаний
- 2) важность усвоения
- 3) эмоциональные особенности
- 4) трудность выполнения
- 5) объем материала

Ответ: 3

93. Переход внешних предметных действий во внутренние умственные:

- 1) интериоризация
- 2) экстериоризация
- 3) валидность
- 4) активизация
- 5) сублимация

Ответ: 1

94. Особенности педагогического процесса в медицине, позиции в общности, атрибутов роли, статуса учреждения относятся к причинам затруднений педагогического общения:

- 1) статусно-позиционно-ролевым
- 2) индивидуально-психологическим
- 3) межличностно-социальным
- 4) этно-социокультурным
- 5) возрастно-индивидуальным

Ответ: 1

95. Приемы педагогического процесса в медицине – это:

- 1) часть общего метода
- 2) форма организации педагогического процесса в медицине
- 3) средство педагогического процесса в медицине
- 4) воспитывающие ситуации
- 5) критерии оптимизации

Ответ: 1

96. Основной метод педагогического процесса в медицине

- 1) убеждение
- 2) слово врача
- 3) приучение
- 4) упражнение
- 5) пример

Ответ: 1

97. Всеобщий метод формирования необходимых качеств называется:

- 1) гимнастика
- 2) воспитание
- 3) беседа
- 4) тренировка
- 5) упражнение

Ответ: E

98. Логика педагогического процесса в медицине :

- 1) проектирование, прогноз, диагностика, организация, контроль, анализ
- 2) анализ, проектирование, прогноз, диагностика, организация, контроль
- 3) анализ, проектирование, прогноз, диагностика, контроль, организация
- 4) диагностика, анализ, прогноз, проектирование, организация, контроль
- 5) анализ, диагностика, прогноз, проектирование, организация, контроль

Ответ: 4

99. Критерием эффективности педагогического процесса в медицине являются

- 1) сформированность умений и навыков поведения в соответствии с возрастом пациентов
- 2) противоречие между требованиями среды к человеку и его возможностями
- 3) формирование эстетического вкуса
- 4) воспитание художественного вкуса, улучшение эмоционального самочувствия
- 5) уровень профессиональной подготовки

Ответ: 1

100. В соответствии с теорией П.Я. Гальперина, на данном этапе пациенты на занятии выполняют действия в плане громкой речи:

- 1) мотивационный
- 2) материализованный
- 3) контрольный
- 4) внешнеречевой
- 5) ориентировочный

Ответ: 4

### **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕОТЛОЖНАЯ И ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ»**

1. Основным мероприятием при выведении из клинической смерти является:

- а) вдыхание паров нашатырного спирта
- б) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)
- в) проведение закрытого массажа сердца
- г) одновременное проведение искусственной вентиляции легких и закрытого массажа сердца

Эталон ответа: г

2. Компрессии на грудину взрослого человека необходимо производить:

- а) всей ладонной поверхностью
- б) проксимальной частью ладони
- в) тремя пальцами

Эталон ответа: б

3. Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку одним лицом:

- а) на 1 вдох – 2 компрессии
- б) на 2 вдоха – 4 компрессии
- в) на 2 вдоха – 30 компрессий
- г) на 2 вдоха – 12-15 компрессий

Эталон ответа: в

4. Во время сердечно-легочной реанимации: 1. предпочтительно вводить препараты по центральному катетеру; 2. через периферические вены нельзя вводить адреналин; 3. лидокаин, атропин и адреналин допустимо вводить эндотрахеально; 4. внутрисердечные инъекции делаются в первую очередь.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

Эталон ответа: б

5. Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку двумя лицами:

- а) на 1 вдох – 2 компрессии
- б) на 2 вдоха – 4-5 компрессий
- в) на 1 вдох – 10 компрессий
- г) на 2 вдоха – 30 компрессий

Эталон ответа: г

6. Определите противопоказания к проведению искусственной вентиляции легких:

- а) частичная проходимость верхних дыхательных путей
- б) проникающее ранение грудной клетки
- в) травма, не совместимая с жизнью
- г) напряженный пневмоторакс

Эталон ответа: в

7. Продолжительность клинической смерти при нормотермии (в минутах):

- а) 1-2
- б) 3-4
- в) 5-7
- г) 25-30

Эталон ответа: г

8. При проведении искусственной вентиляции легких взрослому человеку необходимо сделать в 1 минуту количество вдуваний:

- а) 8-10
- б) 10-12
- в) 12-20
- г) 20-24

Эталон ответа: а

9. Объем вдуваемого воздуха при проведении искусственной вентиляции легких взрослому человеку должен составлять (мл):

- а) 300-500
- б) 600-700
- в) 800-1000

Эталон ответа: б

10. Критерий правильности проведения закрытого массажа сердца предполагает:

- а) появление пульсовой волны на сонной артерии во время массажа сердца
- б) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии
- в) отсутствие дыхания
- г) появление самостоятельной пульсовой волны на сонной артерии

Эталон ответа: а

11. Количество вдуваний воздуха в минуту при искусственной вентиляции легких:

- а) 5
- б) 10
- в) 30
- г) 20

Эталон ответа: б

12. При проведении наружного массажа сердца ладони следует расположить:

- а) на верхней трети грудины
- б) на границе верхней и средней трети грудины
- в) на границе средней и нижней трети грудины
- г) в пятом межреберном промежутке слева

Эталон ответа: г

13. Необходимое условие для проведения закрытого массажа сердца:

- а) положение больного на жесткой поверхности
- б) запрокинутое положение головы
- в) наличие валика под плечами
- г) положение больного ниже колен реаниматоров

Эталон ответа: а

14. Закрытый массаж сердца новорожденному можно провести:

- а) кистями обеих рук
- б) четырьмя пальцами правой руки
- в) проксимальной частью правой руки
- г) большими пальцами обеих рук

Эталон ответа: г

15. Глубина продавливания грудной клетки при проведении закрытого массажа сердца взрослому человеку составляет (см):

- а) 1-2
- б) 5-6
- в) 7-8
- г) 9-10

Эталон ответа: б

16. Глубина продавливания грудной клетки при проведении закрытого массажа сердца новорожденному:

- а) 1/2 грудной клетки
- б) 1/3 грудной клетки
- в) 1/4 грудной клетки

Эталон ответа: б

17. Критерием для начала реанимационных мероприятий является:

- а) отсутствие сознания
- б) появление цианоза
- в) отсутствие дыхания
- г) отсутствие пульса на периферических артериях

Эталон ответа: а, в

18. Реанимацию прекращают при отсутствии признаков эффективного кровообращения в течение (мин):

- а) 15
- б) 20
- в) 30

Эталон ответа: в

19. Реанимация – это:

- а) наука, изучающая методы восстановления жизни
- б) практические действия, направленные на восстановление дыхания и кровообращения у больных в терминальных условиях
- в) специальная бригада скорой помощи
- г) отделение больницы

Эталон ответа: б

20. Тройной прием Сафара для раскрытия дыхательных путей включает в себя:

- а) запрокидывание головы, введение воздуховода, закрытие рта
- б) выведение нижней челюсти вперед, открытие рта, сгибание головы вперед
- в) выведение нижней челюсти вперед, открытие рта, запрокидывание головы

Эталон ответа: в

21. При введении воздуховода требуется:

- а) запрокидывание головы
- б) сгибание головы
- в) поворот головы на левый бок

г) поворот головы на правый бок

Эталон ответа: а

22. Реанимацию обязаны проводить:

а) все взрослое население

б) только врачи медсестры реанимационных отделений

в) все специалисты, имеющие медицинское образование

г) медицинские работники скорой медицинской помощи

Эталон ответа: а

23. Реанимация показана:

а) в каждом случае смерти больного

б) только при внезапной смерти молодых пациентов и детей

в) при внезапно развившихся терминальных состояниях

г) только при внезапной смерти детей

Эталон ответа: в

24. Введение воздуховода:

а) устраняет западение языка

б) предупреждает аспирацию содержимого ротоглотки

в) восстанавливает проходимость дыхательных путей на уровне гортани

г) восстанавливает проходимость дыхательных путей на уровне трахеи

Эталон ответа: в

25. Длительность одной компрессии при проведении непрямого массажа сердца должна составить (в сек.):

а) 0,1

б) 0,5

в) 2

г) 4

Эталон ответа: б

26. Ранние осложнения острого инфаркта миокарда:

а) кардиогенный шок

б) разрыв межжелудочковой перегородки

в) фибрилляция желудочков

г) синдром Дресслера

Ответ: а, б, в

27. При кардиогенном отеке легких без артериальной гипертензии показано введение:

а) морфина

б) нитропрепаратов

в) лазикса

г) преднизолона

Ответ: а, б, в

28. Препаратом выбора для лечения истинного кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда левого желудочка является:

а) кальция хлорид

б) преднизолон

в) допамин

г) мезатон

Ответ: в

29. К осложнениям гипертонического криза относятся:

- а) острый коронарный синдром
- б) острое нарушение мозгового кровообращения
- в) отек легких
- г) тромбоэмболия легочной артерии

Ответ: а, б, в

30. При бронхообструктивном синдроме противопоказаны:

- а) диуретики
- б) нитропрепараты
- в) антагонисты кальция
- г) бета-адреноблокаторы

Ответ: г

31. Ребенок 2-х лет внезапно закашлялся, посинел, кашель продолжался около 10 минут и больше не возобновлялся. На следующий день кашель появился вновь, при аускультации в легких большое количество сухих хрипов, преимущественно справа, предварительный диагноз:

- а) стеноз гортани
- б) инородное тело бронхов
- в) обструктивный бронхит
- г) острая пневмония

Ответ: б

32. При наличии инородного тела дыхательных путей с быстро прогрессирующей асфиксией фельдшер скорой медицинской помощи должен:

- а) экстренно госпитализировать пострадавшего в стационар без попыток удаления инородного тела
- б) выполнить прием Геймлиха
- в) произвести коникотомию при асфиксии
- г) проводить оксигенотерапию

Ответ: б, в, г

33. К предрасполагающим факторам тромбоэмболии легочной артерии относятся:

- а) тромбоз глубоких вен нижних конечностей
- б) фибрилляция предсердий
- в) физическая нагрузка
- г) длительная иммобилизация нижних конечностей

Ответ: а, б, г

34. Массивная тромбоэмболия ветвей легочной артерии проявляется:

- а) выраженной одышкой
- б) цианозом верхней половины тела
- в) спавшимися шейными венами
- г) появлением синдрома S1QIII на ЭКГ

Ответ: а, б, г

35. При тромбоэмболии легочной артерии на догоспитальном этапе показано введение:

- а) преднизолона
- б) гепарина
- в) морфина
- г) эуфиллина

Ответ: б, в, г



36. Гипогликемическая кома характеризуется:

- а) внезапным началом
- б) влажными, бледными кожными покровами
- в) сохранением тонуса глазных яблок
- г) дыханием Куссмауля

Ответ: а, б, в

37. Для лечения гипогликемической комы на догоспитальном этапе внутривенно вводится:

- а) тиамин 100 мг, затем 40 мл 40% раствора глюкозы
- б) налоксон 0,4-0,8 мг
- в) 40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 6-8 ЕД инсулина
- г) 200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 капель в минуту

Ответ: а

38. Кетоацидотическая кома проявляется

- а) внезапным началом
- б) сухостью кожных покровов и слизистых
- в) снижением тонуса глазных яблок
- г) дыханием Куссмауля

Ответ: б, в, г

39. При гипергликемической коме в выдыхаемом воздухе характерный запах:

- а) ацетона
- б) миндаля
- в) алкоголя
- г) отсутствует

Ответ: а

40. При остром нарушении мозгового кровообращения в качестве нейропротекторов на догоспитальном этапе используют:

- а) магния сульфат
- б) мексидол
- в) пирацетам
- г) глицин

Ответ: б, г

41. К осложнениям гипертонического криза относятся:

- а) острый коронарный синдром
- б) острое нарушение мозгового кровообращения
- в) отек легких
- г) тромбоэмболия легочной артерии

Ответ: а, б, в

42. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном расслаивающей аневризмой аорты, является:

- а) нитропрепарат
- б) эналаприлат
- в) магния сульфат
- г) эсмолол

Ответ: г

43. Развернутый судорожный припадок при эпилепсии проявляется:

- а) генерализованными тоническими и клоническими судорогами
- б) сохранением ясного сознания во время и после припадка
- в) произвольным мочеиспусканием
- г) травмами после падения

Ответ: а, в, г

44. Неотложная терапия при тяжелой анафилактической реакции включает

- а) эуфиллин
- б) глюкокортикоидные гормоны
- в) эпинефрин
- г) антагонисты H1-рецепторов

Ответ: в

45. Неотложная терапия при тяжелой анафилактической реакции включает

- а) эуфиллин
- б) глюкокортикоидные гормоны
- в) эпинефрин
- г) антагонисты H1-рецепторов

Ответ: г

46. Острое доброкачественное течение анафилактического шока характерно

- а) летальным исходом
- б) рецидивирующим течением
- в) хорошим эффектом от адекватной терапии
- г) резистентностью к терапии

Ответ: в

47. Молниеносная форма анафилактического шока развивается в течение

- а) 20 минут
- б) 1 часа
- в) 10 минут
- г) 24 часов

Ответ: в

48. Препаратом выбора при кардиогенном шоке с целью обезболивания является

- а) промедол
- б) морфин
- в) анальгин
- г) кеторол

Ответ: б

49. Пациенты с ОНМК должны транспортироваться в положении

- а) лежа, с приподнятым ножным концом
- б) сидя
- в) лежа, с приподнятым головным концом на 30 градусов
- г) лежа с приподнятым головным концом на 60 градусов

Ответ: в

50. Для купирования судорожных припадков у пациентов с ОНМК предпочтительно использовать

- а) натрия оксибутират 70 мг/кг
- б) тиопентал натрия 500 мг
- в) диазепам 10 мг

г) депакин 6 – 7 мг/кг

Ответ: в

51. Критерий эффективности непрямого массажа сердца

- а) появление пульсовых волн на общей сонной артерии при проведении компрессий
- б) появление самостоятельного пульса на общей сонной артерии
- в) повышение артериального давления на периферических артериях
- г) появление самостоятельного дыхания
- д) изменение цвета кожных покровов

Ответ: б

52. Голова пациента с носовым кровотечением при оказании неотложной помощи должна быть

- а) повернута влево
- б) опущена вниз, подбородок прижат к груди
- в) повернута вправо
- г) запрокинута назад
- д) не имеет значения

Ответ: б

53. Нитроглицерин применяется при

- а) кровоизлиянии в мозг
- б) повышении внутричерепного давления
- в) выраженной гипертонии
- г) остром инфаркте миокарда
- д) повышении внутриглазного давления

Ответ: г

54. При отёке лёгких нитроглицерин используется для

- а) снижения АД
- б) перераспределения крови между малым и большим кругом кровообращения
- в) повышения давления в малом круге кровообращения
- г) снижения давления в большом круге кровообращения
- д) увеличения коронарного кровотока

Ответ: б

55. Для неосложненного гипертонического криза характерно

- а) постепенное развитие
- б) тахикардия
- в) повышение в большей степени диастолического давления
- г) сухость кожных покровов
- д) уменьшение пульсового давления

Ответ: б

56. Для осложненного гипертонического криза характерно

- а) внезапное начало
- б) тахикардия
- в) значительным повышением АД
- г) влажность кожных покровов
- д) увеличение пульсового давления

Ответ: в

57. Для приступа бронхиальной астмы характерны следующие симптомы, кроме

- а) вынужденное положение
  - б) экспираторная одышка
  - в) свистящее дыхание
  - г) обильное отхождение слизисто-гнойной мокроты
  - д) диффузный цианоз
- Ответ: г

58. Выберите оптимальное положение пациента во время приступа бронхиальной астмы

- а) горизонтальное с опущенным головным концом
  - б) горизонтальное с приподнятым головным концом
  - в) горизонтальное с приподнятым ножным концом
  - г) сидя, с упором на руки
  - д) положение Симса
- Ответ: г

59. Факторы, провоцирующие возникновение приступов удушья у больного бронхиальной астмой

- а) воспалительный отек бронхов
  - б) контакт с аллергеном
  - в) стресс
  - г) приём нестероидных препаратов (аспирин и др.)
  - д) всё перечисленное верно
- Ответ: д

60. При приступе бронхиальной астмы для облегчения состояния больного можно выполнить следующие процедуры

- а) горячие ножные и ручные ванны
  - б) венозные жгуты на конечности
  - в) горчичники на область сердца
  - г) всё перечисленное верно
  - д) всё перечисленное неверно
- Ответ: а

61. Первоочередным мероприятием при отёке Квинке является

- а) введение адреналина
  - б) введение преднизолона
  - в) введение лазикса
  - г) введение кордиамина
  - д) введение эуфиллина
- Ответ: б

62. Пациенты в состоянии диабетической комы направляются

- а) в реанимационное отделение
  - б) в эндокринологическое отделение
  - в) в терапевтическое отделение
  - г) в инфекционное отделение
  - д) в гематологическое отделение
- Ответ: а

63. В поликлинику с улицы доставили пожилую женщину, которая жалуется на сжимающую боль за грудиной, возникшую 40 минут назад. Женщина принимала нитроглицерин, но боль не уменьшалась. АД 100/60 мм рт/ст. Необходимо

- а) успокоить пациентку
  - б) вызвать врача
  - в) дать таблетку нитроглицерина (под контролем АД, если было принято менее 3 таблеток)
  - г) снять ЭКГ
  - д) всё перечисленное верно
- Ответ: д

64. При каких неотложных состояниях накладывается венозный жгут

- а) артериальное кровотечение
  - б) отёк лёгких
  - в) закрытый перелом костей предплечья
  - г) открытый перелом костей голени
  - д) всё перечисленное верно
- Ответ: б

65. Возникновение головной боли после приёма нитроглицерина обусловлено

- а) резким сужением сосудов головного мозга
  - б) венозным застоем вследствие резкого расширения сосудов головного мозга
  - в) резким падением АД
  - г) резким расширением коронарных артерий
  - д) всё перечисленное неверно
- Ответ: б

66. Какая степень ожога характеризуется появлением на коже пузырей, заполненных серозной жидкостью?

- а) 2
  - б) 3А
  - в) 3Б
  - г) 4
  - д) 1
- Ответ: а

67. Основной симптом стенокардии

- а) резкая боль в эпигастральной области
  - б) головокружение
  - в) загрудинная боль
  - г) сильная боль в кисти левой руки
  - д) сильная боль в области затылка
- Ответ: в

68. Пациенты в состоянии диабетической комы направляются

- а) в реанимационное отделение
  - б) в эндокринологическое отделение
  - в) в терапевтическое отделение
  - г) в инфекционное отделение
  - д) в гематологическое отделение
- Ответ: а

69. В поликлинику с улицы доставили пожилую женщину, которая жалуется на сжимающую боль за грудиной, возникшую 40 минут назад. Женщина принимала нитроглицерин, но боль не уменьшалась. АД 100/60 мм рт/ст. Необходимо

- а) успокоить пациентку
- б) вызвать врача

- в) дать таблетку нитроглицерина (под контролем АД, если было принято менее 3 таблеток)
  - г) снять ЭКГ
  - д) всё перечисленное верно
- Ответ: д

70. При каких неотложных состояниях накладывается венозный жгут
- а) артериальное кровотечение
  - б) отёк лёгких
  - в) закрытый перелом костей предплечья
  - г) открытый перелом костей голени
  - д) всё перечисленное верно
- Ответ: б

71. Возникновение головной боли после приёма нитроглицерина обусловлено
- а) резким сужением сосудов головного мозга
  - б) венозным застоем вследствие резкого расширения сосудов головного мозга
  - в) резким падением АД
  - г) резким расширением коронарных артерий
  - д) всё перечисленное неверно
- Ответ: б

72. Индекс Алговера применяется для определения тяжести
- а) кровопотери
  - б) дыхательной недостаточности
  - в) коматозного состояния
  - г) площади глубоких ожогов
- Ответ: а

73. Основной задачей интенсивной терапии гиповолемического шока на догоспитальном этапе является
- а) стимуляция сократительной способности миокарда
  - б) восполнение дефицита объема циркулирующей крови
  - в) улучшение реологических свойств крови
  - г) дегидратация
- Ответ: б

74. Побочные действия эуфиллина при внутривенном введении
- а) судороги
  - б) остановка дыхания
  - в) повышение АД
  - г) снижение АД
  - д) всё перечисленное верно
- Ответ: г

75. Укажите основные противошоковые мероприятия при тяжелой травме
- а) введение сосудосуживающих препаратов, обезболивание, транспортировка
  - б) введение противосудорожных препаратов, иммобилизация, обезболивание
  - в) обезболивание, остановка кровотечения, иммобилизация
  - г) ингаляция кислорода, обезболивание, остановка кровотечения
  - д) обезболивание, ингаляция кислородом, транспортировка в ЛПУ
- Ответ: в

76. Для диабетической комы характерен симптом

- а) повышение мышечного тонуса
- б) учащенное дыхание
- в) влажные кожные покровы
- г) запах ацетона изо рта
- д) гипогликемия

Ответ: г

77. Гипогликемическая кома развивается при

- а) несвоевременном приёме пищи
- б) нарушении диеты
- в) избытке веса
- г) недостаточности функции щитовидной железы
- д) прекращении введения инсулина

Ответ: а

78. Гипогликемическое состояние характеризуется

- а) брадикардией
- б) сухостью кожных покровов
- в) судорогами
- г) чувством голода
- д) всё перечисленное верно

Ответ: г

79. Для гипогликемической комы не характерно

- а) потливость
- б) судороги
- в) повышение мышечного тонуса
- г) потеря сознания
- д) повышение уровня сахара в крови

Ответ: д

80. При гипогликемическом состоянии необходимо принять

- а) физиологический раствор
- б) алкоголь
- в) кофе
- г) сладкий чай
- д) всё перечисленное верно

Ответ: г

81. Положение, которое необходимо придать больному в гипергликемической коме

- а) лежа с приподнятым головным концом
- б) лежа с приподнятым ножным концом
- в) устойчивое боковое
- г) горизонтальное
- д) полусидя

Ответ: в

82. Осложнения сахарного диабета

- а) гипер- и гипогликемическая комы
- б) гиподинамия
- в) гиперкалиемия
- г) гинекомастия
- д) гипероксалатурия

Ответ: а

83. Симптом, нехарактерный для отёка лёгких

- а) клочущее дыхание
- б) инспираторная одышка
- в) выделение розоватой пенистой мокроты
- г) высокая температура
- д) положение сидя

Ответ: г

84. Характер мокроты при бронхиальной астме

- а) вязкая, стекловидная, трудно отделяемая
- б) серозно-гнойная
- в) с примесью крови
- г) пеннистая, розового цвета
- д) «ржавой» окраски

Ответ: а

85. Основной симптом коллапса

- а) артериальная гипертония
- б) артериальная гипотония
- в) гипертермия
- г) анурия
- д) отсутствие сознания

Ответ: б

86. Боль при инфаркте миокарда купируется

- а) антигипертензивными препаратами
- б) спазмолитиками
- в) сердечными гликозидами
- г) наркотическими анальгетиками
- д) десенсибилизирующими препаратами

Ответ: г

87. Пневмоторакс, при котором воздух на вдохе попадает в плевральную полость, а на выдохе из неё не выходит, называется

- а) клапанным
- б) открытым
- в) закрытым
- г) осложненным
- д) смешанным

Ответ: а

88. Один из характерных симптомов клапанного пневмоторакса

- а) боль
- б) крепитация
- в) клочущее дыхание
- г) «дышащая» рана
- д) подкожная эмфизема

Ответ: д

89. В преагональном состоянии пульс определяется:



- а) только на крупных сосудах
- б) только на периферических сосудах
- в) на крупных и периферических сосудах
- г) нет правильного ответа
- д) все ответы верны

Ответ: в

90. Артериальное давление (систолическое) в предагональном состоянии

- а) ниже 60 мм рт/ст
- б) ниже 80 мм рт/ст
- в) ниже 90 мм рт/ст
- г) ниже 120 мм рт/ст
- д) не определяется

Ответ: а

91. В предагональном состоянии сознание

- а) утрачено
- б) сохранено
- в) утрачено частично
- г) сохранено частично
- д) наблюдается ретроградная амнезия

Ответ: в

92. Реакция зрачка на свет в предагональном состоянии

- а) не изменена
- б) ослаблена
- в) определяется только на яркий искусственный свет
- г) определяется только на яркое дневное освещение
- д) не определяется

Ответ: б

93. В агональном состоянии реакция зрачка на свет

- а) ослаблена
- б) отсутствует
- в) определяется только на яркий свет
- г) не изменена
- д) нет правильного ответа

Ответ: б

94. В соответствии с алгоритмом, оказание неотложной помощи при повешении, начинается

- а) обеспечения проходимости дыхательных путей
- б) проведения сердечно-лёгочной реанимации
- в) освобождения от сдавливающей петли
- г) измерения АД
- д) нанесения прекардиального удара

Ответ: в

95. При отёке лёгких кислородная подушка объемом 25 литров должна быть израсходована

- а) за 1 мин.
- б) за 10 мин.
- в) за 60 мин.

г) за 15 мин.

д) за 5 мин.

Ответ: д

96. Эректильная фаза шока характеризуется

а) заторможенностью

б) психомоторным возбуждением

в) судорогами

г) низким АД

д) высоким АД.

Ответ: б

97. Торпидная фаза шока характеризуется

а) возбуждением

б) спутанностью сознания, понижением АД

в) патологическим типом дыхания

г) повышением температуры тела

д) повышением артериального давления

Ответ: б

98. При отёке лёгких венозные жгуты следует одновременно наложить на

а) плечо и бедро с одной стороны

б) противоположные плечо и бедро

в) бедра

г) плечи

Ответ: б

99. Разовая доза ацетилсалициловой кислоты при остром коронарном синдроме составляет (в миллиграммах)

а) 500 – 750

б) 50 – 100

в) 150 – 350

г) 75 – 150

Ответ: в

100. Признаком нарушения функции ЦНС при анафилаксии третьей степени тяжести является

а) чувство тревоги

б) потеря сознания

в) спутанность сознания

г) страх смерти

Ответ: б

#### **4. ЗАДАНИЯ II ЭТАПА «ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ»**

**Оценка результатов освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия  
(сформированность компетенций выпускника)**

**II этап. Оценка уровня практической подготовки.**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
		Практическая подготовка
УК-1,4 ОПК-1,2, 4-9	<p>1. <u>Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u> сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование больного (его анализ в рамках клинической ситуационной задачи), заполнение медицинской документации, формулировка предварительного/клинического диагноза, дифференциальная диагностика, оформление листа назначений на основании нормативной документации, интерпретация данных специальных методов исследования.</p> <p>2. <u>Демонстрация практических навыков.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации).</li> <li>• Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</li> <li>• Проведение физикального обследования пациента (при курации) и (или) его анализ, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</li> <li>• Формулировка диагноза и его обоснование.</li> <li>• Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска.</li> <li>• Составление обоснованного плана обследования больного.</li> <li>• Составление обоснованного плана лечения больного.</li> <li>• Выполнение диагностических и лечебных манипуляций на модели.</li> </ul>
Результат аттестации уровня практической подготовки	<p>«Компетенции сформированы»</p> <p>«Компетенции не сформированы»</p>	

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
**31.08.60 Пластическая хирургия**  
II этап: Оценка уровня практической подготовки  
Экзаменационный билет № 1

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 ОПК-1,2, 4-9	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Женщина 35 лет обратилась к врачу-пластическому хирургу.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На неэстетичный вид малых половых губ, неудовлетворенность качеством коитуса.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Менструации с 12 лет, установились сразу, умеренные, по 4—5 16 дней, через 28 дней, регулярные, болезненные в первый день. После начала половой жизни и родов характер менструального цикла не изменялся. Последняя менструация 28 августа, в срок, без особенностей.</li> <li>● Первая беременность — 2011 г. Наступила после отмены гормональной контрацепции. Беременность завершилась своевременными самопроизвольными родами в головном предлежании крупным плодом. Масса тела 4250 г, рост 51 см, мальчик, 8—9 баллов по шкале Апгар. Выписана с ребенком домой на 3-е сутки. Кормила ребенка грудью до 2 лет. Вторая беременность — 2015 г. Беременность завершилась своевременными самопроизвольными родами в головном предлежании. Масса тела 3750 г, рост 50 см, мальчик, 8—9 баллов по шкале Апгар. Выписана с ребенком домой на 2-е сутки.</li> </ul> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Росла и развивалась без особенностей.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°С.</li> <li>● Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.</li> <li>● Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД –</li> </ul>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации).</p> <p>Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).</p> <p>Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).</p>

16 в минуту.

● При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $P_{O_2}$  98%

● Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.

● Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

\*

**Вопрос №1** К основным методам обследования для постановки диагноза относится:

А: визуальный осмотр

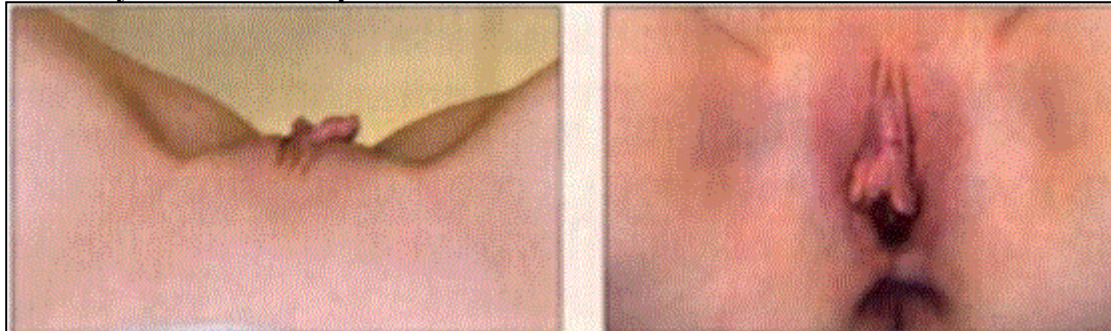
Б: осмотр в зеркалах

В: анализ крови, на количественное содержание половых гормонов

Г: УЗИ органов малого таза

**3. Результаты обследования**

**3.1. Визуальный осмотр**



Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Отмечается гипертрофия малых половых губ, с обеих сторон. Края малых половых губ пигментированы. Расстояние от средней линии до наиболее выступающей точки малых половых губ, с обеих сторон, составляют 7 см, и 9 см соответственно. В области верхней комиссуры

имеются дополнительные складки, более выраженные слева. Область ануса и больших половых губ без видимых патологических изменений. Осмотр в зеркалах: Слизистая входа во влагалище обычного цвета, умеренно влажная. Шейка матки цилиндрической формы, без воспалительных признаков. Наружный зев закрыт, овальной формы. Слизистая влагалища обычной окраски, без изъязвлений.

### **3.2. Осмотр в зеркалах**

Осмотр в зеркалах: Слизистая входа во влагалище обычного цвета, умеренно влажная. Шейка матки цилиндрической формы, без воспалительных признаков. Наружный зев закрыт, овальной формы. Слизистая влагалища обычной окраски, без изъязвлений.

### **3.3. Анализ крови, на количественное содержание половых гормонов**

Количественное содержание половых гормонов соответствует возрастной норме.

### **3.4. УЗИ органов малого таза**

УЗ-картина органов малого таза: без патологии.

**Вопрос №2** Наиболее информативным методом постановки диагноза является:

А: измерение длины половых губ

Б: скрининг ИППП

В: кольпоскопия

Г: гистероскопия

### **5. Результаты обследования**

#### **5.1. Измерение длины половых губ**

Расстояние от средней линии до наиболее выступающей точки малых половых губ, с обеих сторон, составляют 7 см, и 9 см соответственно. В области верхней комиссуры имеются дополнительные складки, более выраженные слева.

#### **5.2. Скрининг ИППП**

ИППП не выявлено

#### **5.3. Кольпоскопия**

Патологических изменений не выявлено.

#### **5.4. Гистероскопия**

Без патологии.

**Вопрос №3** Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является:

А: Гипертрофия (элонгация) малых половых губ

Б: Лейкоплакия

В: Эндометриоз наружных половых органов

Г: Ректоцеле

**7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Гипертрофия (элонгация) малых половых губ**

**7.2. Лейкоплакия**

**7.3. Эндометриоз наружных половых органов**

**7.4. Ректоцеле**

**Вопрос №4** Пациентке показано \_\_\_\_\_ лечение:

А: хирургическое

Б: медикаментозное

В: лазерное абляционное

Г: лазерное фракционное

**Вопрос №5** Хирургическое лечение пациентки заключается в:

А: резекции малых половых губ (редукционной лабиопластике)

Б: задней кольпоперинеолеваторопластике

В: установке синтетического слинга

Г: липофиллинге малых половых губ

**Вопрос №6** Лечение пациентки должно проводиться в условиях:

А: стационара

Б: поликлиники

В: дневного стационара

Г: кабинета пластического хирурга

**Вопрос №7** Пациентке показано редуцирующая лабиопластика в объеме:

А: классической V-образной резекции

Б: редуцирующей преуциции

В: пластики преддверия влагалища

Г: резекции одной половой губы

**Вопрос №8** К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относятся:

А: нестероидные противовоспалительные средства

Б: муколитики

В: ингибиторы протонной помпы

Г: бронхолитики

**Вопрос №9** Операцию необходимо проводить:

А: первые 2 недели овариально-менструального цикла

Б: 1-3 день овариально-менструального цикла

В: 7-10 день овариально-менструального цикла

Г: после 25 дня овариально-менструального цикла

**Вопрос №10** Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать:

А: динамическое наблюдение

Б: самолечение

В: курс антибактериальной терапии

Г: курс антикоагулянтной терапии

**Вопрос №11** Оценку результата коррекции следует проводить через \_\_\_\_\_ после коррекции:

А: 1 месяц

Б: 6 месяцев

В: 1 неделю

Г: 1 год

**Вопрос №12** перевязки заключаются в:

А: обмывании послеоперационной раны растворами антисептиков

Б: наложении (смене) стрипов

В: применении антибактериальных мазей

Г: применении гормональных мазей

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Ушивание кожного дефекта простыми узловыми швами

Ректор \_\_\_\_\_

И.О. Прохоренко



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**II этап: Оценка уровня практической подготовки**

**Экзаменационный билет № 2**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка Ш., 47 лет, поступила в отделение микрохирургии.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На асимметрию лица, отсутствие движений мышц лица справа: невозможность поднять бровь, зажмурить глаз, надуть щеку.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Пациентке, 6 месяцев назад, было выполнено хирургическое лечение по поводу рака околоушной слюнной железы справа в объеме: радикальной паротидэктомии справа вместе с опухолью, ветвями лицевого нерва и верхнезональной лимфаденэктомии на шее справа (I—III группы лимфатических узлов).</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Хронические заболевания отрицает</li> <li>● Не курит, алкоголем не злоупотребляет</li> <li>● Аллергических реакций не было</li> <li>● В анамнезе у пациентки холецистэктомия в возрасте 35 лет по поводу острого калькулезного холецистита.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 166 см. Температура тела 36,60С.</li> <li>● Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски.</li> <li>● Дыхание через нос свободное. Область груди правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней</li> </ul>	<p>Метод контроля/Содержание основных операций:</p> <p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).</p> <p>Выполнение диагностических и ле-</p>

глубины, обе половины грудной стенки одинаково участвуют в акте дыхания.

● При пальпации грудная стенка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной стенки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной стенкой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной стенки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыхания – 17 в минуту.

● Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.

● Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальные знаки отсутствуют. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

● Неврологический статус: односторонний паралич мимических мышц справа. Отмечается полная обездвиженность мимических мышц справа - больная не может поднять бровь на пораженной стороне, нахмурить ее, наморщить нос, плотно зажмурить глаз - положительный симптом "ресниц", надуть щеку, вытянуть губы трубочкой, свистнуть; тонус мышц на пораженной стороне отсутствует, щека "парусит"; изменение ширины глазных щелей; при оскаливании зубов ротовая щель перетягивается в здоровую сторону. Веки не смыкаются (лагофтальм - заячий глаз).

**Вопрос №1** К основным методам обследования для постановки диагноза относятся:

А: сбор анамнеза

Б: клиническое обследование

В: тесты по определению функций, находящихся под контролем лицевого нерва

Г: рентгенография органов грудной клетки

Д: тесты на толерантность глюкозы для определения сахарного диабета

Е: серологическое исследование для определения титра антител к боррелиям

### **3. Результаты обследования**

#### **3.1. Сбор анамнеза**

#### **3.2. Клиническое обследование**

чебных манипуляций (если применяется).



Определяется паралич лицевых мышц справа.

**3.3. Тесты по определению функций, находящихся под контролем лицевого нерва**

**3.4. Рентгенография органов грудной клетки**

При рентгенографии органов грудной клетки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

**3.5. Тесты на толерантность глюкозы для определения сахарного диабета**

Уровень глюкозы крови в норме.

### **3.6. Серологическое исследование для определения титра антител к боррелиям**

Антитела к боррелиям не обнаружены.

**Вопрос №2** Необходимыми исследованиями для постановки диагноза являются:

А: тест на проводимость

Б: кривые продолжительности и силы

В: хронаксия

Г: электромиография

Д: электронейромиография

Е: электроэнцефалография

### **5. Результаты обследования**

#### **5.1. Тест на проводимость**

Проводимость по нерву отсутствует.

#### **5.2. Кривые продолжительности и силы**

Определяются признаки денервации мышц.

#### **5.3. Хронаксия**

При исследовании обнаруживается нарушение проведения нервного импульса

#### **5.4. Электромиография**

В состоянии покоя определяются фибрилляции мышц, что свидетельствует о полном пересечении нерва.

#### **5.5. Электронейромиография**

Выявлены признаки денервации.

#### **5.6. Электроэнцефалография**

На электроэнцефалограмме патологии не обнаружено.

**Вопрос №3** На основании данных анамнеза и обследования пациенту можно предположить диагноз:

А: Периферический паралич лицевых мышц справа

Б: Лицевой неврит при опоясывающем лишае (синдром Ханта)

В: Синдром Мёбиуса.

Г: Синдром Мелькерсона-Розенталя

### **7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Периферический паралич лицевых мышц справа**

**7.2. Лицевой неврит при опоясывающем лишае (синдром Ханта)**

**7.3. Синдром Мёбиуса.**

#### **7.4. Синдром Мелькерсона-Розенталя**

**Вопрос №4** Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться:

- А: в стационаре
- Б: амбулаторно (на дому)
- В: в условиях «дневного стационара»
- Г: в стационаре (в отделение интенсивной терапии)

**Вопрос №5** Пациенту показано \_\_\_\_\_ лечение:

- А: хирургическое
- Б: физиотерапевтическое
- В: медикаментозное нейропротективное
- Г: ультразвуковое

**Вопрос №6** Учитывая, что срок после повреждения лицевого нерва составляет 6 месяцев пациенту показано хирургическое лечение в виде:

- А: нервных трансплантатов или перекрестной иннервации
- Б: статической реконструкции
- В: кросс-трансплантата и отсроченной пересадки лоскута
- Г: шва нерва

**Вопрос №7** Для пластики лицевого нерва в виде нервного трансплантата предпочтительнее использовать \_\_\_\_\_ нерв:

- А: большой ушной
- Б: межреберный
- В: диафрагмальный
- Г: латеральный грудной

**Вопрос №8** При наличии метастазов злокачественной опухоли в области шеи для пластики лицевого нерва используется \_\_\_\_\_ нерв:

- А: суральный
- Б: добавочный
- В: латеральный кожный
- Г: подъязычный

**Вопрос №9** К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся:

- А: антибиотики
- Б: бронхолитики
- В: муколитики

Г: ингибиторы протонной помпы

**Вопрос №10** Для кросс-пластики лицевого нерва в качестве нервного трансплантата используют:

А: сура́льный (икроножный) нерв

Б: поверхностную ветвь лучевого нерва

В: медиальный кожный нерв плеча

Г: медиальный кожный нерв предплечья

**Вопрос №11** Операцию «детской сиделки» при повреждении лицевого нерва выполняют для:

А: предупреждения атрофии языка и обеспечения быстрой реиннервации лицевых мышц

Б: предупреждения потери чувствительности в зонах иннервируемых ветвями лицевого нерва

В: обеспечения раннего восстановления тактильной функции

Г: восстановления вибрационного чувства

**Вопрос №12** Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать:

А: динамическое наблюдение

Б: люмбальную пункцию

В: ЭКГ

Г: электроэнцефалографию

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Ушивание кожного дефекта непрерывными интрадермальными швами.

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

II этап: Оценка уровня практической подготовки

Экзаменационный билет № 3

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка Б., 43 лет, поступила в отделение микрохирургии.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На асимметрию лица, отсутствие движений мышц лица слева, невозможность поднять бровь, зажмурить глаз, надуть щеку.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Пациентке 1 год назад было выполнено хирургическое лечение по поводу опухоли задней черепной ямки, с сохранением ствола и ветвей лицевого нерва.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Хронические заболевания отрицает</li> <li>● Не курит, алкоголем не злоупотребляет</li> <li>● Аллергических реакций не было</li> <li>● В анамнезе у пациентки холецистэктомия в возрасте 35 лет по поводу острого калькулезного холецистита.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 166 см. Температура тела 36,60С.</li> <li>● Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски.</li> <li>● Дыхание через нос свободное. Область груди правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной стенки одинаково участвуют в акте дыхания.</li> <li>● При пальпации грудная стенка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы</li> </ul>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).</p> <p>Выполнение диагностических и ле-</p>

симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной стенки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной стенкой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной стенки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыхания – 17 в минуту.

● Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.

● Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальные знаки отсутствуют. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

● Неврологический статус: односторонний паралич мимических мышц. Отмечается полная обездвиженность мимических мышц слева - больной не может поднять бровь на пораженной стороне, нахмурить ее, наморщить нос, плотно зажмурить глаз - положительный симптом "ресниц", надуть щеку, вытянуть губы трубочкой, свистнуть; тонус мышц на пораженной стороне отсутствует, щека "парусит"; изменение ширины глазных щелей; при оскаливании зубов ротовая щель перетягивается в здоровую сторону. Из-за паралича круговых мышц глаз веки не смыкаются (лагофтальм - заячий глаз).

**Вопрос №1** К основным методам обследования для постановки диагноза относятся:

А: сбор анамнеза

Б: клиническое обследование

В: тесты по определению функций, находящихся под контролем лицевого нерва

Г: рентгенография органов грудной полости

Д: тесты на толерантность глюкозы для определения сахарного диабета

Е: серологическое исследование для определения титра антител к боррелиям

**3. Результаты обследования**

**3.1. Сбор анамнеза**

**3.2. Клиническое обследование**

чебных манипуляций (если применяется).





Определяется паралич лицевых мышц слева.

**3.3. Тесты по определению функций, находящихся под контролем лицевого нерва**

**3.4. Рентгенография органов грудной полости**

При рентгенографии органов грудной полости тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

**3.5. Тесты на толерантность глюкозы для определения сахарного диабета**

Уровень глюкозы крови в норме.

**3.6. Серологическое исследование для определения титра антител к боррелиям**

Антитела к боррелиям не обнаружены.

**Вопрос №2** Необходимыми исследованиями для постановки диагноза являются:

- А: тест на проводимость
- Б: кривые продолжительности и силы
- В: хронаксия
- Г: электромиография
- Д: электронейромиография
- Е: электроэнцефалография

### **5. Результаты обследования**

#### **5.1. Тест на проводимость**

Проводимость по нерву отсутствует.

#### **5.2. Кривые продолжительности и силы**

Определяются признаки денервации мышцы.

#### **5.3. Хронаксия**

При исследовании обнаруживается нарушение проведения нервного импульса

#### **5.4. Электромиография**

В состоянии покоя определяются фибрилляции мышц, что свидетельствует о полном пересечении нерва.

#### **5.5. Электронейромиография**

Выявлены признаки денервации.

#### **5.6. Электроэнцефалография**

На электроэнцефалограмме патологии не обнаружено.

**Вопрос №3** На основании данных анамнеза и обследования пациенту можно предположить диагноз:

- А: Периферический паралич лицевых мышц слева
- Б: Лицевой неврит при опоясывающем лишае (синдром Ханта)
- В: Синдром Мёбиуса
- Г: Синдром Мелькерсона-Розенталя

### **7. Диагноз**

Диагноз:

#### **7.1. Периферический паралич лицевых мышц слева**

#### **7.2. Лицевой неврит при опоясывающем лишае (синдром Ханта)**

#### **7.3. Синдром Мёбиуса**

#### **7.4. Синдром Мелькерсона-Розенталя**

**Вопрос №4** Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться:

- А: в стационаре

Б: амбулаторно (на дому)  
В: в условиях «дневного стационара»  
Г: в стационаре (в отделение интенсивной терапии)

**Вопрос №5** Пациенту показано \_\_\_\_\_ лечение:

А: хирургическое  
Б: физиотерапевтическое  
В: медикаментозное нейропротективное  
Г: ультразвуковое

**Вопрос №6** Оптимальным вариантом хирургической реконструкции, учитывая, что было произведено удаление опухоли задней черепной ямки с сохранением ствола и ветвей лицевого нерва, и срок после повреждения лицевого нерва составляет 6 месяцев является:

А: принцип «детской сиделки» или «няньки»  
Б: статическая реконструкция  
В: кросс-трансплантат и отсроченная пересадка лоскута  
Г: шов нерва

**Вопрос №7** Операцию «детской сиделки» при повреждении лицевого нерва выполняют для:

А: предупреждения атрофии языка и обеспечения быстрой реиннервации лицевых мышц  
Б: предупреждения потери чувствительности в зонах иннервируемых ветвями лицевого нерва  
В: обеспечения раннего восстановления тактильной функции  
Г: восстановления вибрационного чувства

**Вопрос №8** Для пластики лицевого нерва в виде нервного трансплантата предпочтительнее использовать \_\_\_\_\_ нерв:

А: большой ушной  
Б: межреберный  
В: диафрагмальный  
Г: латеральный грудной

**Вопрос №9** При наличии метастазов злокачественной опухоли в области шеи для пластики лицевого нерва используется \_\_\_\_\_ нерв:

А: суральный  
Б: добавочный  
В: латеральный кожный

Г: подъязычный

**Вопрос №10** Для кросс-пластики лицевого нерва в качестве нервного трансплантата используют:

А: суральный нерв

Б: поверхностная ветвь лучевого нерва

В: медиальный кожный нерв плеча

Г: медиальный кожный нерв предплечья

**Вопрос №11** К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся:

А: антибиотики

Б: бронхолитики

В: муколитики

Г: ингибиторы протонной помпы

**Вопрос №12** Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать:

А: динамическое наблюдение

Б: люмбальную пункцию

В: ЭКГ

Г: электроэнцефалографию

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Приготовление раствора (восстановление) ботулотоксина типа А перед процедурой и проведение процедуры ботулинотерапии в области верхней зоны лица

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

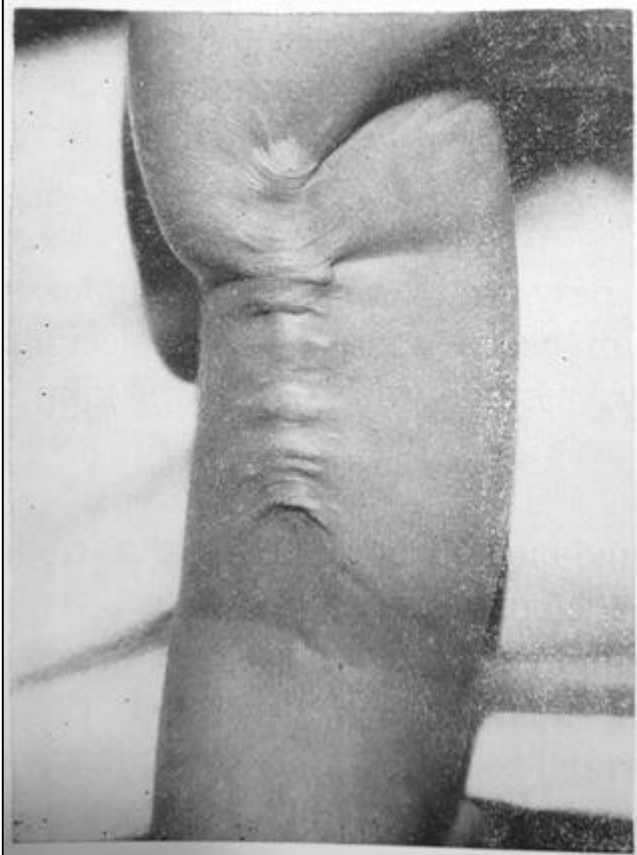
**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**II этап: Оценка уровня практической подготовки**

**Экзаменационный билет № 4**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 23 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на деформирующий, эстетически неприемлемый рубец в области правого плеча; чувство натяжения при разгибании конечности в локтевом суставе и отведении конечности назад.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Пять лет назад по поводу оскольчатого перелома (спортивная травма) выполнена оперативная репозиция правого плеча. Плечевой и локтевой суставы повреждены не были. Заживление первичным натяжением. В течение 4-5 месяцев после операции сформировался утолщенный рубец неравномерной ширины темно-розового цвета. В течении 1,5-2-х лет после травмы пациентка прошла несколько курсов физиотерапии, в том числе магнитотерапию, а также лечебную физкультуру с целью реабилитации конечности. По окончании реабилитационных программ пациентка обратилась к хирургу с целью коррекции рубца. Было выполнено иссечение рубца; заживление первичным натяжением. В качестве местной противорубцовой терапии пациентка применяла мазь Контрактубекс в течении 2,5-3-х месяцев. Начиная с 6 месяца после коррегирующего вмешательства рубец стал деформироваться, присоединились болезненные ощущения при определенных движениях, рубец стал постепенно утолщаться. Выполнена повторная попытка иссечения двух фрагментов рубца. Заживление осложнилось образованием лигатурных свищей и длительно текущим воспалительным процессом.</p> <p>В настоящее время рубец стабилен, не увеличивается и не уменьшается в объеме</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).</p> <p>Выполнение диагностических и ле-</p>

	<p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Росла и развивалась нормально; с детства и до травмы верхней конечности активно занималась спортом (баскетбол, хоккей на траве).</li> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции.</li> <li>● Прочие травмы: перелом костей носа в возрасте 9 лет.</li> <li>● Хронические заболевания, прочие оперативные вмешательства отрицает.</li> <li>● Аллергологический анамнез не отягощен.</li> <li>● Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Status praesens: в пределах возрастной нормы</li> <li>● Status localis:</li> </ul> <p>На передней поверхности правого плеча определяется линейный плотный рубец вдоль оси конечности</p>	<p>чебных манипуляций (если применяется).</p>
--	---	---



**Вопрос №1** Для постановки диагноза необходимо выполнить:

А: оценку биометрических параметров, топографии и направления рубца

Б: рентгенографию плечевого и локтевого суставов

В: магнитно-резонансную томографию плечевого сустава

Г: ультразвуковое исследование мягких тканей рубца

### **3. Результаты обследования**

#### **3.1. Оценка биометрических параметров, топографии и направление рубца**

На передней поверхности правого плеча определяется линейный плотный рубец вдоль оси конечности, деформирующий окружающие мягкие ткани, в том числе переднюю стенку подмышечной впадины, верхней трети плеча и складку локтевого сгиба.

Рубец частично розового, частично – бледно-розового цвета; сосудистый рисунок в ткани

рубца отсутствует.

Размеры рубца: длина - 14,3 см, ширина - 0,8-1,2 см на разных участках; по краю рубца определяются множественные мелкие складки на поверхности неповрежденной кожи.

При пальпации рубец плотный, спаян с подлежащими тканями; неравномерно выступает над поверхностью окружающей кожи.

Пассивные и активные движения в локтевом и плечевом суставе- в полном объеме. При полном разгибании локтевого сустава и крайнем отведении верхней конечности назад – чувство дискомфорта и натяжения кожи.

Ткани вокруг рубца достаточной толщины, подвижны.

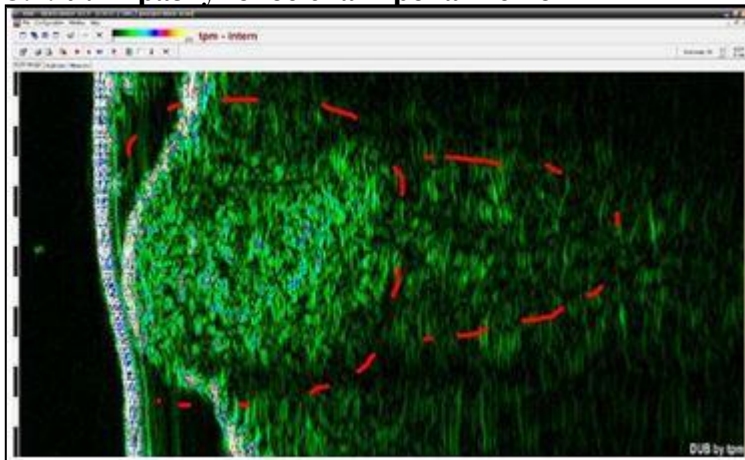
### **3.2. Рентгенография плечевого сустава**

Плечевой сустав без патологии

### **3.3. Компьютерная томография плечевого сустава**

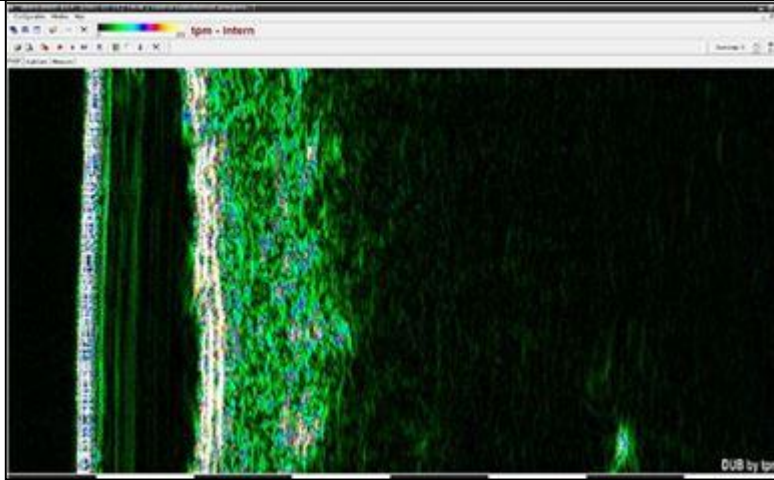
Плечевой сустав без патологии

### **3.4. Ультразвуковое сканирование кожи**



Сканограмма рубца. Четкие границы гиперэхогенного образования (рубцовой ткани)





Сканограмма окружающей рубец кожи

**Вопрос №2** Наиболее вероятной причиной многократного рецидива гипертрофического рубца является:

А: расположение разреза вдоль оси конечности

Б: генетическая предрасположенность пациентки к формированию гипертрофических рубцов

В: заживление вторичным натяжением

Г: неадекватная послеоперационная профилактика гипертрофических рубцов

**Вопрос №3** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз \_\_\_\_\_ рубец:

А: Гипертрофический

Б: Келоидный

В: Атрофический

Г: Нормотрофический

**6. Диагноз**

Диагноз:

**6.1. Гипертрофический**

**6.2. Келоидный**

**6.3. Атрофический**

**6.4. Нормотрофический**

**Вопрос №4** Данную патологию необходимо дифференцировать с:

А: келоидным рубцом

Б: атрофическим рубцом

В: нормотрофическим рубцом

Г: системной склеродермией

**Вопрос №5** Назначение медикаментозного лечения показано:

А: после хирургического лечения в программе противорубцовой терапии

Б: как альтернатива хирургического лечения в программе противорубцовой терапии

В: в рамках профилактической антибиотикотерапии

Г: до хирургического лечения с целью иммуностимуляции и с целью улучшения микроциркуляции

**Вопрос №6** Учитывая жалобы, анамнез и данные осмотра основным методом лечения является:

А: хирургическое лечение

Б: инъекция ботулотоксина в рубец

В: букки терапию

Г: инъекции кортикостероидов и противорубцовые наружные средства

**Вопрос №7** Учитывая характер рубца рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме иссечения рубца и:

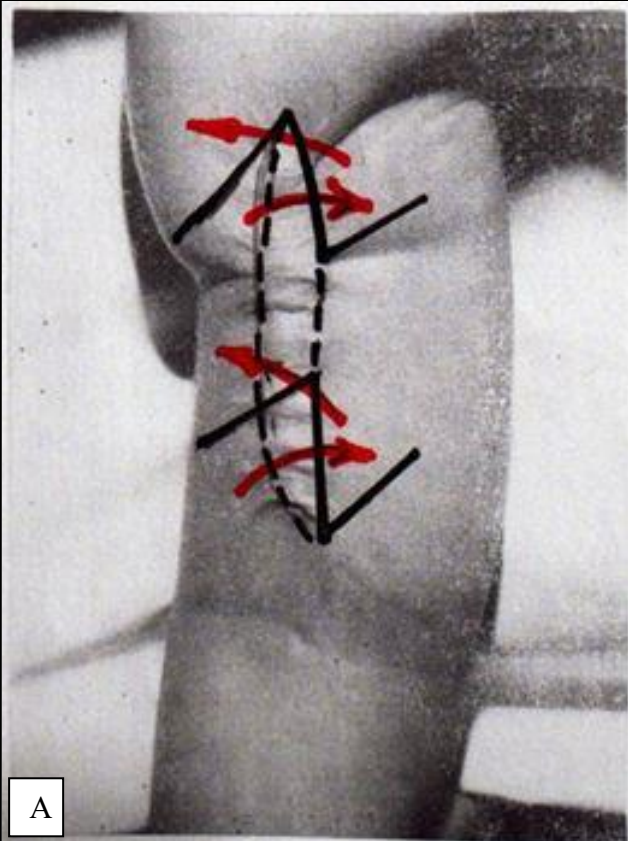
А: пластики встречными треугольными лоскутами по Лимбергу

Б: широкой мобилизации краев раны с ушиванием раны послойно

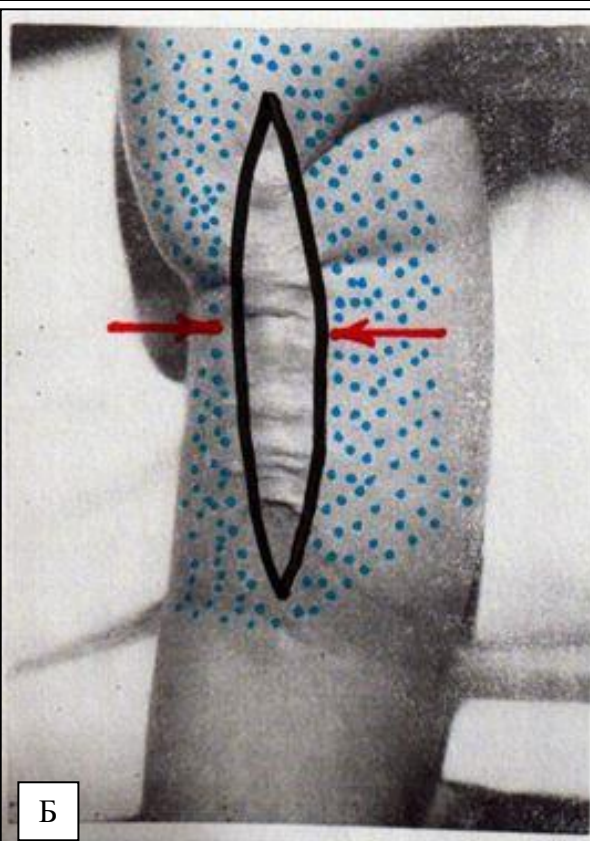
В: пластики выдвижным лоскутом

Г: пластики ротационным лоскутом

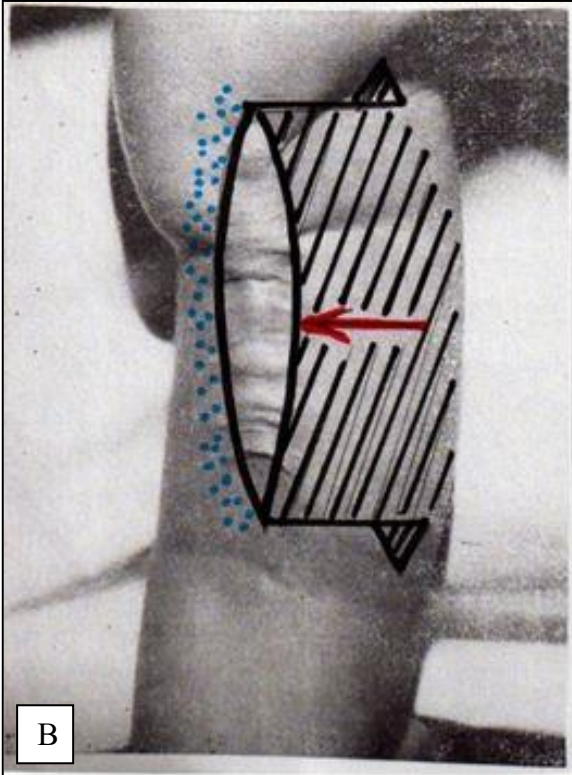
**Вопрос №8** Выбранной тактике соответствует схема предоперационной разметки:



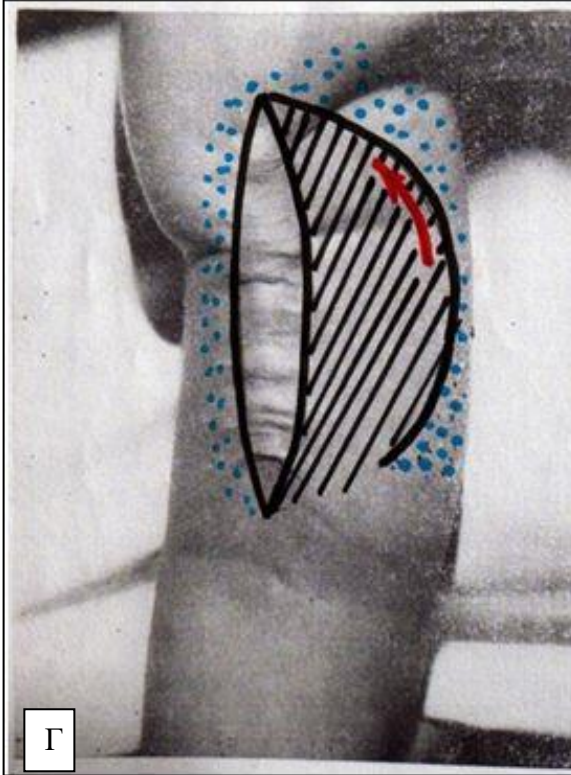
A



Б



В



Г

**Вопрос №9** Целью вмешательства является \_\_\_\_\_ рубца:

- А: удлинение
- Б: сужение
- В: фрагментация
- Г: камуфлирование

**Вопрос №10** Величина угла разрезков к продольной оси рубца для обеспечения оптимальных условий кровоснабжения перемещаемых лоскутов должна приближаться к \_\_\_\_\_ градусам:

- А: 60
- Б: 30
- В: 25
- Г: 20

**Вопрос №11** В качестве местной противорубцовой инъекционной терапии после хирурги-

ческой коррекции пациентке следует рекомендовать инъекции:

А: кортикостероидов

Б: низкомолекулярной гиалуроновой кислоты

В: высокомолекулярной гиалуроновой кислоты

Г: актовегина

**Вопрос №12** В качестве средств противорубцовой терапии для самостоятельного применения после хирургической коррекции в домашних условиях следует рекомендовать:

А: силиконовые тейпы

Б: мази/гели, содержащие гиалуронидазу

В: мази/гели, содержащие ферменты-протеазы

Г: механическую компрессию

Д: мази/гели, содержащие гиалуроновую кислоту

Е: ранозаживляющие и стимулирующие мази и гели (солкосерил, актовегин)

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Приготовление раствора (восстановление) ботулотоксина типа А перед процедурой и проведение процедуры ботулинотерапии в периорбитальной области.

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**II этап: Оценка уровня практической подготовки**

**Экзаменационный билет № 5**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациент 27 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на деформирующий, тянущий рубец в области левого локтевого сгиба; чувство натяжения при разгибании конечности в локтевом суставе.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Три года назад при поднятии тяжелого предмета (чемодан) имел место разрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча. Была выполнена пластика сухожилия в травматологическом отделении по месту жительства в течении ближайших суток после травмы. Течение послеоперационного периода – без особенностей, заживление первичным натяжением; рекомендации по реабилитационному периоду тщательно выполнял. Через 3-3,5 месяца после операции сформировался очень плотный, утолщенный рубец неравномерной ширины темнокрасного цвета, в связи с чем обратился к хирургу с целью его иссечения. Было выполнено иссечение рубца; заживление первичным натяжением. В качестве местной противорубцовой терапии пациенту применял мазь Дерматикс в течении 6-и месяцев. Начиная с 6 месяца после корригирующего вмешательства рубец стал деформироваться, присоединились болезненные ощущения при определенных движениях, рубец стал постепенно утолщаться. Выполнена повторная попытка иссечения двух фрагментов рубца. Заживление осложнилось образованием лигатурных свищей и длительно текущим воспалительным процессом. Стягивание рубца началось практически в процессе заживления раны. После завершения эпителизации было проведено 2 процедуры местной гормонотерапии. Существенной динамики при этом пациент не отметил.</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).</p> <p>Выполнение диагностических и ле-</p>

#### 1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции.
- Прочие травмы: сотрясение мозга перелом двух ребер в возрасте 12 лет.
- Хронические заболевания, прочие перативные вмешательства отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.

#### 1.5. Объективный статус

- Status praesens: в пределах возрастной нормы
- Status localis:

В области локтевого сгиба определяется линейный плотный рубец вдоль оси конечности



**Вопрос №1 Необходимым для постановки диагноза является:**

- А: оценка биометрических параметров, топографии и направление рубца
- Б: рентгенография локтевого сустава
- В: компьютерная томография локтевого сустава
- Г: ультразвуковое сканирование кожи в области рубца и окружающих тканях по периметру 5 см

#### 3. Результаты обследования

##### 3.1. Оценка биометрических параметров, топографии и направление рубца

На передней поверхности правого плеча определяется линейный плотный рубец вдоль оси конечности, деформирующий окружающие мягкие ткани, в том числе переднюю стен-

чешных манипуляций (если применяется).

ку подмышечной впадины, верхней трети плеча и складку локтевого сгиба.

Рубец частично розового, частично – бледно-розового цвета; сосудистый рисунок в ткани рубца отсутствует.

Размеры рубца: длина - 9,2 см, ширина - 0,7-0,9 см на разных участках; по краю основного рубца определяются множественные рубцовые ответвления.

При пальпации рубец плотный, спаян с подлежащими тканями; выступает над поверхностью окружающей кожи.

Разгибание конечности в локтевом суставе – 160-165 градусов.

Ткани вокруг рубца достаточной толщины, подвижны.

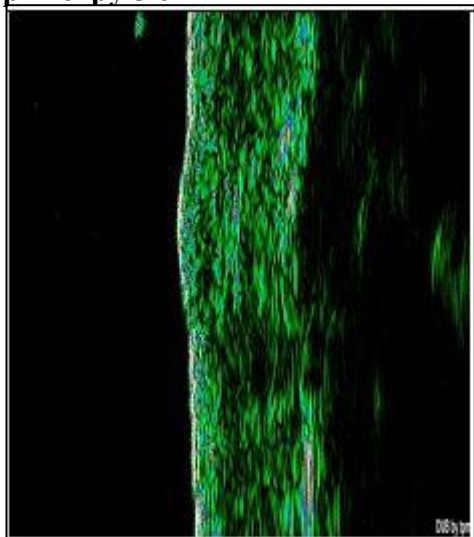
### **3.2. Рентгенография локтевого сустава**

Локтевой сустав без патологии

### **3.3. Компьютерная томография локтевого сустава**

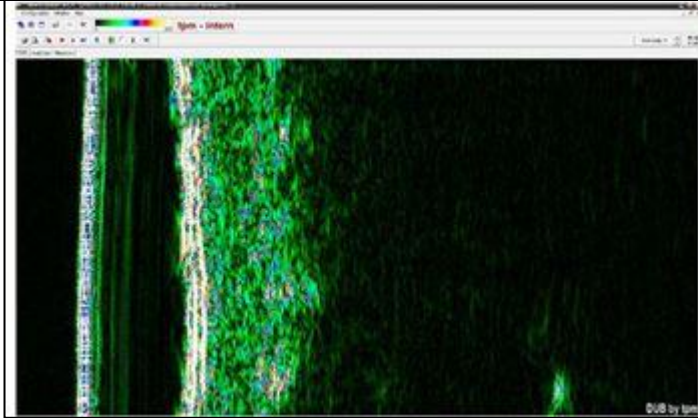
Локтевой сустав без патологии

### **3.4. Ультразвуковое сканирование кожи в области рубца и окружающих тканях по периметру 5 см**



Сканограмма рубца. Четкие границы гиперэхогенного образования (рубцовой ткани)





Сканограмма окружающей рубец кожи

**Вопрос №2** Причиной многократного рецидива гипертрофического рубца является:

А: направление разреза вдоль оси конечности

Б: заживление вторичным натяжением

В: склонность к гипертрофическому рубцеванию у пациента

Г: неадекватная противорубцовая терапия в послеоперационном периоде

**Вопрос №3** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз рубец:

А: Гипертрофический

Б: Келоидный

В: Атрофический

Г: Нормотрофический

**6. Диагноз**

Диагноз:

**6.1. Гипертрофический**

**6.2. Келоидный**

**6.3. Атрофический**

**6.4. Нормотрофический**

**Вопрос №4** Данную патологию необходимо дифференцировать с:

А: келоидным рубцом

Б: атрофическим рубцом

В: нормотрофическим рубцом

Г: системной склеродермией

**Вопрос №5** Назначение медикаментозного лечения показано:

А: после хирургического лечения

Б: с целью улучшения микроциркуляции

В: в рамках профилактической антибиотикотерапии

Г: с целью иммуностимуляции

**Вопрос №6** В качестве основного вида лечения данной патологии пациенту следует рекомендовать:

А: хирургическое лечение

Б: инъекции ботулотоксина в рубец

В: букки терапию

Г: инъекции кортикостероидов и противорубцовые наружные средства

**Вопрос №7** Учитывая характер рубца рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме иссечения рубца и:

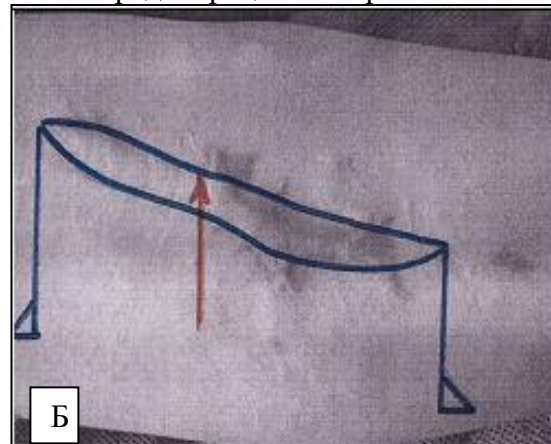
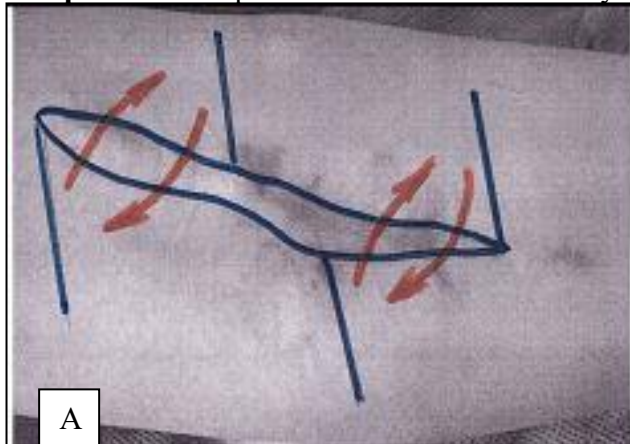
А: пластики встречными треугольными лоскутами по Лимбергу

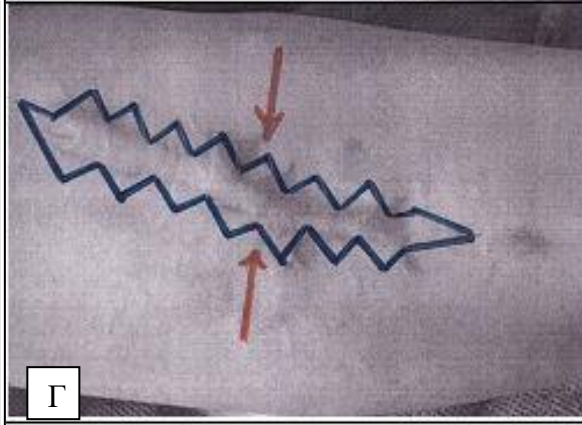
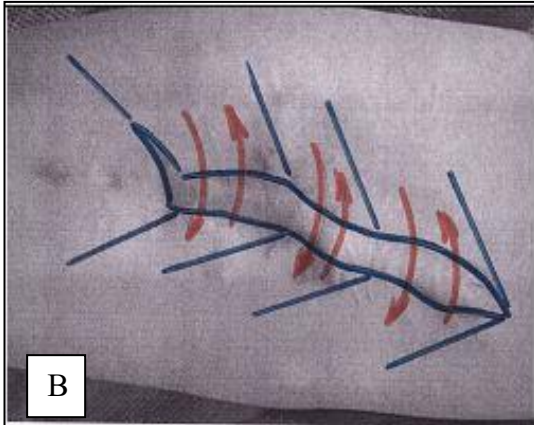
Б: широкой мобилизации краев раны с последующим ушиванием рубца

В: пластики выдвигающим лоскутом

Г: пластики ротационным лоскутом

**Вопрос №8** Выбранной тактике соответствует схема предоперационной разметки:





**Вопрос №9** Целью вмешательства является рубца:

А: удлинение рубца

Б: сужение

В: фрагментация

Г: камуфлирование

**Вопрос №10** Величина угла разрезов к продольной оси рубца для обеспечения оптимальных условий кровоснабжения перемещаемых лоскутов должна приближаться к \_\_\_\_\_ градусам:

А: 60

Б: 30

В: 25

Г: 20

**Вопрос №11** Осложнением деформирующего рубца у данного пациента является дерматогенная сгибательная контрактура \_\_\_\_\_ степени:

А: 2

Б: 1

В: 3

Г: 4

**Вопрос №12** В качестве средств противорубцовой терапии для самостоятельного применения после хирургической коррекции в домашних условиях следует рекомендовать:

А: силиконовые тейпы

Б: мази/гели, содержащие гиалуронидазу

В: мази/гели, содержащие ферменты-протеазы  
Г: мази/гели, содержащие гиалуроновую кислоту  
Д: ранозаживляющие и стимулирующие мази и гели (солкосерил, актовегин)

**2. Демонстрация практических навыков.**

- а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.
- б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.
- в) Приготовление раствора (восстановление) ботулотоксина типа А перед процедурой и проведение процедуры ботулинотерапии в области нижней зоны лица.

Ректор

И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
II этап: Оценка уровня практической подготовки  
Экзаменационный билет № 6**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
<b>УК-1,4 ОПК-1,2, 4-9</b>	<p>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 43 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на деформирующий, тянущий рубец в области передней брюшной стенки.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Три года назад по поводу пельвиоперитонита выполнена полостная операция с оперативным доступом нижняя срединная лапаротомия. Течение послеоперационного периода – в пределах нормы для данного типа вмешательств, заживление первичным натяжением; рекомендации по реабилитационному периоду тщательно выполняла. Со 2-3 месяца после операции отметила уплотнение и утолщение рубца, в связи с чем обратился к хирургу. Была назначена местная противорубцовая терапия в виде магнитотерапии и противорубцовых мазей. Пациентка применяла мазь Дерматикс в течении 6-и месяцев. Существенной динамики при этом пациентка не отметила.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Росла и развивался нормально;</li> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Прочие травмы и операции отрицает</li> <li>● Хронические заболевания, прочие оперативные вмешательства отрицает;</li> <li>● Аллергологический анамнез не отягощен;</li> <li>● В анамнезе беременность и роды (крупный плод)</li> <li>● Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает;</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).</p> <p>Выполнение диагностических и ле-</p>

Status praesens: в пределах возрастной нормы

**Вопрос №1** Необходимым для постановки диагноза обследованием является:

А: оценка биометрических параметров, топографии и направления рубца

Б: ультразвуковое исследование органов брюшной полости

В: ультразвуковое исследование щитовидной железы

Г: ультразвуковое сканирование кожи

### 3. Результаты обследования

#### 3.1. Оценка биометрических параметров, топографии и направления рубца

\*\*



Живот относительно симметричен, передняя брюшная стенка растянута умеренно, определяется расхождение прямых мышц живота не более 2,0-2,5 см. Имеются умеренно выраженные отложения локализованного жира в надлобковой, околопупочной зонах и боковых отделах живота. Вертикальный рубец после нижней срединной лапаротомии, деформирующий пупочное кольцо общей протяженностью 28 см. Рубец темно розового оттенка, выступает над поверхностью кожи, плотный и безболезненный при пальпации. Имеются также короткие горизонтальные рубцы 1,5-3,5 см в надлобковой и паховых областях от установки дренажных трубок.

#### 3.2. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

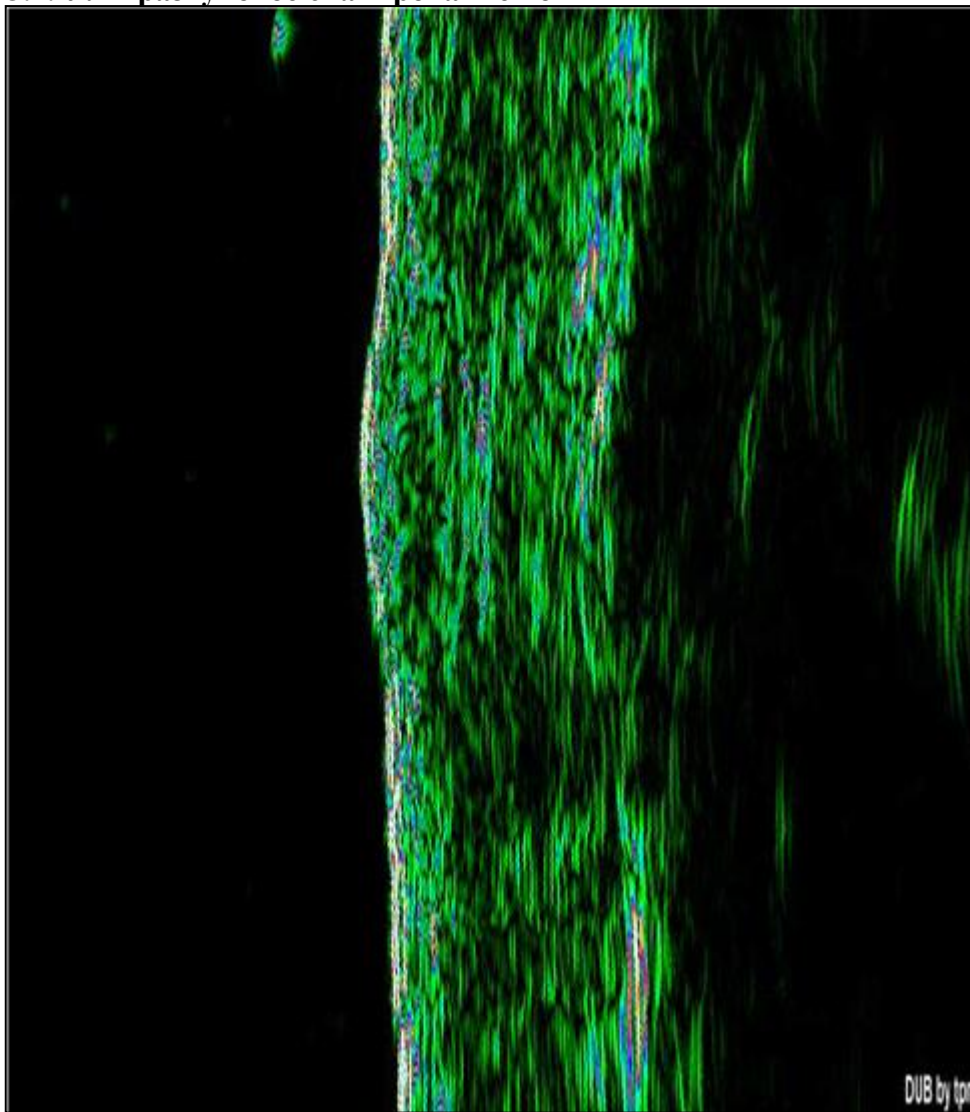
Органы брюшной полости без патологии

#### 3.3. Ультразвуковое исследование щитовидной железы

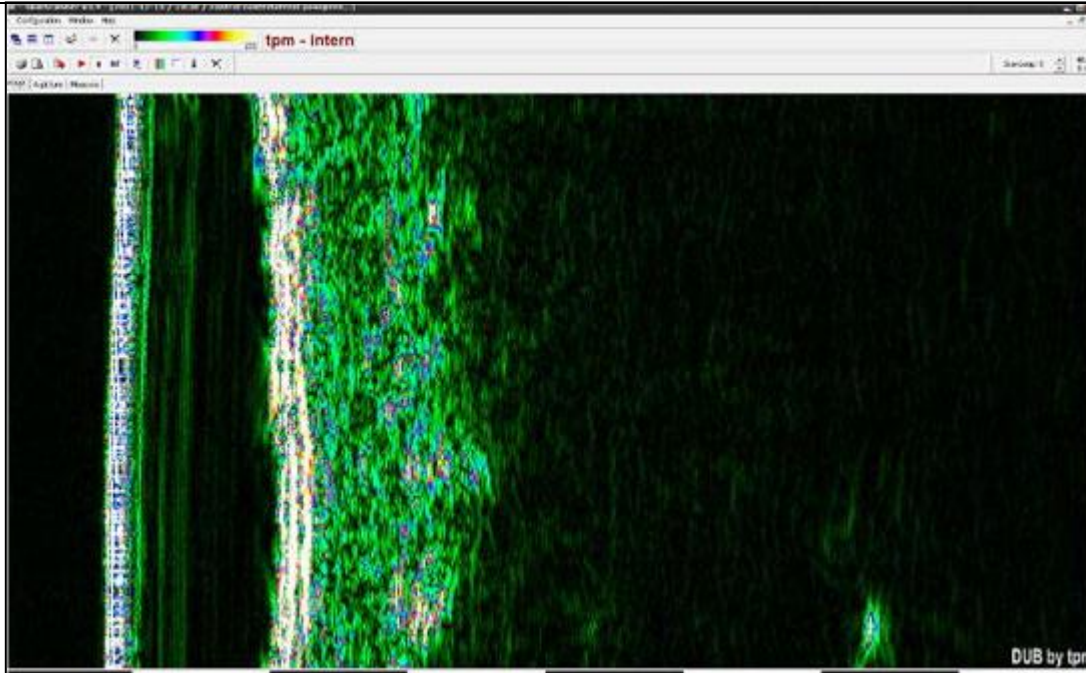
чебных манипуляций (если применяется).

Без патологии

### 3.4. Ультразвуковое сканирование кожи



Сканограмма рубца. Четкие границы гиперэхогенного образования (рубцовой ткани)



Сканограмма окружающей рубец кожи

**Вопрос №2** Наиболее вероятной причиной образования гипертрофического рубца у пациентки является:

- А: неблагоприятное направление рубца
- Б: заживление вторичным натяжением
- В: склонность к гипертрофическому рубцеванию у пациентки
- Г: неадекватная противорубцовая терапия в послеоперационном периоде

**Вопрос №3** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз \_\_\_\_\_ рубец:

- А: гипертрофический
- Б: келоидный
- В: атрофический
- Г: нормотрофический

**6. Диагноз**

Диагноз:

**6.1. Гипертрофический рубец**



**6.2. Келоидный рубец**

**6.3. Атрофический рубец**

**6.4. Нормотрофический рубец**

**Вопрос №4** Данную патологию необходимо дифференцировать с:

А: келоидным рубцом

Б: атрофическим рубцом

В: нормотрофическим рубцом

Г: системной склеродермией

**Вопрос №5** В качестве основного вида лечения данной патологии пациенту следует рекомендовать:

А: хирургическое лечение

Б: инъекции ботулотоксина в рубец

В: буккитерапию

Г: инъекции кортикостероидов и противорубцовые наружные средства

**Вопрос №6** Учитывая характер рубца первым вариантом коррекции рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме иссечения рубца и:

А: пластики встречными треугольными лоскутами по Лимбергу

Б: Широкой мобилизации краев раны

В: Пластики выдвигаемым лоскутом

Г: Пластики ротационным лоскутом

**Вопрос №7** Назначение медикаментозного лечения показано

:

А: после хирургического лечения в программе противорубцовой терапии

Б: как альтернатива хирургического лечения в программе противорубцовой терапии

В: в рамках профилактической антибиотикотерапии

Г: до хирургического лечения с целью иммуностимуляции и с целью улучшения микроциркуляции

**Вопрос №8** Целью вмешательства по типу перемещения встречных треугольных лоскутов является \_\_\_\_\_ рубца:

А: удлинение

Б: сужение

В: фрагментация

Г: укорочение

**Вопрос №9** Учитывая характер рубца вторым вариантом коррекции является хирургиче-

ское вмешательство:

А: абдоминопластика с транспозицией пупочного кольца

Б: иссечение рубца и пластика свободным расщепленным кожным трансплантатом

В: иссечение рубца и пластика свободным полнослойным кожным трансплантатом

Г: лазерная абляция рубца

**Вопрос №10** Целью вмешательства по типу абдоминопластики является \_\_\_\_\_ рубца:

А: изменение направления

Б: размягчение патологических структур

В: укорочение длины

Г: удлинение

**Вопрос №11** Величина угла разрезов к продольной оси рубца при пластике встречными треугольными лоскутами для обеспечения оптимальных условий кровоснабжения перемещаемых лоскутов должна приближаться к \_\_\_\_\_ градусам:

А: 60

Б: 30

В: 25

Г: 20

**Вопрос №12** В качестве средств противорубцовой терапии для самостоятельного применения после хирургической коррекции в домашних условиях следует рекомендовать:

А: силиконовые тейпы

Б: мази/гели, содержащие гиалуроновую кислоту

В: ранозаживляющие и стимулирующие мази и гели (солкосерил, актовегин)

Г: раствор бетадина/фукорцина

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Удлинение кожного рубца методом встречных треугольных лоскутов.

Ректор

И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
II этап: Оценка уровня практической подготовки  
Экзаменационный билет № 7**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 28 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на наличие заметного выступающего образования правой ушной раковины.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Восемь лет назад пациенткой выполнен множественный пирсинг по краю завитков ушных раковин. Пирсинг мочек ушей выполнен в детстве, проблемных ситуаций, связанных с ношением украшений в мочках ушей не наблюдалось. Через год после множественного пирсинга появились уплотнения в виде маленьких шариков в области отверстий, которые постепенно увеличивались и приобретали значительно выступающие контуры и темную окраску, сопровождалась болезненностью. Через три года предпринята попытка иссечения образований с обеих сторон. В области левой ушной раковины сформировался нормальный тонкий рубец, в области правой ушной раковины после заживления сформировался рубец, аналогичный прежнему. Через полтора года после иссечения рубца была выполнена попытка СВЧ-криодеструкции так же без положительного результата.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Росла и развивалась нормально;</li> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Хронические заболевания, прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает;</li> <li>● Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые, красную рыбу и несколько видов орехов, а также на шерсть домашних животных и пыльцу березы.</li> <li>● Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает;</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).</p> <p>Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).</p>

● Status praesens: в пределах возрастной нормы

● Status localis:

В области завитка правой ушной раковины определяется плотный рубец темного цвета

**Вопрос №1** Необходимым обследованием для постановки диагноза является:

А: оценка биометрических параметров и топографии рубца

Б: определение скафо-конхального угла ушной раковины

В: определение ушно-головного угла ушной раковины

Г: расстояние от края завитка до поверхности сосцевидного отростка

### **3. Результаты обследования**

#### **3.1. Оценка биометрических параметров и топографии рубца**

Ушные раковины асимметричны за счет наличия объемного образования на коже в области завитка справа.

Образование плотное, с гладкой глянцевой поверхностью, темно-розового цвета, спаяно с подлежащими тканями, поверхность не повреждена

Размер 2,3 x 1,2 см., каплевидной формы

Определяются мелкие сосудистые включения в толще образования.

Пальпация умеренно болезненна.

Кожа задней поверхности правой ушной раковины рубцово изменена, рубцы нормотрофические, определяется дефицит кожи задней поверхности правой ушной раковины.

Рубец в области завитка левой ушной раковины нормотрофический, линейный, зрелый, длина 1 см.

Положение, размеры и форма ушных раковин без особенностей, соответствуют возрастной норме

ется).



**3.2. Определение скафо-конхального угла ушной раковины**

Справа - 85, слева - 90

**3.3. Определение ушно-головного угла ушной раковины**

Справа -30, слева – 30

**3.4. Расстояние от края завитка до поверхности сосцевидного отростка**

Справа -1,7 см, слева – 1.8 см

**Вопрос №2** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Келоидный рубец

Б: Гипертрофический рубец

В: Атрофический рубец

Г: Нормотрофический рубец

## **5. Диагноз**

Диагноз:

**5.1. Келоидный рубец**

**5.2. Гипертрофический рубец**

**5.3. Атрофический рубец**

**5.4. Нормотрофический рубец**

**Вопрос №3** Данную патологию необходимо дифференцировать с:

А: гипертрофическим рубцом

Б: дискоидной волчанкой

В: нормотрофическим рубцом

Г: псориатической бляшкой

**Вопрос №4** Особенностью келоидного рубца является склонность к:

А: рецидивированию

Б: абсцедированию

В: депигментации

Г: некротизированию

**Вопрос №5** Лечение данного вида рубца следует планировать как:

А: комплексное

Б: исключительно хирургическое

В: монотерапию инъекциями кортикостероидов

Г: компрессионную терапию и терапию силиконсодержащими средствами

**Вопрос №6** Учитывая характер рубца рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме иссечения рубца и:

А: пластики свободным кожным лоскутом

Б: широкой мобилизации краев раны

В: пластики выдвижным лоскутом

Г: пластики ротационным лоскутом

**Вопрос №7** Для снижения риска рецидива после хирургического лечения целесообразно провести:

А: лучевую Букки терапию

Б: RF-терапию

В: магнитотерапию

Г: лимфодренажную терапию

**Вопрос №8** При возникновении признаков рецидивирования келоидного рубца у данной пациентки облучение рубца следует проводить в ритме один раз в \_\_\_\_\_ месяца:

- А: 1.5
- Б: 3
- В: 4
- Г: 6

**Вопрос №9** При проведении Букки-терапии в послеоперационном периоде пациентку следует предупредить о возникновении местной реакции в виде:

- А: гиперемии и пигментации
- Б: онемения
- В: мелких изъязвлений и эрозий
- Г: гипертрихоза

**Вопрос №10** После проведения сеанса Букки-терапии для домашнего применения пациентке следует рекомендовать:

- А: мази на жировой основе
- Б: спиртовые повязки
- В: гепаринсодержащие гели
- Г: антибактериальные мази

**Вопрос №11** В качестве местной противорубцовой инъекционной терапии после хирургической коррекции пациентке следует рекомендовать препараты:

- А: кортикостероидов
- Б: низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- В: высокомолекулярной гиалуроновой кислоты
- Г: актовегина

**Вопрос №12** В качестве средств противорубцовой терапии для самостоятельного применения после хирургической коррекции в домашних условиях следует рекомендовать:

- А: силиконовые тейпы
- Б: мази/гели, содержащие гиалуронидазу
- В: мази/гели, содержащие ферменты-протеазы
- Г: механическую компрессию
- Д: мази/гели, содержащие гиалуроновую кислоту
- Е: ранозаживляющие и стимулирующие мази и гели (солкосерил, актовегин)

**2. Демонстрация практических навыков.**

- а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.
- б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.
- в) Закрытие поверхностного кожного дефекта

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

II этап: Оценка уровня практической подготовки

**Экзаменационный билет № 8**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 20 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на форму ушных раковин, сложности в подборе прически, невозможность сделать короткую стрижку.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Индивидуальные особенности строения ушных раковин. В детстве часто испытывала пристальное внимание к своей внешности и насмешки со стороны сверстников; с целью скрыть эстетический недостаток приклеивала край ушных раковин к коже заушной области лейкопластырем. Ранее к пластическому хирургу не обращалась.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Хронические заболевания – отрицает;</li> <li>● Оперативные вмешательства и травмы: отрицает</li> <li>● аллергологический анамнез: без особенностей</li> <li>● вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает;</li> <li>● профессиональных вредностей не имеет (учащаяся ВУЗа).</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b> <i>Status praesens:</i> По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 115/65 мм рт.ст, ЧСС – 70 в 1 мин. Психологически стабильна.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым обследованием для постановки диагноза является:</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).</p> <p>Выполнение диагностических и ле-</p>

А: пальпация ушных раковин  
Б: отоскопия  
В: аудиограмма  
Г: рентгенография по Шулеру и Майеру

**3. Результаты обследования**

**3.1. Пальпация ушных раковин**

\*\*



● \*

чебных манипуляций (если применяется).



При осмотре: Положение и размер ушных раковин относительно симметричен. Верхушки ушных раковин соответствуют уровню бровей. Уровень прикрепления переднего конца завитка в височной области соответствует уровню наружного угла глазной щели с двух сторон. Продольный размер справа – 6,1 см, слева – 6,2 см. Определяется недоразвитие противозавитка ушных раковин с двух сторон. Чаши ушных раковин углублены. Прочие части ушных раковин развиты нормально (мочка, козелок). Ушно-головной угол справа и слева –  $92^\circ$ , скафо-конхальный – более  $165^\circ$ . Расстояние между сосцевидным отростком и краем завитка в средней трети раковины справа – 3,6 см, слева – 3,7 см. При пальпации хрящ ушных раковин плотный, с выраженным сопротивлением изгибу.

### **3.2. Отоскопия**

AD: Наружный слуховой проход свободен. Воспалительных изменений и инородных тел в пределах наружного слухового прохода нет. Барабанная перепонка светло-серого цвета, без признаков втяжения. Нарушения целостности барабанной перепонки не выявлено. Световой конус хорошо обозрим на 5 часов, рукоятка и короткий отросток молоточка визуализируются хорошо.

AS: Наружный слуховой проход свободен. Воспалительных изменений и инородных тел в пределах наружного слухового прохода нет. Барабанная перепонка светло-серого

цвета, без признаков втяжения. Нарушения целостности барабанной перепонки не выявлено. Световой конус хорошо обозрим на 7 часов, рукоятка и короткий отросток молоточка визуализируется хорошо.

### **3.3. Аудиограмма**

AD – Норма; AS – норма

Кондуктивной и нейросенсорной тугоухости не выявлено

### **3.4. Рентгенография по Шулеру и Майеру**

Патологии не выявлено.

**Вопрос №2** Необходимыми ракурсами для предоперационного фотографирования являются:

А: анфас, профиль, сзади

Б: полупрофиль спереди, полупрофиль сзади, вид сверху

В: полупрофиль сзади, нижняя аксиальная, средняя аксиальная

Г: полупрофиль сзади, нижняя аксиальная, верхняя аксиальная

**Вопрос №3** Выстояние ушных раковин у данной пациентки вызвано:

А: недоразвитием противозавитка и его ножек

Б: избыточной глубиной чаши

В: деформацией завитка

Г: наличием дополнительной ножки противозавитка

Д: гипертрофией противозавитка

Е: изменением собственных поперечных и косой мышц уха

**Вопрос №4** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Выступающие ушные раковины III степени

Б: Выступающие ушные раковины II степени

В: Сложенная ушная раковина

Г: Криптотия

### **7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Выступающие ушные раковины III степени**

**7.2. Выступающие ушные раковины II степени**

**7.3. Сложенная ушная раковина**

**7.4. Криптотия**

**Вопрос №5** В качестве основного вида лечения данной деформации пациентке следу-

ет рекомендовать хирургическую коррекцию по:

А: Конверсу

Б: Матарду

В: Фурнэ

Г: Нагата

**Вопрос №6** Одним из этапов выбранной методики является:

А: рассечение и формировании противозавитка швами

Б: фиксации завитка к височной фасции

В: фиксации чаши к надкостнице сосцевидного отростка

Г: формирование и фиксация хрящевого лоскута чаши к надкостнице сосцевидного отростка

**Вопрос №7** Данная методика предусматривает разрез кожи на:

А: задней поверхности ушной раковины

Б: передней поверхности ушной раковины

В: коже заушной области

Г: у основания мочки уха

**Вопрос №8** Для обеспечения ровных и плавных контуров и естественных изгибов ушной раковины у данной пациентки с учетом характеристик хряща, в программу вмешательства следует включить метод:

А: ослабления хряща путем нанесения насечек

Б: дополнительных швов на задней поверхности хряща

В: дополнительных клиновидных иссечений у основания ножек противозавитка

Г: фиксации хряща к надкостнице в заушной области

**Вопрос №9** Ношение эластичной повязки пациентке следует порекомендовать:

А: во время ночного сна

Б: в круглосуточном режиме

В: в дневное время

Г: только при физической нагрузке

**Вопрос №10** Ношение эластичной повязки пациентке следует порекомендовать в течение \_\_\_\_\_ недель:

А: 2

Б: 3

В: 5

Г: 6

**Вопрос №11** Контрольный осмотр после эстетической отопластики целесообразно запланировать через \_\_\_\_\_ месяца (ев) после операции:

А: 1,5-2

Б: 3

В: 4-5

Г: 6

**Вопрос №12** Пациентку следует предупредить о возможном риске возникновения в отдаленном послеоперационном периоде:

А: келоидных рубцов

Б: мацерации эпителия

В: перихондрита

Г: воспалительных осложнений

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Наложение вторичных швов

Ректор \_\_\_\_\_

И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
II этап: Оценка уровня практической подготовки  
Экзаменационный билет № 9**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4 ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 75 лет, обратилась в отделение эстетической и реконструктивной хирургии.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Пациентка предъявляет жалобы на наличие опухолевидного образования на коже крыла носа слева выступающее в полость носа.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Больной себя считает в течении нескольких лет, когда на кончике носа слева, пациентка обнаружила безболезненный узелок величиной чуть больше спичечной головки. Узелок слегка возвышается над поверхностью кожи, имел плотную консистенцию. За медицинской помощью не обращалась. В последующем, узелок увеличивался в размерах, безболезненный. Обратился за помощью к дерматокосметологу, была направлена на обследование в онкодиспансер. Было проведено цитологическое обследование, цитограмма N 8040-1 Базалиома.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Наследственность в поколениях: Базальноклеточный рак кожи носа.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b> Общий осмотр Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Осанка правильная, походка не изменена. Конституциональный тип телосложения – нормостенический. Голова – мезоцефалической формы, нормальной величины. Выражение лица – спокойное. Кожные покровы телесного цвета, чистые, умеренной влажности, эластичные, тургор сохранен. Дериваты кожи без изменений. Глазные яблоки, прида-</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).</p> <p>Выполнение диагностических и ле-</p>

точный аппарат без особенностей. Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Толщина подкожного жирового слоя на уровне пупка около 2 см. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не определяются. Видимых отёков нет. Мышцы развиты достаточно, безболезненны. Костная система без видимых деформаций. Суставы обычной конфигурации, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Мягкие ткани в области суставов не изменены. Антропометрическое исследование. Рост 176 см масса 79 кг. Температура 36,7 ОС.

Status localis: На коже крыла носа имеется образование 3 см в диаметре выступающее в полость носа, на передней поверхности рубец.

Регионарные л/узлы не определяются.

**Вопрос №1** Необходимым для постановки диагноза является:

А: осмотр

Б: пальпация

В: сбор жалоб, предъявляемых пациенткой

Г: клинический анализ крови

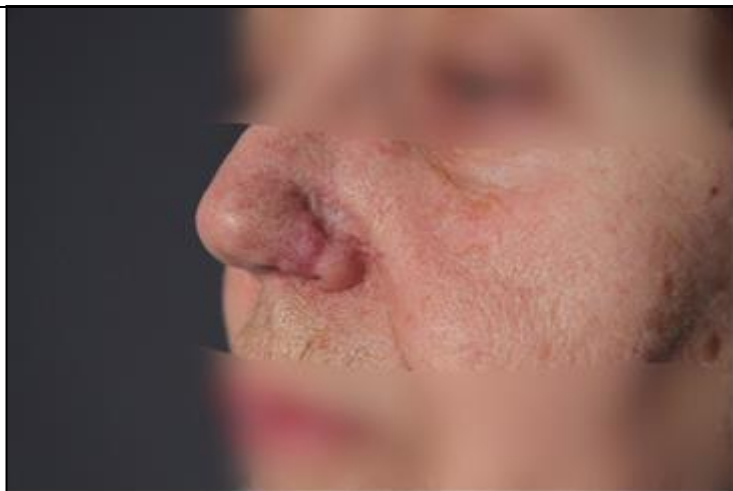
**3. Результаты обследования**

**3.1. Осмотр**



чебных манипуляций (если применяется).





На коже крыла носа имеется образование 3 см в диаметре выступающее в полость носа, на передней поверхности рубец.

Регионарные л/узлы не определяются.

### **3.2. Пальпация**

На коже крыла носа имеется образование 3 см в диаметре выступающее в полость носа, на передней поверхности рубец. При пальпации плотное, малоподвижное.

Регионарные л/узлы не определяются.

### **3.3. Сбор жалоб, предъявляемых пациенткой**

Наличие опухолевидного образования на коже крыла носа слева выступающее в полость носа.

### **3.4. Клинический анализ крови**

Эритроциты (\*1012/л) 4,2 (4-5,1)

Гемоглобин (г/л) 128 (130-160)

Цветной показатель 0,93 (0,86-1,05)

Лейкоциты (\*109/л) 4,1 (4,0-8,8)

СОЭ (мм/ч) 4 (1-10)

Лейкоцитарная формула (в %)

Эозинофилы 3 (0-5)

Базофилы — 0-1

Палочкоядерные 1 (1-6)

Сегментоядерные 70 (45-70)

Лимфоциты 18 (18-40)

Моноциты 8 (2-9)

**Вопрос №2** Для постановки диагноза необходимо выполнить:

А: цитологическое исследование

Б: флюоресцентную дерматоскопию

В: УЗ-диагностику мягких тканей

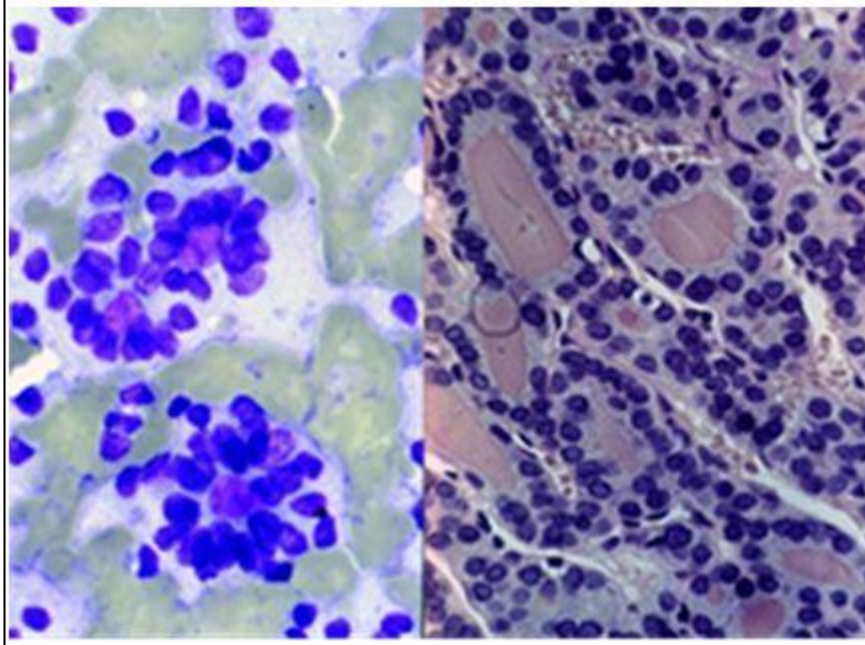
Г: риноманометрия

Д: КТ органов грудной клетки

Е: КТ придаточных пазух носа

## **5. Результаты обследования**

### **5.1. Цитологическое исследование**



Злокачественное эпителиальное образование с солидными и пилоидными структурами, состоящими из базалоидных клеток. Инвазия опухоли в ретикулярный слой дермы.

### **5.2. Флюоресцентная дерматоскопия**

При флуоресцентной дерматоскопии видны патологические «древовидные» сосуды на фоне бесструктурных зон белесоватого и розового цвета, по периферии определяется отдельный участок светло-коричневого цвета по типу «клинового листа».

### **5.3. УЗ-диагностика мягких тканей**

Гипоэхогенное образование, располагается подкожно, с четкими контурами, смешанной васкуляризации.

### **5.4. Риноманометрия**

Сужение наружного носового клапана слева

### **5.5. КТ органов грудной клетки**

Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Единичные плевропульмональные, плевроапикальные спайки.

Трахея и крупные бронхи не изменены.

Плеврального выпота не выявлено.

Средостение не расширено, в полости перикарда выпота нет.

Аорта не расширена. Легочная артерия и ее ветви не расширены.

Внутригрудные и подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Мягкие ткани грудной стенки не изменены.

Костные структуры без патологических изменений.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** КТ данных за патологические изменения органов грудной клетки не получено.

### **5.6. КТ придаточных пазух носа**

Область придаточных пазух и орбит без патологии. Объемных образований не выявлено

**Вопрос №3** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Базалиома кожи крыла носа слева T2N0M0 2 ст

Б: Туберкулезная волчанка

В: Базалиома кожи крыла носа слева T1N0M0 2 ст

Г: Плоскоклеточный рак

### **7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Базалиома кожи крыла носа слева T2N0M0 2 ст**

**7.2. Туберкулезная волчанка**

**7.3. Базалиома кожи крыла носа слева T1N0M0 2 ст**

#### **7.4. Плоскоклеточный рак**

**Вопрос №4** Признаками базалиомы, не характерными для злокачественной опухоли являются:

- А: четкие границы опухоли, отсутствие метастазов
- Б: четкие границы и прорастание в окружающие ткани и регионарные лимфоузлы
- В: развитие кахексии и астенизации
- Г: микроскопически — «атипичные» клетки, четкие границы

**Вопрос №5** Пациентке показано лечение в виде:

- А: хирургического иссечения
- Б: радиотерапия на область базалиомы
- В: лазерная абляция образования
- Г: химиотерапия

**Вопрос №6** Для замещения дефекта крыла носа после удаления данного новообразования следует использовать:

- А: лоскут на ножке с губо-щечной складки
- Б: артеризированный лоскут височной области
- В: лоскут по Сулову
- Г: мостовидный лоскутом

**Вопрос №7** При выкраивании лоскута на ножке соотношение его ширины к длине должно быть 1 к:

- А: 3
- Б: 4
- В: 5
- Г: 6

**Вопрос №8** При использовании данного метода самым вероятным местным осложнением является:

- А: некроз лоскута
- Б: миозит
- В: кровотечение из лицевой артерии
- Г: неврит

**Вопрос №9** В состав данного лоскута следует включить:

- А: кожу и подкожную клетчатку
- Б: расщепленную кожу и мышцу
- В: деэпидермизированную кожу и подкожную клетчатку

Г: фасцию

**Вопрос №10** Дополнительным вариантом для замещения дефекта крыла носа после удаления данного новообразования возможно использовать лоскут (ы):

А: транспозиционный двудольковый

Б: встречные треугольные

В: интерполированный

Г: мостовидный с ипсилатеральной щеки

**Вопрос №11** Максимально допустимый угол поворота лоскута на ножке считается угол до \_\_\_\_\_ градусов:

А: 90°

Б: 200°

В: 120°

Г: 180°

**Вопрос №12** Восстановление чувствительности пересаженного лоскута можно ожидать в срок от \_\_\_\_\_ недель:

А: 6

Б: 3

В: 4

Г: 5

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Восстановление поврежденных мягких тканей.

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
II этап: Оценка уровня практической подготовки  
Экзаменационный билет № 10**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4 ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациент Б. 79 лет. Диагноз: «Тотальный дефект носа, состояние после ряда реконструктивных операций».</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На наличие дефекта носа, сухость слизистой носоглотки.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Из анамнеза: диагноз базалиома носа был установлен в 1992 году, после чего неоднократно проводились лучевая терапия (СОД не известен) и хирургическое лечение по поводу неоднократного рецидивирования процесса. Помимо резекции проводились попытки реконструкции носа при помощи кожно-мышечного лоскута из области правой носогубной складки, а также лоскутом со лба по Конверсу, без эффекта. Последние 10 лет пациент находится под наблюдением онколога по месту жительства, данных за рецидив нет.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Наличие хронических заболеваний, аллергий отрицает.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b> При внешнем осмотре конфигурация лица изменена из-за деформации средней зоны лица. Визуализируется тотальный дефект носа, множественные рубцовые деформации в области лба и щек после проведения реконструктивных операций, дефектов в области мягкого и твердого неба нет</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (ес-</p>



ли применяется).  
Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).







**Вопрос №1** Для постановки диагноза необходимо выполнить:

А: КТ

Б: УЗИГ

В: ортопантограмму

Г: МРТ

Д: ангиография

**3. Результаты обследования**

**3.1. КТ**

На КТ лицевого скелета определяется тотальный дефект костей носа

### **3.2. УЗДГ**

На УЗДГ брахиоцефальных артерий определяется лицевая артерия и вена с удовлетворительными характеристиками сосудистого наполнения.

### **3.3. Ортопантограмма**

Определяется дефект носа без объёмных характеристик дефекта

### **3.4. МРТ**

Определяется только мягкотканые потери после проведенного онкологического вмешательства

### **3.5. Ангиография**

Сосуды шеи проходимы, без аномалии хода

**Вопрос №2** Перед началом оперативного лечения необходимо выполнить:

А: посев из ротоглотки

Б: иммуногистохимическое исследование удаленной опухоли

В: определение уровня онкомаркер РЭА в крови

Г: определение уровня антитела к ВПЧ

Д: определение уровня онкомаркера SCC

**Вопрос №3** На основании данных анамнеза и обследования пациенту можно поставить диагноз:

А: Тотальный дефект носа

Б: Дефект твёрдого неба

В: Дефект скуловой области

Г: Назо-оральное сообщение

### **6. Диагноз**

Диагноз:

**6.1. Тотальный дефект носа**

**6.2. Дефект твёрдого неба**

**6.3. Дефект скуловой области**

**6.4. Назо-оральное сообщение**

**Вопрос №4** В данной клинической ситуации для реконструктивной операции наиболее рационально использовать:

А: реваскуляризируемый лучевой кожно-фасциальный аутотрансплантат

Б: ротационный лоскут с носогубной складки

В: лоскут со лба

Г: ревааскуляризируемый костный трансплантат крыла подвздошной кости

**Вопрос №5** Наиболее оптимальным ревааскуляризируемым костным трансплантатом для восстановления наружного носа является:

А: кожно-фасциальный лучевой аутооттрансплантат

Б: ревааскуляризируемый пахово-подвздошный лоскут

В: торако-дорзальный лоскут

Г: лопаточный аутооттрансплантат

**Вопрос №6** Для объективной оценки состояния реципиентных сосудов необходимо выполнить:

А: КТ-ангиографию

Б: КТ

В: УЗДГ

Г: МРТ

**Вопрос №7** Важнейшим параметром при формировании лучевого аутооттрансплантата является:

А: длина сосудистой ножки

Б: уровень отхождения лучевой артерии

В: проекция лучевого нерва

Г: уровень пульсации сосудов предплечья

**Вопрос №8** Определяющим параметром при УЗДГ сосудов предплечья является:

А: адекватная ангиоархитектоника лучевой и локтевой артерий

Б: определение пульсовой волны лучевой артерии

В: определение эластичности стенки

Г: определение состоятельности мышц предплечья

Д: ангиоархитектоника сосудистой ладонной дуги

**Вопрос №9** Оптимальными сосудами реципиентной зоны являются:

А: лицевые

Б: язычная артерия

В: верхняя щитовидная артерия

Г: общая сонная артерия

**Вопрос №10** При формировании лучевого аутооттрансплантата необходимым является сохранение межфасциальной перегородки между:

А: лучевым сгибателем кисти и плечелучевой мышцей

Б: локтевым сгибателем кисти и поверхностным сгибателем пальцев

В: круглым пронатором и лучевым сгибателем кисти

Г: длинной ладонной мышцей и поверхностным сгибателем пальцев

**Вопрос №11** Оптимальным является \_\_\_\_\_ расположение кожно-фасциальной площадки лоскута для формирования наружного носа по отношению к сосудистой ножке:

А: косое

Б: продольное

В: поперечное

Г: боковое (ножка по краю трансплантата)

**Вопрос №12** Для успешного формирования колумеллы и крыльев носа необходимо:

А: создание дубликатуры трансплантата с формированием на его нижней поверхности всех отделов носа

Б: помещение аутохрящей в формируемый лоскут

В: закрытие внутренней поверхности лоскута свободным кожным трансплантатом

Г: комбинация кожно-фасциальной лучевого аутооттрансплантата с другими методами местной пластики

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Отсроченная хирургическая обработка раны и (или) инфицированной ткани.

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
 «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
 Государственная итоговая аттестация по специальности  
 31.08.60 Пластическая хирургия  
 ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
 II этап: Оценка уровня практической подготовки  
 Экзаменационный билет № 11

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
<b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b>          У больной с комбинированным дефектом лица после комплексного лечения плоскоклеточного ороговевающего рака верхнечелюстной пазухи и устранения дефекта ревазулизованным малоберцовым аутотрансплантатом имеется остаточная деформация средней зоны лица.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b>          На дефект крыла носа слева, деформация средней зоны лица слева.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b>          Из анамнеза известно, что в 2006 г. впервые был диагностирован рак верхней челюсти слева, T4N0M0, 4 стадия. Проведено 6 курсов полихимиотерапии по схеме PF со значительной регрессией опухоли. В период с февраля по апрель 2007 г. проведено лучевое лечение в СОД=70Гр в два этапа. В мае 2007 г. в Свердловском Областном Онкологическом Диспансере была проведена операция: электрохирургическая резекция верхней челюсти слева с формированием обширного дефекта альвеолярного отростка и твёрдого нёба. Гистологически верифицирован плоскоклеточный ороговевающий рак. Наблюдается у онколога по месту жительства, данных за рецидив не выявлено.</p> <p>6 месяцев назад проведена аутотрансплантация кожнофасциально-костного малоберцового аутотрансплантата. Лоскут прижился полностью.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b>          Наличие хронических заболеваний, аллергий отрицает.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации).          Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.          Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.          Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).          Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).          Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p>



Конфигурация лица изменена за счет смещения перегородки носа вправо, частичного отсутствия левого крыла носа, нарушение линии купидона и контуров скуло-щечной области.

**Вопрос №1** Перед началом оперативного лечения необходимо выполнить:

Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).  
Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

- А: посев из ротоглотки  
Б: дерматоскопию  
В: коагулограмму  
Г: анализ крови на уровень онкомаркера РЭА

**3. Результаты обследования**

**3.1. Посев из ротоглотки**

Анаэробной и грибковой микрофлоры не выявлено

**3.2. Дерматоскопия**

Патологий строения кожи не выявлено

**3.3. Коагулограмма**

Данные коагулограммы в пределах нормы

**3.4. Анализ крови на уровень онкомаркера РЭА**

РЭА 2,8 мкг/л (норма 2,5 – 5 мкг/л)

**Вопрос №2** Для постановки диагноза и планирования оперативного лечения необходимо выполнить:

- А: УЗИ сосудов шеи  
Б: УЗИ мягких тканей лица  
В: КТ лицевого скелета  
Г: МРТ головы и шеи  
Д: ангиографию  
Е: КТ головного мозга

**Вопрос №3** С учетом данных анамнеза и обследования пациентке можно поставить диагноз:

- А: Дефект крыла носа, остаточная деформация пластически восстановленной средней зоны лица  
Б: Субтотальный дефект носа, остаточная деформация пластически восстановленной средней зоны лица  
В: Субтотальная остаточная деформация пластически восстановленной средней зоны лица слева. Состояние после лечения рака верхней челюсти  
Г: Дефект носа и красной каймы верхней губы, остаточная деформация пластически восстановленной нижней зоны лица

**6. Диагноз**

Диагноз:

**6.1. Дефект крыла носа, остаточная деформация пластически восстановленной средней зоны лица**

**6.2. Субтотальный дефект носа, остаточная деформация пластически восстановленной средней зоны лица**

**6.3. Субтотальная остаточная деформация пластически восстановленной средней зоны лица слева. Состояние после лечения рака верхней челюсти**

**6.4. Дефект носа и красной каймы верхней губы, остаточная деформация пластически восстановленной нижней зоны лица**

**Вопрос №4** Наиболее оптимальным методом устранения дефекта крыла носа в данной клинической ситуации является:

А: языкообразный лоскут от аутотрансплантата на внутреннюю выстилку и скользящий лоскут с остатков крыла на внешнюю выстилку

Б: кожно-жировой лоскут с носогубной складки на внутреннюю и внешнюю выстилки

В: кожно-фасциальный лоскут со лба на внутреннюю выстилку в комплексе с ротационным лоскутом на внешнюю выстилку

Г: свободный лоскут кожно-хрящевой по методики Сулова в комплексе с лоскутом с носогубной складки

**Вопрос №5** Оптимальной методикой воссоздания линии Купидона в данной клинической ситуации является:

А: иссечение рубца и кожи верхней губы

Б: операция Булхорн

В: языкообразный лоскут с нижней губы

Г: лоскут по Аббе

**Вопрос №6** К методу ранней профилактики рубцовых деформаций в области красной каймы губ относят:

А: букки-терапию

Б: силиконовый пластырь начиная с первого дня после операции

В: внутрикожное введение дипроспана начиная с 5 дня после операции

Г: магнитотерапию

**Вопрос №7** Для коррекции контурной деформации средней зоны лица пациентке планируется проведение липофилинга. Оптимальным методом липофилинга в данной зоне является:

А: нанолипофилинг в комбинации с микролипофилингом

Б: подкожное введение дезэпидермизированного жирового трансплантата

В: нанолипофилинг

Г: микролипофилинг с обогащённой васкулярно-стромально-клеточной фракцией

**Вопрос №8** Вводить жир в скуловую область при липофилинге следует



\_\_\_\_\_ слой:

А: веерообразно в подмышечный, надмышечный и подкожный

Б: линейно, веерообразно и болюсно в поднадкостничный

В: веерообразно в подмышечный

Г: линейно в подкожный

**Вопрос №9** При данной деформации щечно-скуловой области в среднем вводят \_\_\_\_\_

мл жира:

А: 30-50

Б: 10-20

В: 60-100

Г: 100-150

### 13. Изображение 1



**Вопрос №10** После липофилинга у пациентки сохраняется контурный дефект и неудовлетворительный эстетический результата (Изображение 1). Для контурной пластики после липофилинга рационально провести:

А: коррекцию дефекта индивидуально изготовленным силиконовым имплантатом

Б: коррекцию контурной деформации имплантатами из пористого биосовместимого полиэтилена

В: повторный липофилинг  
Г: реконструкцию средней зоны лица углеродным имплантатом

**Вопрос №11** Оптимальным доступом для имплантации силиконового имплантата в скуловую область является:

А: субциллиарный доступ  
Б: разрез по носогубной складке  
В: предушный разрез  
Г: инфраорбитальный разрез

**16. Изображение 2**



**Вопрос №12** Силиконовый имплантат подглазнично-скуловой области необходимо расположить (Изображение 2):

А: поднадкостнично в области подглазничного края и подкожно в остальных 2/3  
Б: подмышечно и поднадкостнично в скуловой области  
В: подкожно в щечной области и подмышечно в скуловой области  
Г: поднадкостнично в области верхнеглазничного края и подмышечно в скуловой области

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

- |  |  |  |
|--|--|--|
|  | б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.<br>в) Первичная хирургическая обработка раны и (или) инфицированной ткани |  |
|--|--|--|

Ректор _____ И.О. Прохоренко
------------------------------

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**II этап: Оценка уровня практической подготовки**

**Экзаменационный билет № 12**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Родители ребенка возраст 9 мес. обратились к врачу пластическому хирургу.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На необычную форму черепа.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Деформация черепа отмечается с рождения - врожденная</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, роды стремительные. Головное предлежание. родился с массой 3400 рос 53 см. Выписан домой на 5 сутки. Со слов мамы в течение всего периода нахождения в родильном доме и в первые недели жизни в области стреловидного шва отмечался костный гребень, врачами родильного дома состояние было расценено как послеродовая конфигурация головы с нахождением теменных костей друг на друга по линии стреловидного шва. С рождения форма черепа округлая с широким высоким лбом, с выраженными лобными буграми. Большой родничок с рождения определялся, был ромбовидной формы размером 1,5x1,5, не напряженный, не западающий, к 4 месяцу жизни перестал определяться. Со слов мамы последние 2 мес жизни ребенок стал беспокойным, плохо спит, участились срыгивания, усилился метеоризм. Мама ребенка связывает данные изменения с введением новых прикормов. Ребенок наблюдается педиатром по поводу рахита, Невролог поликлиники наблюдает ребенка по поводу синдрома мышечной дистонии и гипертензионного синдрома.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b> Ребенок правильного телосложения хорошего питания на осмотр реагирует спокойно, основные</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больно-</p>

	<p>навыки соответствуют возрасту , большой родничок 5х5 мм не западает имеется небольшое костной выбухание в проекции родничка, сам родничок не напряжен, имеется деформация черепа за счет увеличения поперечного размера и уменьшения переднезаднего размера с уплощением лобной и затылочной области, поперечный размер черепа в задних примерно равен поперечному размеру на уровне лобной кости. Лоб высокий, плоский, имеется недоразвитие надбровных дуг, носолобный угол сглажен, носовое дыхание затруднено, дышит открытым ртом. По результатам офтальмологического осмотра у ребенка имеется астигматизм правого глаза, на глазном дне имеются признаки отека зрительных нервов с 2-х сторон, вены полнокровны, извиты, пульсации сосудов нет</p> <p><b>Вопрос №1</b> Основным методом физикального обследования позволяющим установить предварительный диагноз у пациента с деформацией черепа является:</p> <p>А: осмотр  Б: пальпация черепа  В: антропометрия  Г: аускультация черепа</p> <p><b>3. Результаты обследования</b>  <b>3.1. Осмотр</b></p>	<p>го (если применяется).  Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).  Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).</p>
--	---	--





**3.2. Пальпация черепа**

Пальпаторно у данного пациента определить костный гребень не удастся

### 3.3. Антропометрия

Краниальный (черепной) индекс (КИ) 83% (брахицефалический тип)

### 3.4. Аускультация черепа

Не выявлено аномалий

**Вопрос №2** Основным методом инструментального обследования для установления окончательного диагноза у пациента с деформацией черепа является:

А: мультиспиральная КТ черепа и головного мозга

Б: нейросонография

В: рентгенография черепа в 2-х проекциях

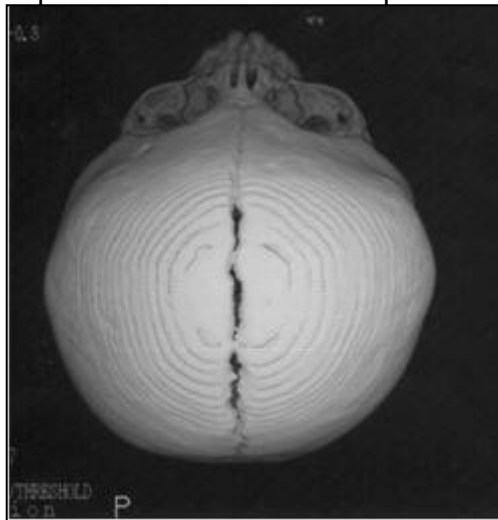
Г: МРТ головного мозга

### 5. Результаты инструментального метода обследования

#### 5.1. Мультиспиральная КТ черепа и головного мозга

По данным КТ имеется сужение боковых желудочков и субарахноидальных пространств по конвексу, рисунок борозд и извилин четкий, имеется расширение периневральных пространств зрительных нервов с 2-х сторон

Косвенные признаки внутричерепной гипертензии (усиление пальцевых вдавлений на своде и основании черепа, расширение периневральных пространств зрительных нервов, сужение субарахноидальных пространств по конвексу, миндалины мозжечка над входом в большое затылочное отверстие. Имеется полное зарастание коронарного шва черепа остальные швы открыты





## **5.2. Нейросонография**

Обследование проведено в возрасте 2 мес, после чего не проводилось так как большой родничок закрылся. Умеренная дилатация боковых желудочков. Третий и четвертый желудочек нормальных размеров. Борозды и извилины определяются, субарахноидальные пространства умеренно сужены

## **5.3. Рентгенография черепа в 2-х проекциях**

Отмечается отсутствие коронарных швов, пальцевые вдавления по своду черепа, в остальном без особенностей

## **5.4. МРТ головного мозга**

Отмечаются косвенные признаки внутричерепной гипертензии, ликвородинамика компенсирована

**Вопрос №3** На основании проведенного обследования у ребенка можно предположить клинический диагноз:

А: Бикоронарный краниосиностоз Q 75.0

Б: Рахитическая деформация черепа

В: Гидроцефалия

Г: Брахицефалия, вариант нормы

## **7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Бикоронарный краниосиностоз Q 75.0**

**7.2. Рахитическая деформация черепа**

**7.3. Гидроцефалия**

**7.4. Брахицефалия, вариант нормы**

**Вопрос №4** Результатом преждевременного синостозирования черепных швов у данного пациента является:

А: внутричерепная гипертензия

Б: нарушение носового дыхания

В: снижение остроты зрения

Г: поперхивание и нарушения глотания

**Вопрос №5** Причиной развития внутричерепной гипертензии у данного пациента с преждевременным изолированным краниосиностозом является:

А: краниocereбральная диспропорция (несоответствие объема полости черепа объему головного мозга)

Б: окклюзионная гидроцефалия

В: нарушение венозного оттока, связанного со стенозом яремных отверстий

Г: аномалия Киари 1

**Вопрос №6** Для исключения (подтверждения) внутричерепной гипертензии ребенку в предоперационном периоде показано:

А: исследование глазного дна

Б: суточный мониторинг внутричерепного давления при помощи интракраниального датчика

В: определение давления ликвора при помощи люмбальной пункции

Г: определение интракраниального давления через открытые роднички (фонтанеллотензометрия)

**Вопрос №7** Наиболее эффективным способом лечения пациентов с изолированным краниосиностомозом коронарного шва является:

А: хирургическое лечение

Б: медикаментозное лечение внутричерепной гипертензии

В: мануальная терапия (osteопатия)

Г: ортопедическое лечение (ношение ортезов)

**Вопрос №8** Абсолютным показанием к проведению хирургического лечения является:

А: клинические признаки внутричерепной гипертензии

Б: явная деформация черепа

В: диагностированное нарушения зрения на одном или обоих глазах

Г: нарушения дыхания

**Вопрос №9** Абсолютным противопоказанием к проведению хирургического лечения пациентов с изолированными краниосиностомами являются:

А: тяжелые пороки развития органов и систем, угрожающие жизни ребенка

Б: минимальная деформация черепа диагностированная на мультиспиральной КТ

В: скорректированные пороки сердца

Г: отсутствие очевидных признаков внутричерепной гипертензии

**Вопрос №10** В данном случае показан вариант хирургического лечения пациента хирургическое устранение деформации черепа путем:

А: одномоментного ремоделирования и выдвижения фронтоорбитальной области

Б: простой синостэктомии коронарного шва

В: краниэктомии с эндоскопической ассистенцией с последующим ношением индивидуальных черепных ортезов (шлемов)

Г: двухлоскутной краниотомия по Козыреву

**Вопрос №11** Антибактериальная терапия (антибиотикопрофилактика) должна проводиться:

А: у всех пациентов независимо от объема и тяжести операции

Б: только в случаях длительной операции  
В: только в случаях обширного операционного поля (тотальная реконструкция свода черепа)  
Г: только в случаях установки дистракционных аппаратов  
**Вопрос №12** Диспансерное наблюдение за ребенком после оперативного лечения изолированного краниосиностоза включает в себя:  
А: наблюдение у невролога и педиатра по месту жительства с обязательной КТ и контрольным осмотром у оперировавшего хирурга через 6 мес после операции  
Б: только наблюдение по месту жительства у невролога, офтальмолога и педиатра ежегодно на протяжении 3 лет, далее только при возникновении симптомов ВЧГ (нарушение зрения)  
В: осмотр оперировавшим хирургом через каждые 3-4 месяца.  
Г: ежегодное проведение компьютерной томографии до 18 лет

**2. Демонстрация практических навыков.**

- а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.
- б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.
- в) Окончание хирургического вмешательства - ушивание кожного дефекта простыми узловыми швами.

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

II этап: Оценка уровня практической подготовки

**Экзаменационный билет № 13**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Родители ребенка возраст 1 год 7 мес. обратились к врачу пластическому хирургу.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На деформацию черепа, лица и конечностей.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Деформации отмечаются с рождения.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Ребенок от 3 беременности, 2 срочных родов, роды не осложненные. Вес при рождении 3300 рост 53 см. с рождения определяется деформация черепа и лица, а также деформация больших пальцев рук и ног. С рождения отмечается затруднение носового дыхания, ночной храп. Первые недели жизни отмечалось обильное слизетечение из носовых ходов, со временем слизетечение уменьшилось. Так же с рождения у ребенка отмечается экзофтальм. До 4 месяцев развивался по возрасту, однако отмечалась небольшая задержка прибавки массы тела.</p> <p>С 4 месяца переведен на искусственное вскармливание, после чего мама стала отмечать частые срыгивания, ребенок стал более беспокойным, особенно в ночные часы, усилился храп, появились эпизоды задержки дыхания во время сна. Так как все перечисленные состояния уменьшились с возрастом ребенка, то родители за специализированной помощью не обращались. Ребенок врачами специалистами не наблюдался, впервые осмотрен неврологом в возрасте 6 мес. по направлению педиатра. В этом же возрасте консультирован хирургом в плановом порядке и направлен к ортопеду для решения вопроса о сроках лечения деформации пальцев кистей и стоп. Ортопедом осмотрен в возрасте 1,5 лет, заподозрен краниосиностоз. Направлен к пластическому хирургу.</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больно-</p>

	<p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <p>Ребенок правильного телосложения, хорошего питания на осмотр реагирует спокойно, основные навыки соответствуют возрасту, имеется деформация черепа за счет увеличения поперечного размера и уменьшения переднезаднего размера с уплощением лобной и затылочной области. В проекции большого родничка имеется заметное костное выбухание. На голове отмечается выраженная подкожная венозная сеть. Лоб высокий, плоский, имеется недоразвитие надбровных дуг, носолобный угол сглажен, так же имеется экзофтальм (во время сна веки не смыкаются), орбитальный гипертеллоризм. При смыкании челюстей зубы нижней челюсти перекрывают резцы верхней челюсти. Имеется утолщение и варусная деформация больших пальцев кистей и стоп, базальная кожная синдактилия 2-4 пальцев обеих стоп.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Основным методом физикального обследования позволяющим установить предварительный диагноз является:</p> <p>А: осмотр  Б: пальпация черепа области шва  В: антропометрия  Г: аускультация черепа</p> <p><b>3. Результаты обследования</b></p> <p><b>3.1. Осмотр</b></p>	<p>го (если применяется).  Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).  Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).</p>
--	--	--







**3.2. Пальпация черепа области шва**

Пальпаторно у данного пациента определить костный гребень не удастся

**3.3. Антропометрия**



Краниальный (черепной) индекс (КИ) 89% (брахицефалический тип)

### **3.4. Аускультация черепа**

Не выявлено аномалий

**Вопрос №2** Основным методом инструментального обследования для установления окончательного диагноза у пациента с деформацией черепа является:

А: мультиспиральная КТ черепа и головного мозга

Б: нейросонография

В: рентгенография черепа в 2-х проекциях

Г: МРТ головного мозга

### **5. Результаты инструментального метода обследования**

#### **5.1. Мультиспиральная КТ черепа и головного мозга**

По данным КТ имеется расширение боковых желудочков и сужение субарахноидальных пространств по конвексу, рисунок борозд и извилин четкий, имеется расширение периневральных пространств зрительных нервов с 2-х сторон. Отмечается смыкание коронарного и сагиттального швов черепа с выраженным рисунком пальцевых вдавлений в области основания черепа, имеется смещение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие на 3 мм.

#### **5.2. Нейросонография**

Проводилась в возрасте 6 мес, когда был открыт большой родничок. Дилатация боковых желудочков. Третий и четвертый желудочек нормальных размеров. Борозды и извилины определяются, субарахноидальные пространства умеренно сужены

#### **5.3. Рентгенография черепа в 2-х проекциях**

Отмечается отсутствие коронарных швов и сагиттального шва, череп брахицефалической формы, пальцевые вдавления по своду черепа, в остальном без особенностей

#### **5.4. МРТ головного мозга**

Отмечаются косвенные признаки внутричерепной гипертензии, ликвородинамика компенсирована

**Вопрос №3** Для подтверждения диагноза ребенку следует выполнить:

А: молекулярно-генетическое исследование

Б: цитогенетическое исследование (исследование кариотипа)

В: иммуногенетическое исследование

Г: биохимическое исследование крови

### **7. Результаты обследования**

#### **7.1. Молекулярно-генетическое исследование**

Миссенс-мутация 252Pro-Arg в экзоне 7а.

**7.2. Цитогенетическое исследование (исследование кариотипа)**

Кариотип 46 XY без патологии

**7.3. Иммуногенетическое исследование**

Патологии не выявлено

**7.4. Биохимическое исследование крови**

Патологии не выявлено

**Вопрос №4** У ребенка на основании проведенного обследования можно предположить клинический диагноз:

А: Синдромальный краниосиностоз

Б: Рахитическая деформация черепа

В: Гидроцефалия

Г: Изолированный краниосиностоз

**9. Диагноз**

Диагноз:

**9.1. Синдромальный краниосиностоз**

**9.2. Рахитическая деформация черепа**

**9.3. Гидроцефалия**

**9.4. Изолированный краниосиностоз**

**Вопрос №5** Имеющиеся у пациента деформации пальцев рук и ног характерны для синдромального краниосиностоза – синдром:

А: Пфайффера

Б: Апера

В: Крузона

Г: Сетрэ-Чотзена

**Вопрос №6** На основании имеющихся клинических данных можно предположить \_\_\_\_\_ тип синдрома Пфайффера:

А: 1

Б: 2

В: 3

Г: 5

**Вопрос №7** Результатом преждевременного синостозирования костей свода черепа у данного пациента является:

А: внутричерепная гипертензия

Б: снижение массы тела на первом году жизни

В: слезотечение из носа

Г: задержки дыхания во время сна

**Вопрос №8** Причиной развития внутричерепной гипертензии у данного пациента с синдромальным краниосиностозом является:

А: краниоцеребральная диспропорция

Б: окклюзионная гидроцефалия

В: нарушение венозного оттока, связанного со стенозом яремных отверстий

Г: аномалия Киари I

**Вопрос №9** Для исключения (подтверждения) внутричерепной гипертензии ребенку в предоперационном периоде показано:

А: исследование глазного дна

Б: суточное мониторирование внутричерепного давления при помощи интракраниального датчика

В: исследование зрительного нерва с помощью метода вызванных потенциалов для уточнения степени повреждения зрения

Г: определение давления ликвора при помощи люмбальной пункции

Д: определение интракраниального давления через открытые роднички (фонтанеллотензометрия)

**Вопрос №10** Наиболее эффективным способом лечения пациентов с изолированным краниосиностозом коронарного шва является:

А: хирургическое лечение

Б: медикаментозное лечение внутричерепной гипертензии

В: мануальная терапия (osteопатия)

Г: ортопедическое лечение (ношение ортезов)

**Вопрос №11** Абсолютным показанием к проведению хирургического лечения является:

А: наличие клинических признаков внутричерепной гипертензии

Б: явная деформация черепа

В: нарушения зрения

Г: нарушения дыхания

**Вопрос №12** Абсолютным противопоказанием к проведению хирургического лечения пациентов с изолированными краниосиностозами являются:

А: тяжелые пороки развития органов и систем, угрожающие жизни ребенка

Б: минимальная деформация черепа

В: скорректированные пороки сердца

	<p>Г: отсутствие очевидных признаков внутричерепной гипертензии при осмотре</p> <p><b><u>2. Демонстрация практических навыков.</u></b></p> <p>а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.</p> <p>б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.</p> <p>в) Окончание хирургического вмешательства - ушивание кожного дефекта непрерывными интрадермальными швами.</p>	
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

II этап: Оценка уровня практической подготовки

**Экзаменационный билет № 14**

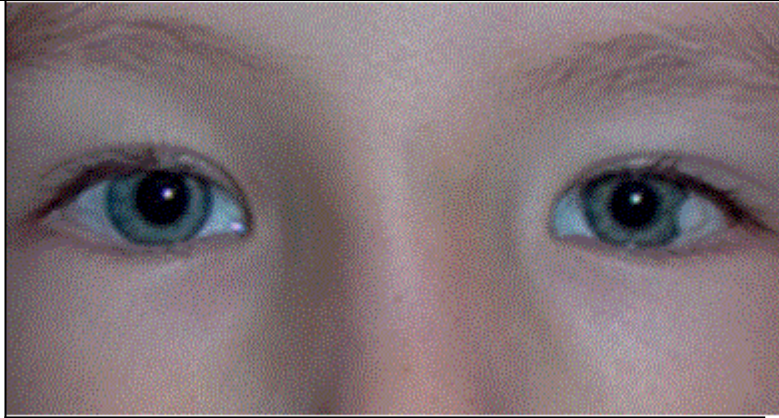
Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Родители с ребенком 5 лет на первичном приеме у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На деформацию черепа и лица.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Деформации отмечаются с рождения</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Ребенок от первых нормальных срочных родов, масса 3600 вес 54 см. При рождении выявлено недоразвитие ушной раковины слева и асимметрию лица за счет недоразвития нижней челюсти и мягких тканей слева, Так же отмечалось опухолевидное образование в области конъюнктивы левого глаза, Ребенок осмотрен офтальмологом диагноз – эпibuльбарный дермоид. Консультирован ортопедом, в связи с явлениями левосторонней кривошеи проведена рентгенография позвоночника, выявлен порок развития шейных позвонков. На первом году жизни в плановом порядке осмотрен детским хирургом и ЛОР врачом и офтальмологом, рекомендовано начать хирургическое лечение в дошкольном возрасте. Обратились согласно рекомендации для определения тактики предстоящего лечения.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b> При осмотре определяется деформация в виде асимметрии лица за счет недоразвития левой половины лица так же имеется резкая деформация ушной раковины, которая представлена кожным валиком, расположенным продольно, внутри валика определяется хрящевая ткань, слуховое отверстие отсутствует, зачаток ушной раковины смещен кпереди и книзу относительно ушной раковины противоположной стороны. Имеется опухолевидное белесоватое образование разме-</p>	<p>Метод контроля/Содержание основных операций:</p> <p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).</p>

ром 4 мм в наружном квадранте лимба левого глаза с переходом в область конъюнктивы.

**1.6. Фото**

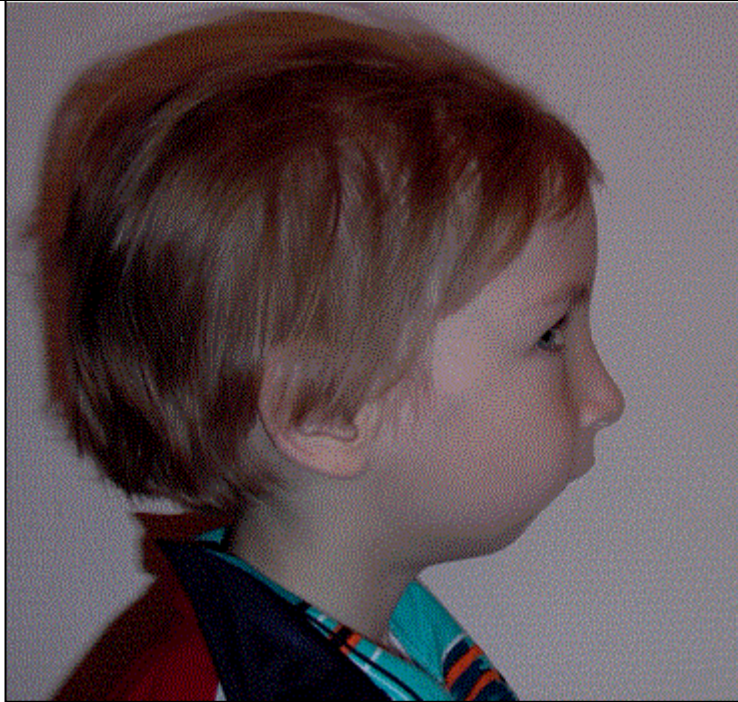


Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).  
Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).









**Вопрос №1** На основе данных анамнеза и осмотра у пациента можно предположить диагноз:

- А: Синдром гемифациальной микросомии
- Б: Синдром Гольденхара
- В: Синдром Тричера Коллинза
- Г: Синдром Нагера
- Д: Синдром Пьера Робена

**3. Диагноз**

Диагноз:

- 3.1. Синдром гемифациальной микросомии**
- 3.2. Синдром Гольденхара**
- 3.3. Синдром Тричера Коллинза**
- 3.4. Синдром Нагера**
- 3.5. Синдром Пьера Робена**

**Вопрос №2** Диагноз можно конкретизировать на основании наличия:

- А: эпibuльбарного дермоида

Б: деформация ушной раковины

В: кривошеи

Г: полиплоидии

**Вопрос №3** Причиной заболевания может быть:

А: нарушение кровоснабжения в бассейне стременной артерии, возникающие в первые 2 месяца

Б: генетическая патология, необходимо цитогенетическое исследование (исследование кариотипа)

В: генетическая патология, необходимо иммуногенетическое исследование

Г: генетическая патология, необходимо молекулярно-генетическое исследование (прямое секвенирование с целью поиска мутаций конкретных генов)

**Вопрос №4** С синдромом гемифациальной микросомии чаще всего сочетается порок развития скелета в виде:

А: пороков развития позвоночника

Б: пороков развития длинных трубчатых костей конечностей

В: пороков развития пальцев кистей и стоп

Г: воронкообразной деформации грудной клетки

**Вопрос №5** Для синдрома гемифациальной микросомии характерно нарушение строения позвоночника в виде:

А: гипоплазии позвонков

Б: Spinabifida

В: наличия шейных ребер

Г: ассимиляции атланта

**Вопрос №6** Для уточнения характера костных нарушений челюстно-лицевой области следует провести:

А: мультиспиральную компьютерную томографию

Б: магнитно-резонансную томографию

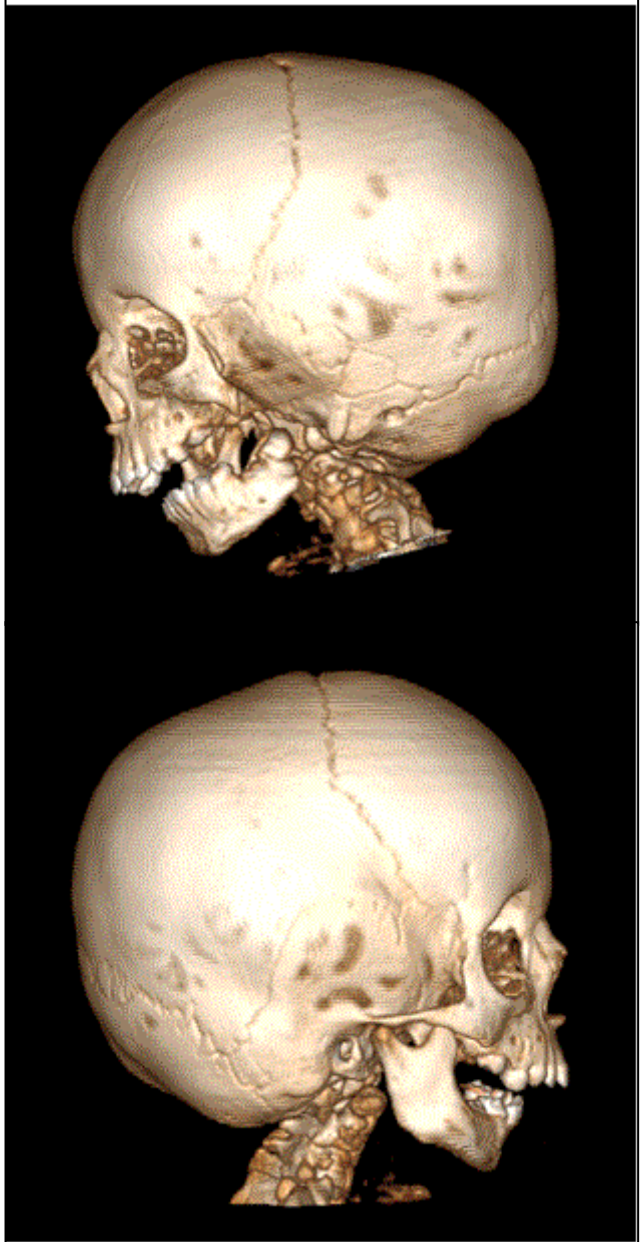
В: рентгенографию черепа в 2-х проекциях

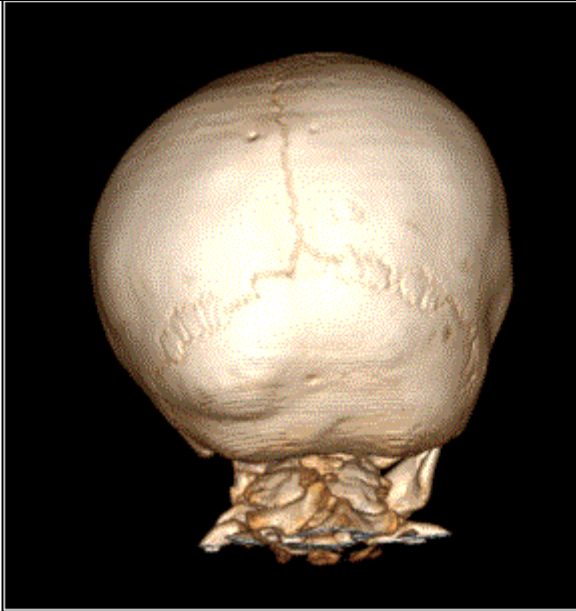
Г: ортопантограмму и телерентгенограмму

**9. Результаты обследования**

**9.1. Мультиспиральная компьютерная томография**









Нижняя челюсть слева деформирована за счет отсутствия восходящей ветви и костной структуры: суставного и венечного отростков нижней челюсти. Отмечается отсутствие наружного слухового прохода и отсутствие пневматизации клеток сосцевидного отростка слева, имеется порок развития позвоночника за счет клиновидной деформации третьего шейного позвонка и сращения 2 и 3 позвонков

#### **9.2. Магнитно-резонансная томография**

Головной мозг сформирован правильно, ликвородинамика компенсирована. Пневматизация решетчатых клеток сосцевидной кости отсутствует с обеих сторон, полость среднего уха выполнена тканевым субстратом

#### **9.3. Рентгенография черепа в 2-х проекциях**

Деформация нижней челюсти за счет недоразвития левой половины

#### **9.4. Ортопантограмма и телерентгенограмма**

Деформация нижней челюсти за счет недоразвития левой половины

**Вопрос №7** Базовой классификацией для обозначения степени нарушения развития нижней челюсти считается классификация:

А: по Прузански (Pruzansky)

Б: по Кручинскому

В: ОМЕНС (OMENS)

Г: ОМЕНС + ((OMENS+)

**Вопрос №8** По принятой классификации у данного пациента можно установить \_\_\_\_\_ степень нарушения:

А: 3

Б: 2б

В: 1

Г: 2а

**Вопрос №9** В дошкольном периоде у пациентов с синдромом гемифациальной микросомии при отсутствии обструктивных дыхательных нарушений используется лечебная тактика в виде:

А: ортодонтического лечения функциональными аппаратами

Б: раннего хирургического удлинения нижней челюсти

В: максимального устранения всех костных изменений верхней и нижней челюсти и скуловой кости в одну операцию

Г: эндопротезирования нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава

**Вопрос №10** Для удлинения нижней челюсти у пациента в возрасте 7 лет подходит метод хирургической коррекции:

А: с использованием дистракционного аппарата

Б: в виде костной пластики нижней челюсти свободным костным аутооттрансплантатом

В: в виде костной пластики нижней челюсти васкуляризованным костным аутооттрансплантатом

Г: с протезированием нижней челюсти титановым эндопротезом

**Вопрос №11** После окончания роста ребенка тактика лечения пациентов с гемифациальной микросомией включает:

А: исправление положения нижней и верхней челюсти, нормализации прикуса и исправление контурных деформаций

Б: изолированное устранение недоразвития нижней челюсти

В: контурную пластику пораженной половины лица

Г: экзопротезирование

**Вопрос №12** В случае отказа от использования дистракционных аппаратов более предпочти-

тельным при реконструкции нижней челюсти у пациентов с ГФМ является:

А: свободный реберный костно-хрящевой трансплантат

Б: паховый лоскут

В: торакодорсальный лоскут

Г: трупные ткани

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Приготовление раствора (восстановление) ботулотоксина типа А перед процедурой и проведение процедуры ботулинотерапии в области верхней зоны лица.

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
II этап: Оценка уровня практической подготовки  
Экзаменационный билет №15**

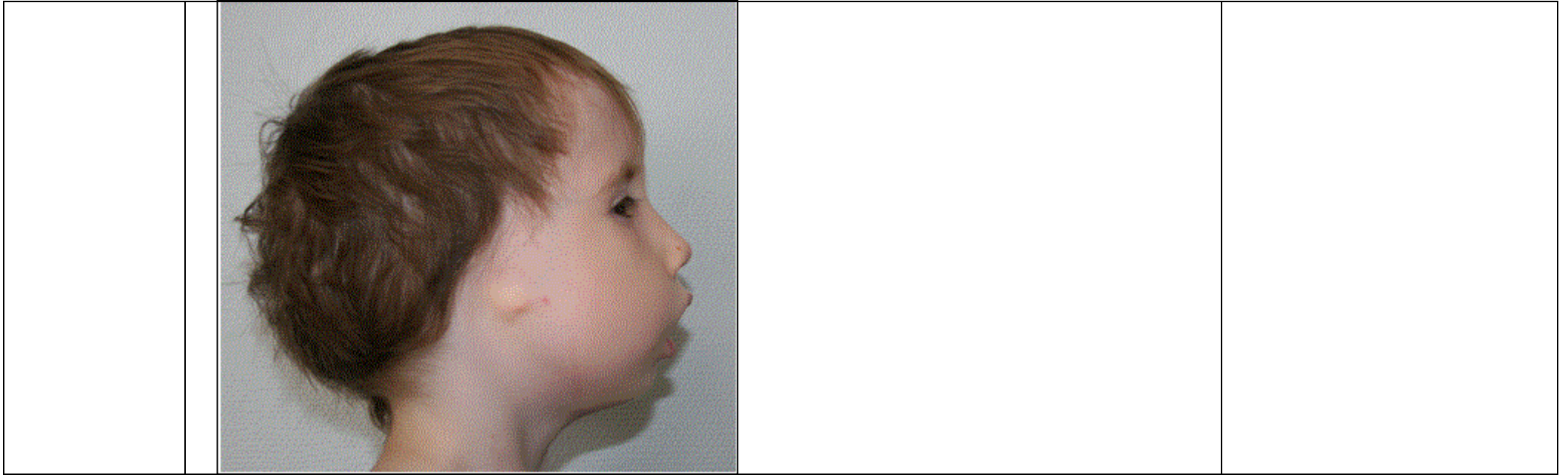
Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 ОПК-1,2, 4-9	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Родители с ребенком 4-х лет года на первичном приеме у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На деформацию лица на нарушение слуха, нарушение дыхания во время сна (храп, задержки дыхания), трудности приема пищи.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Заболевание врожденное.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Ребенок от третьей беременности 2 родов. Первый ребенок родился в срок и патологии не имеет. Вторая беременность – медаборт. Настоящая беременность протекала на фоне ОРВИ на 2 месяце беременности с выраженной температурой, рвотой. Ребенок рожден на 36 неделе, Кесарево сечение в связи со слабостью родовой деятельности масса при рождении 2500 г вес 48см. С рождения отмечено стридорозное дыхание, по поводу чего находился на кислородотерапии первые 3 дня после адаптации переведен в общую палату. В связи с неврологическими нарушениями в раннем постнатальном периоде и выраженными внешними проявлениями порока развития и трудностями кормления ребенку в родильном доме назначено зондовое питание. Постепенно переведен на нормальное пероральное кормление. При рождении выявлено недоразвитие левой ушной раковины и полная аномалия справа, так же отмечено недоразвитие нижней челюсти. Больше выраженное слева.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b> Ребенок правильного телосложения, имеется небольшой дефицит массы тела, при осмотре</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного</p>

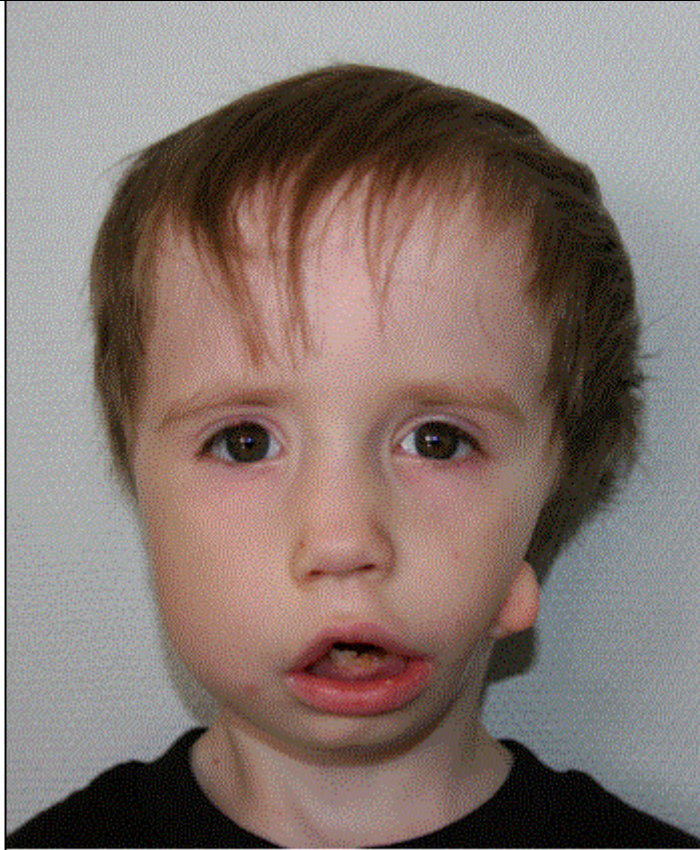
определяется резкая деформация левой ушной раковины, которая представлена кожным валиком, расположенным продольно, внутри валика определяется хрящевая ткань, слуховое отверстие отсутствует, зачаток ушной раковины смещен кпереди. Правая ушная раковина и слуховой проход полностью отсутствуют, имеется небольшой кожный бугорок в проекции отсутствующего уха. Так же имеется недоразвитие нижней челюсти с асимметрией лица за счет смещения центральной подбородочной линии влево. Левая половина лица – щека и височная область уплощены по сравнению с правой стороной. При открывании рта во время крика отмечается выраженная девиация нижней челюсти влево. Голова слегка повернута и наклонена влево. Конечности и осевой скелет без видимой патологии.

**1.6. Фото**



(если применяется).  
Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).  
Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).





**Вопрос №1** На основе данных анамнеза и осмотра у пациента можно предположить диагноз:

А: Синдром гемифациальной микросомии

Б: Синдром Тричера Коллинза

В: Синдром Нагера

Г: Синдром Пьера Робена

**3. Диагноз**

Диагноз:

**3.1. Синдром гемифациальной микросомии**

**3.2. Синдром Тричера Коллинза**

**3.3. Синдром Нагера**

**3.4. Синдром Пьера Робена**

**Вопрос №2** Обязательным признаком синдрома является:

А: поражение нескольких структур, развивающихся из первой и второй жаберных дуг

Б: деформация нижней челюсти

В: деформация ушной раковины

Г: эпibuльбарный дермоид

**Вопрос №3** Обязательным обследованием для уточнения степени поражения структур челюстно-лицевой области является:

А: мультиспиральная компьютерная томография

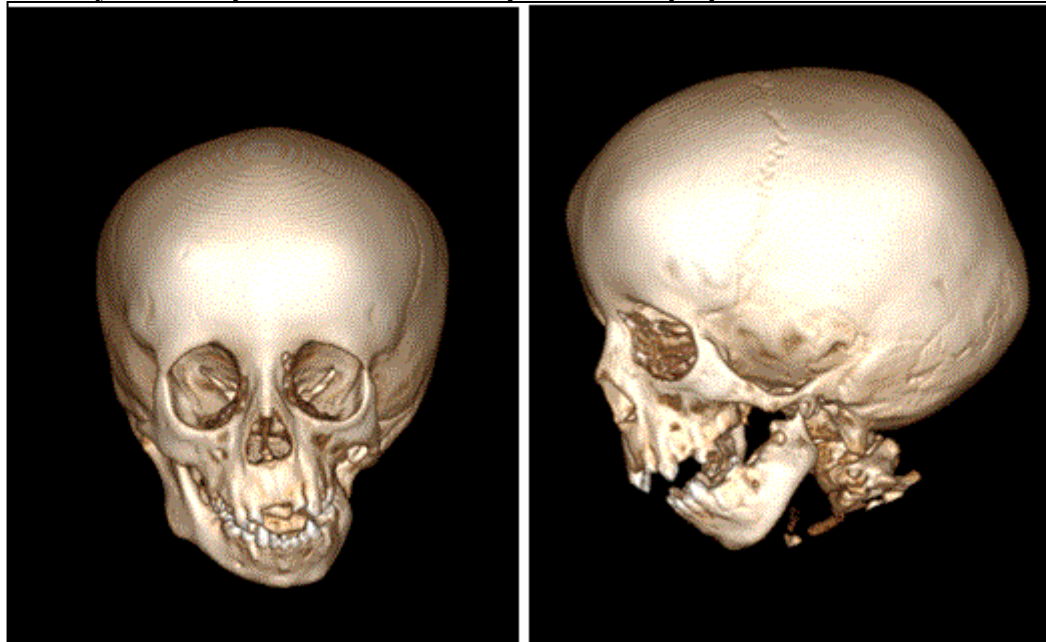
Б: магнитно-резонансная томография

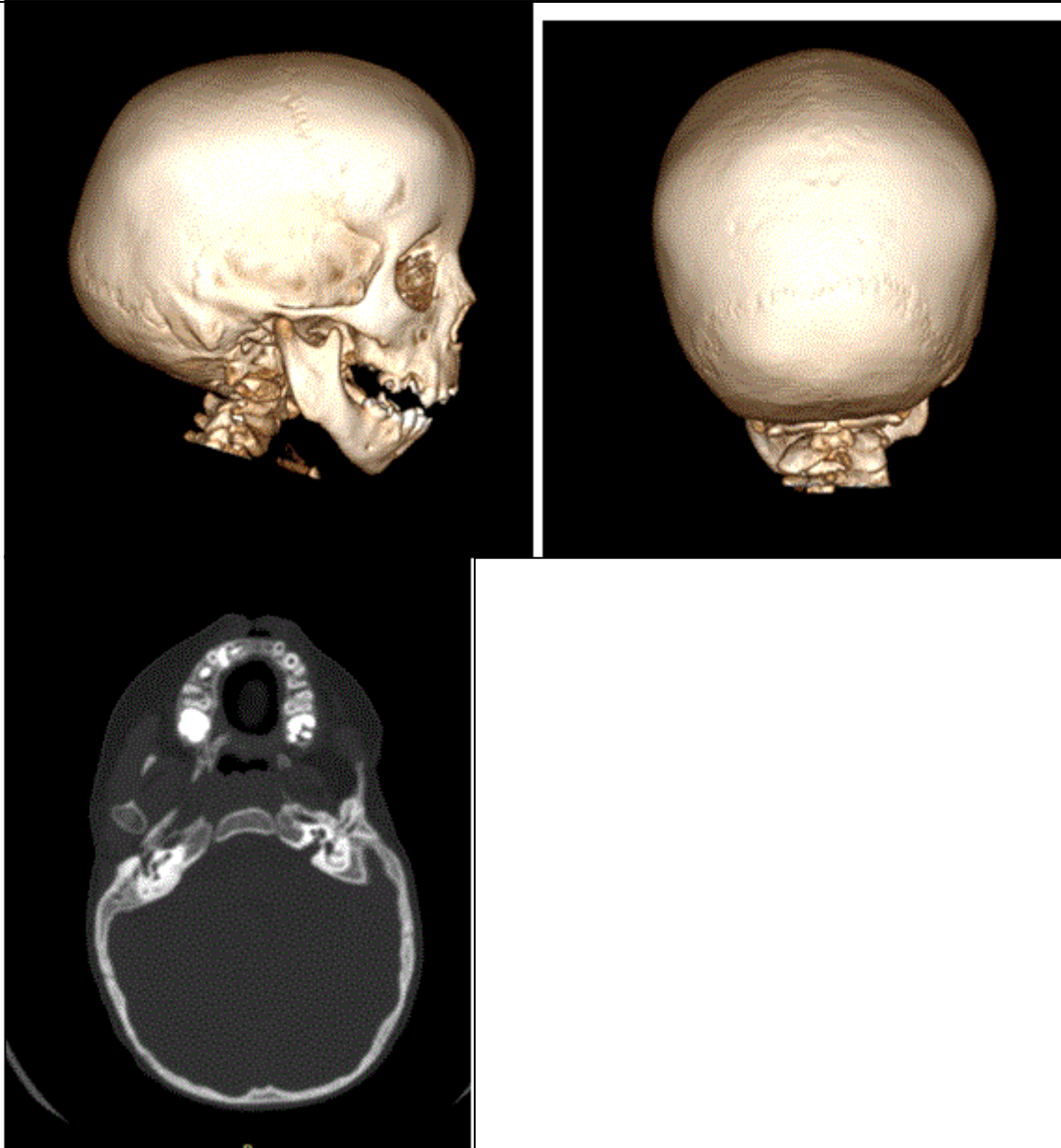
В: рентгенография черепа в 2-х проекциях

Г: ортопантограмма

**6. Результаты обследования**

**6.1. Мультиспиральная компьютерная томография**





## **6.2. Магнитно-резонансная томография**

Головной мозг сформирован правильно, ликвородинамика компенсирована. Пневматизация решетчатых сосцевидной кости отсутствует с обеих сторон, полость среднего уха выполнена тканевым субстратом

## **6.3. Рентгенография черепа в 2-х проекциях**

Деформация нижней челюсти за счет недоразвития левой половины

## **6.4. Ортопантограмма**

Деформация нижней челюсти за счет недоразвития левой половины

**Вопрос №4** Кроме рентгенологических обязательным для решения вопроса о тактике лечения обследованием у данного пациента является:

А: полисомнография

Б: электроэнцефалография

В: аудиометрия

Г: исследование зрения методом вызванных зрительных потенциалов (электрофизиологическое исследование)

## **8. Результаты обследования**

### **8.1. Полисомнография**

По результатам обследования у ребенка имеется синдром ночных апноэ-гипопноэ среднетяжелой степени

### **8.2. Электроэнцефалография**

Без патологии

### **8.3. Аудиометрия**

Кондуктивная тугоухость с 2-х сторон 3 степени

**8.4. Исследование зрения методом вызванных зрительных потенциалов (электрофизиологическое исследование)**

Патологии не выявлено

**Вопрос №5** В настоящее время первым этапом лечения у данного ребенка целесообразно провести:

А: слухоулучшающую операцию

Б: экзопротезирование ушных раковин

В: аурикулопластику с 2-х сторон

Г: хирургическое удлинение нижней челюсти при помощи дистракционного аппарата

**Вопрос №6** При данной патологии целесообразно начинать хирургическое лечение направленное на устранение деформации нижней челюсти при условии резко выраженных внешних

проявлений деформации лица:

А: в возрасте 6-7 лет

Б: в возрасте 1-3 лет

В: в период новорожденности

Г: после окончания роста

**Вопрос №7** Пластику ушной раковины у данного пациента целесообразно начинать в возрасте:

А: после 6 лет

Б: 2-5 лет

В: 10-15 лет

Г: по окончании периода роста (после 18 лет)

**Вопрос №8** В настоящее время для реконструкции ушной раковины при микротии наиболее предпочтителен:

А: аутологичный реберный хрящевой трансплантат

Б: аллогенный реберный хрящевой трансплантат

В: ксеногенный хрящевой трансплантат

Г: хрящ, созданный при помощи метода генной инженерии

**Вопрос №9** Однозначным показанием к проведению слухоулучшающих операций является:

А: отсутствие улучшения слуха к возрасту одного года у пациентов с 2-х сторонним поражением на фоне использования слуховых аппаратов

Б: возраст ребенка старше 6 лет

В: отсутствие наружного слухового прохода

Г: двухсторонняя микротия

Д: невозможность носить наружный слуховой аппарат

**Вопрос №10** Нарушение слуха у данного пациента обусловлено:

А: нарушением развития звукопроводящих структур (кондуктивная составляющая)

Б: проком развития головного мозга

В: деформацией наружного уха

Г: нарушением развития рецептивной (воспринимающей) системы

**Вопрос №11** Абсолютным противопоказанием к проведению слухоулучшающей операции является:

А: отсутствие пневматизации сосцевидного отростка к возрасту 4 лет

Б: одностороннее поражение

В: возраст пациента более 10 лет

Г: выполненная ранее реконструкция наружного уха



**Вопрос №12** При подъеме реберного хряща во время аурикулопластики требуется создание положительного давления на вдохе с герметичным ушиванием раны для предотвращения развития:

- А: послеоперационного пневмоторакса
- Б: послеоперационной гематомы
- В: послеоперационной серомы
- Г: деформации грудной клетки вследствие нарушения жесткости каркаса грудной клетки после взятия хрящей

**2. Демонстрация практических навыков.**

- а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.
- б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.
- в) Приготовление раствора (восстановление) ботулотоксина типа А перед процедурой и проведение процедуры ботулинотерапии в периорбитальной области.

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

II этап: Оценка уровня практической подготовки

**Экзаменационный билет № 16**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 20 лет на первичном приеме у пластического хирурга по поводу остаточных деформаций верхней губы и носа после коррекции односторонней расщелины верхней губы.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на деформацию носа, верхней губы. Сужение левого носового хода.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Первичная ринохейлоуранопластика выполнена в возрасте 8 месяцев. Имеется остаточная деформация после хирургической коррекции врожденной расщелины верхней губы.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает;</li> <li>● аллергологический анамнез не отягощен;</li> <li>● вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b> Status praesens: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 120/70 мм рт.ст, ЧСС – 74 в 1 мин. Психо-эмоционально стабильна.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Для постановки диагноза необходимо провести:</p> <p>А: осмотр и анализ дефекта Б: переднюю активную риноманометрию В: компьютерную томографию</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного</p>

Г: переднюю и заднюю риноскопию

### 3. Результаты обследования

#### 3.1. Осмотр и анализ дефекта



Status localis: Лицо асимметрично за счет рубцовой деформации хрящевого отдела носа и верхней губы слева. Преддверие носа слева сужено, крыло носа уплощено, смещено вниз, латеральная ножка крыльчатого хряща недоразвита. Концевой отдел носа уплощен, коллюмела укорочена. В области верхней губы имеются послеоперационные нормотрофические рубцы. Красная кайма верхней губы аркообразной формы, в центре имеется нормотрофический рубец.

#### 3.2. Передняя активная риноманометрия

Патологии дыхания не выявлено

#### 3.3. Компьютерная томография

Патологии не выявлено.

#### 3.4. Передняя и задняя риноскопия

(если применяется).

Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).

Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

Патологии не выявлено

**Вопрос №2** Дополнительным методом исследования для постановки диагноза является:

А: ЭМГ-исследование мышц приротовой области

Б: предоперационный осмотр пациента отоларингологом

В: предоперационный осмотр пациента стоматологом на наличие острых заболеваний зубочелюстной системы

Г: рентгенография органов грудной клетки

### **5. Результаты обследования**

#### **5.1. ЭМГ-исследование мышц приротовой области**

При исследовании силы сфинктера КМР отмечается снижение ее динамической функции

#### **5.2. Предоперационный осмотр пациента отоларингологом**

Патологии не выявлено

**5.3. Предоперационный осмотр пациента стоматологом на наличие острых заболеваний зубочелюстной системы**

Патологии не выявлено

#### **5.4. Рентгенография органов грудной клетки**

Патологии не выявлено

**Вопрос №3** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Деформация верхней губы и носа. Состояние после ринохейлопластики

Б: Посттравматическая деформация хрящевого отдела носа

В: Дефект кончика носа после склерозирования гемангиомы

Г: Посттравматическая деформация наружного носа. Состояние после ринохейлопластики

### **7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Деформация верхней губы и носа. Состояние после ринохейлопластики**

**7.2. Посттравматическая деформация хрящевого отдела носа**

**7.3. Дефект кончика носа после склерозирования гемангиомы**

**7.4. Посттравматическая деформация наружного носа. Состояние после ринохейлопластики**

**Вопрос №4** Лечение пациента должно проводиться в условиях:

А: стационара

Б: амбулатории (на дому)

В: «дневного стационара»

Г: стационара (отделение интенсивной терапии)

**Вопрос №5** Для предупреждения стеноза ноздри в послеоперационном периоде следует использовать:

А: силиконовые вкладыши

Б: гипсовую повязку в области носа

В: гормональные мази

Г: физиолечение

**Вопрос №6** Основным видом лечения данной патологии является:

А: хирургическое лечение

Б: лазеротерапия

В: химиотерапия

Г: физиотерапевтическое лечение с ионофорезом

**Вопрос №7** Учитывая характер дефекта, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме:

А: реконструктивной хейлоринопластики

Б: пластики расщепленным кожным трансплантатом

В: пластики реваскуляризированным лучевым лоскутом

Г: пересадки лоскута с передней брюшной стенки

**Вопрос №8** Для реализации данного метода необходимо провести \_\_\_\_\_ этап(а) хирургической коррекции:

А: 1

Б: 2

В: 3

Г: 4

**Вопрос №9** Наиболее оптимальным способом коррекции является:

А: использование скользящего лоскута с верхней губы

Б: способ хейлориносептопластики по Ф.М. Хитрову

В: способ хейлориносептопластики по Д.Р. Милларду

Г: способ хейлориносептопластики по И.А. Козину

**Вопрос №10** В раннем послеоперационном периоде вероятным осложнением является:

А: некроз дистального отдела лоскута

Б: грубое рубцевание

В: выраженный отек

Г: несостоятельность швов

**Вопрос №11** Назначение медикаментозного лечения пациентке показано в виде:

А: местной антибиотикотерапии

Б: антикоагулянтная терапия

В: антигистаминной терапии

Г: курса общей гемостатической терапии

**Вопрос №12** Снятие швов после оперативного вмешательства производят на \_\_\_\_\_ день:

А: 10-14

Б: 5-7

В: 3-5

Г: 30

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Приготовление раствора (восстановление) ботулотоксина типа А перед процедурой и проведение процедуры ботулинотерапии в области нижней зоны лица.

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

II этап: Оценка уровня практической подготовки

Экзаменационный билет № 17

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 57 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на избыток кожи верхних век, проблемы в наложении макияжа. Усиление симптомов при малейшей водной нагрузке и по утрам после сна. Прочие возрастные изменения лица у пациентки дискомфорт не вызывают. При дополнительном расспросе отмечает плохую переносимость ветра и кондиционированного воздуха, в результате чего возникает чувство жжения и инородного тела в глазах.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Изменения возрастные. Усилились с момента менопаузы (последние 8 лет). Ранее к пластическому хирургу не обращалась. Из консервативных процедур отмечает только домашний уход и инъекции ботулотоксина типа А в область межбровья 2 года назад.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции. Хронический тонзиллит (тонзиллэктомия в возрасте 20 лет), желчно-каменная болезнь (лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 42 лет).</li> <li>● Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает.</li> <li>● Отмечает редкие (раз в 7-8 месяцев) эпизоды подъема давления до 140-150/90 мм рт. ст. Однако регулярно по данному поводу нигде не наблюдается, системно не обследовалась и гипотензивных препаратов регулярно не принимает.</li> <li>● Аллергологический анамнез не отягощен.</li> </ul>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного</p>

- Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.
- Пенсионерка, профессиональных вредностей не имела.

#### 1.5. Объективный статус

● По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 130/70 мм рт.ст, ЧСС – 76 в 1 мин. Психо-эмоционально стабильна



(если применяется).  
Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).  
Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).





● *Statuslocalis* : Возрастные изменения мягких тканей лица и шеи смешанного типа (преимущественно деформационного)

● *Осмотр офтальмолога по месту жительства* : VisOD: 0,4sph +1,25=1.0 Tn= 12 мм.рт.ст.; VisOS: 0,6 sph +1,0=1.0 Tn= 12 мм.рт.ст.; Зрение бинокулярное.

● OD – Глаз спокоен. Экзофтальм, эндофтальм отсутствует. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, зрачок круглый в центре, фотореакция сохранена. Начальные помутнения в кортикальных слоях хрусталика. Нитчатая деструкция стекловидного тела. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация 0.4, сосудистый пучок по центру. Артерии сужены, вены нормального калибра, ход их не изменен, симптом Салюса-Гуна отсутствует. В макулярной области и на периферии без очаговой патологии.

● OS – Глаз спокоен. Экзофтальм, эндофтальм отсутствует. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, зрачок круглый в центре, фотореакция сохранена. Начальные помутнения в кортикальных слоях хрусталика. Нитчатая деструкция стекловидного тела. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация 0.4, сосудистый пучок по центру. Артерии сужены, вены нормального калибра, ход их не изменен, симптом Салюса-Гуна отсутствует. В макулярной области и на периферии без очаговой патологии.

**Вопрос №1** Для постановки диагноза необходимо выполнить:

А: оценку биометрических параметров верхних век и периорбитальной области

Б: компьютерную томографию черепа

В: определение полей зрения

Г: компьютерную томограмму орбиты и околоносовых пазух

### **3. Результаты обследования**

#### **3.1. Оценка биометрических параметров верхних век и периорбитальной области**

Периорбитальные области и лицо в целом в пределах физиологической асимметрии. Определяется выраженный истинный избыток кожи верхних век. Избытки кожи при взгляде прямо достигают до ресничного края век в медиальной и средней трети верхних век. Суммарный избыток кожи в пределах 1,2-1,3 см. Жировые грыжи выражены умеренно, при закрытых веках и легкой компрессии глазных яблок четко определяются. При взгляде прямо верхняя часть роговицы прикрыта верхними веками на 1-2 мм. При закрытых глазах веки смыкаются полностью, без усилий.

#### **3.2. Компьютерная томография черепа**

Патологии не выявлено

#### **3.3. Определение полей зрения**

OD – Норма; OS – норма

#### **3.4. Компьютерная томограмма орбиты и околоносовых пазух**

Патологии не выявлено.

**Вопрос №2** Для уточнения диагноза, определения тактики коррекции и исключения возможных осложнений и отрицательного результата выполняют пробы:

А: выявление ложного избытка кожи верхних век

Б: определение нестабильности слезной пленки

В: адреналиновая проба

Г: определение щипковой пробы нижнего века

Д: определение передне-задней оси OU

### **5. Результаты обследования**

#### **5.1. Выявление ложного избытка кожи верхних век**

Брови в состоянии гиперэкстензии в латеральной части, соответствуют верхнеглазничному краю в медиальной части. При сомкнутых веках и пассивном подъеме брови глаза не открываются

#### **5.2. Определение нестабильности слезной пленки**

22 мигательных движений в минуту (норма 11-19 мигательных движений в минуту)

#### **5.3. Адреналиновая проба**

Адреналиновая проба отрицательная

**5.4. Определение щипковой пробы нижнего века**

Выполнена щипковая проба. Атонии нижних век не выявлено

**5.5. Определение передне-задней оси ОУ**

ПЗО OD/OS= 24,0 мм/23,8 мм

**Вопрос №3** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования пациентки следует поставить диагноз:

А: Возрастные изменения периорбитальной области. Истинный блефарохлазис

Б: Блефароспазм

В: Птоз верхних век

Г: Миопатия, глазная форма

**7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Возрастные изменения периорбитальной области. Истинный блефарохлазис**

**7.2. Блефароспазм**

**7.3. Птоз верхних век**

**7.4. Миопатия, глазная форма**

**Вопрос №4** Дифференциальную диагностику необходимо проводить с:

А: ложным блефарохлазисом

Б: псевдоптозом

В: апоневротическим птозом

Г: осложнением ботулинотерапии в анамнезе

**Вопрос №5** Назначение медикаментозного лечения пациентке показано в виде:

А: заместительной терапии препаратами искусственных слез

Б: антикоагулянтной терапии

В: профилактической антибиотикотерапии

Г: сосудистой терапии

**Вопрос №6** Для лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать:

А: хирургическое лечение

Б: инъекция ботулотоксина в круговую мышцу левого глаза

В: фракционное омоложение периорбитальной области

Г: фотоомоложение периорбитальной области

**Вопрос №7** Учитывая характер возрастных изменений верхних век, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме:

А: эстетическая блефаропластика верхних век

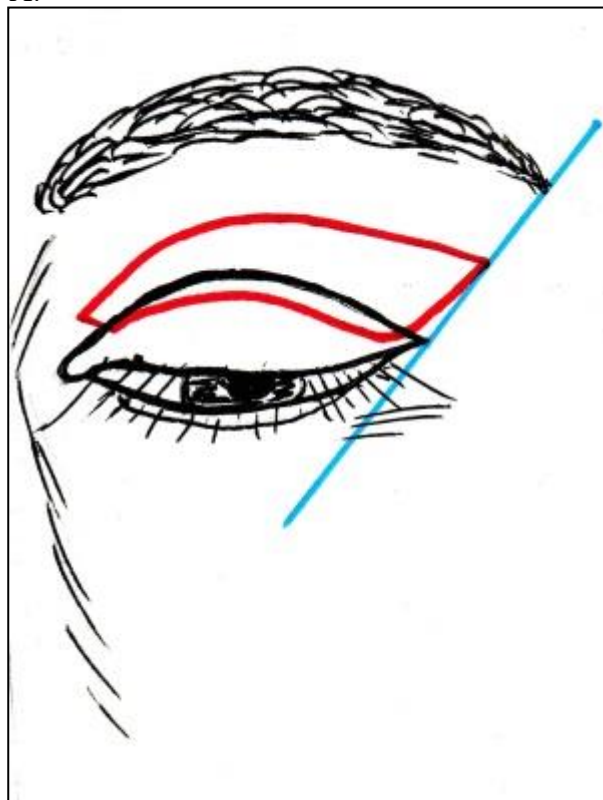
- Б: хирургическая коррекция положения бровей (бровпексия)  
В: хирургическая коррекция верхней зоны лица (лобно-височной области)  
Г: малоинвазивная коррекция бровей (нитевая имплантация)

**Вопрос №8** Данная методика предусматривает \_\_\_\_\_ разрез кожи:

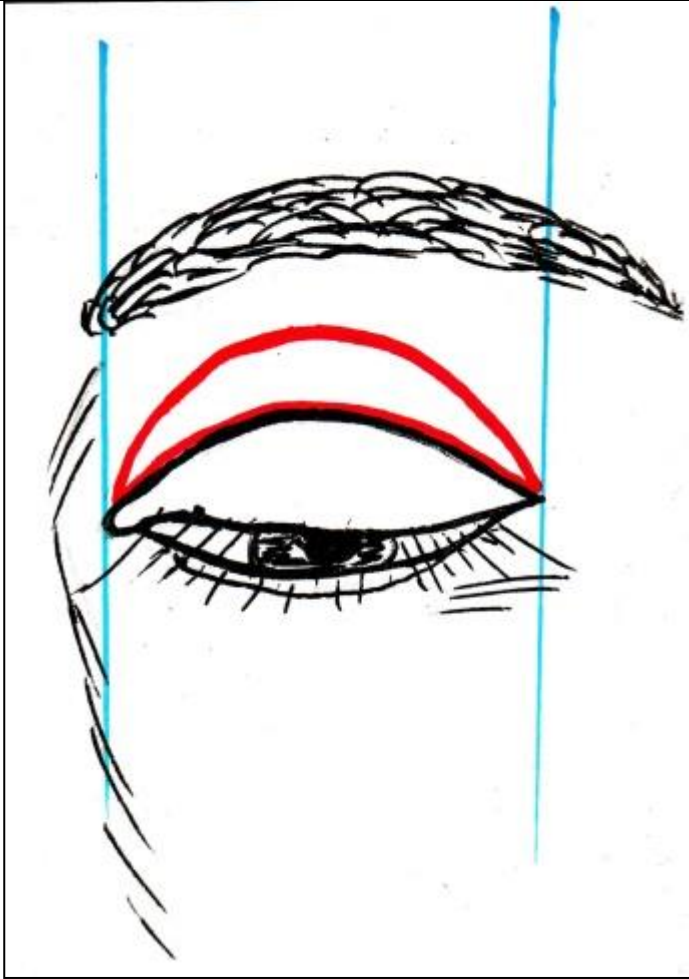
- А: квадрилатеральный  
Б: полулунный  
В: веретенообразный  
Г: треугольный

**Вопрос №9** Выбранному методу соответствует разметка:

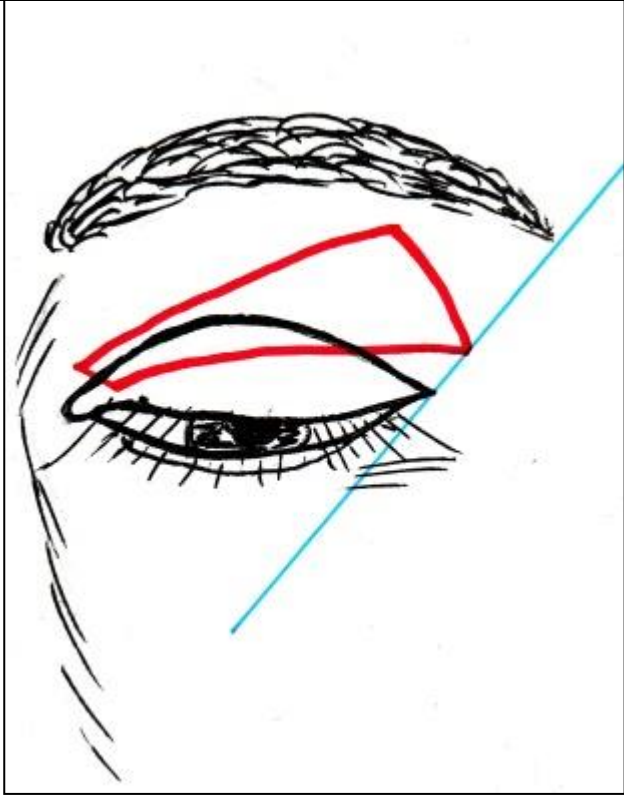
А:



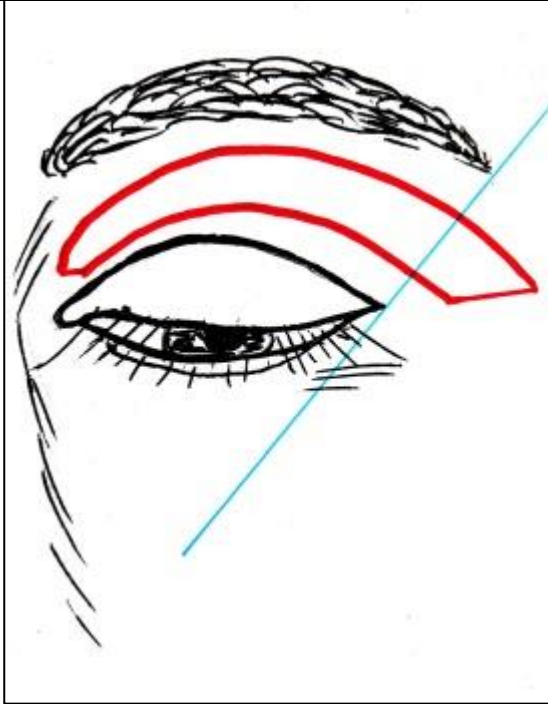
Б:



B:



Г:



**Вопрос №10** Снятие швов после оперативного вмешательства выполняют на \_\_\_\_\_  
сутки:

- А: 3-5
- Б: 1-2
- В: 6-7
- Г: 8-10

**Вопрос №11** При возникновении в раннем послеоперационном периоде боли, асимметричного отека, ухудшении зрения следует заподозрить:

- А: острую ретробульбарную гематому
- Б: лагофтальм
- В: повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- Г: гематому в области века

**Вопрос №12** В раннем послеоперационном периоде пациенту следует обеспечить:

- А: возвышенное положение головы под углом 30-45 градусов
- Б: строгий постельный режим

В: давящая повязка на периорбитальную область в первые 24 часа  
Г: теплый компресс каждые 3 часа на 20 минут

**2. Демонстрация практических навыков.**

- а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.
- б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.
- в) Удлинение кожного рубца методом встречных треугольных лоскутов

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
II этап: Оценка уровня практической подготовки  
Экзаменационный билет № 18**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 ОПК-1,2, 4-9	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 58 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на ограничение поля зрения и невозможность полностью открыть левый глаз, утомление, связанное с постоянным напряжением лобной мышцы для удержания века в открытом состоянии</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Жалобы появились постепенно в течение последних 5 лет, последний год жалобы не прогрессируют, данное состояние ни с чем не связывает. Неврологическая патология исключена. В поликлинике по месту жительства рекомендована консультация пластического хирурга.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● наблюдается по поводу гипертонической болезни в течение последних 7 лет, получает соответствующее медикаментозное лечение;</li> <li>● аллергологический анамнез не отягощен;</li> <li>● вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает;</li> <li>● пенсионерка, работала экономистом, профессиональных вредностей не имела.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Определяется выраженный косметический дефект, выраженный асимметрией верхних век и неравномерностью ширины глазных щелей. Определяется умеренный истинный блефарохалазис верхних и нижних век. Имеются грыжевые выпячивания ретросептальной клетчатки: минимальные в области медиальных групп грыжевых выпячиваний верхних век, а так же умеренно выра-</li> </ul>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации).</p> <p>Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза.</p> <p>Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется).</p> <p>Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется).</p> <p>Составление обоснованного плана обследования больного</p>

	<p>женные медиальные и срединные в области нижних век.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Статус по заключению офтальмолога поликлиники по месту жительства:  VisOD: 0,4sph +1,25=1.0 Tn= 14 мм.рт.ст.; VisOS: 0,6 sph +1,0=1.0 Tn= 13 мм.рт.ст.; Зрение бинокулярное.</li> </ul> <p>OD – Глаз спокоен. Экзофтальм, эндофтальм отсутствует. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, зрачок круглый в центре, фотореакция сохранена. Начальные помутнения в кортикальных слоях хрусталика. Нитчатая деструкция стекловидного тела. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация 0.4, сосудистый пучок по центру. Артерии сужены, вены нормального калибра, ход их не изменен, симптом Салюса-Гуна отсутствует. В макулярной области и на периферии без очаговой патологии.</p> <p>OS – Глаз спокоен. Экзофтальм, эндофтальм отсутствует. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, зрачок круглый в центре, фотореакция сохранена. Начальные помутнения в кортикальных слоях хрусталика. Нитчатая деструкция стекловидного тела. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация 0.4, сосудистый пучок по центру. Артерии сужены, вены нормального калибра, ход их не изменен, симптом Салюса-Гуна отсутствует. В макулярной области и на периферии без очаговой патологии.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Для постановки диагноза необходимо:</p> <p>А: оценить биометрические параметры верхнего века, глазной щели и функцию леватора обоих глаз</p> <p>Б: ультразвуковое В-сканирование верхних и нижних век, леватора и орбитального жира</p> <p>В: определение полей зрения</p> <p>Г: компьютерная томограмма орбиты и околоносовых пазух</p> <p><b>3. Результаты обследования</b></p> <p><b>3.1. Оценка биометрические параметры верхнего века, глазной щели и функцию леватора обоих глаз</b></p> <p>OD – Ширина глазной щели=9мм, MRD= +4, подвижность верхнего века = 16мм, складка верхнего века в 6мм от края верхнего века, выражена хорошо, сила леватора сохранена. Реберный край верхнего века прикрывает край роговицы не более, чем на 1 мм.</p> <p>OS – Ширина глазной щели=5-6мм, MRD= 0 +1, подвижность верхнего века = 14 мм, складка верхнего века в 10 мм от края верхнего века, выражена хорошо, сила леватора сохранена. Реберный край верхнего века прикрывает край роговицы на 3-4 мм</p> <p><b>3.2. Ультразвуковое В-сканирование верхних и нижних век, леватора и орбитального</b></p>	<p>(если применяется).  Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).  Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).</p>
--	---	---

**жира**

Патологии тканей век не выявлено

**3.3. Определение полей зрения**

OD – Норма; OS – ограничение поля зрения на 15-20 градусов в верхней половине

**3.4. Компьютерная томограмма орбиты и околоносовых пазух**

Патологии не выявлено.

**Вопрос №2** Необходимым дополнительным обследованием для уточнения диагноза является:

А: адреналиновая проба

Б: измерение подвижности брови

В: проба Ширмера

Г: определение передне-задней оси OU

**5. Результаты обследования**

**5.1. Адреналиновая проба**

Адреналиновая проба отрицательная

**5.2. Измерение подвижности брови**

Правая бровь= 14 мм; Левая бровь =15 мм

**5.3. Проба Ширмера**

Показатели OU в норме

**5.4. Определение передне-задней оси OU**

ПЗО OD/OS= 24,3 мм/23,9 мм

**Вопрос №3** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Апоневротический птоз верхнего века

Б: Блефароспазм

В: Ретракция верхнего века правого глаза

Г: Миопатия, глазная форма

**7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Апоневротический птоз верхнего века**

**7.2. Блефароспазм**

**7.3. Ретракция верхнего века правого глаза**

**7.4. Миопатия, глазная форма**

**Вопрос №4** Данную патологию необходимо дифференцировать с:

А: блефарохалазисом

Б: асимметрией глазных щелей

В: псевдоптозом

Г: парез глазодвигательного нерва

Д: хроническая прогрессирующая офтальмоплегия

**Вопрос №5** Назначение медикаментозного лечения, пациентке:

А: показано после хирургического лечения

Б: показано с целью улучшения нервно-мышечной проводимости

В: не показано

Г: с целью улучшения нервно-мышечной проводимости в сочетании с гимнастикой и электростимуляцией мышцы, поднимающей верхнее веко необходимо как альтернатива хирургическому лечению

**Вопрос №6** Для лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать:

А: хирургическое лечение

Б: инъекцию ботулотоксина в круговую мышцу левого глаза

В: динамическое наблюдение т.к. данная патология считается возрастной нормой и не подлежит лечению

Г: иглорефлексотерапию для стимуляции леватора верхнего века левого глаза

**Вопрос №7** Учитывая характер птоза и функцию леватора верхнего века, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме:

А: резекции/дубликатуры апоневроза леватора

Б: «подвешиванием» верхнего века к брови

В: тарзومیоэктомиа

Г: субмаксимальная резекция леватора

**Вопрос №8** После хирургического лечения швы с кожи век:

А: снимают на 7-8 сутки

Б: не удаляют, т.к. рану век следует ушивать саморассасывающимися нитками, снимать их нет необходимости

В: удаляют на 3-4 сутки

Г: удаляют на 18-20 сутки

**Вопрос №9** Мерой временной профилактики птоза до хирургического лечения является:

А: фиксация лейкопластырем верхнего века к брови

Б: ношение специальных очков, имеющих упор для поднятия верхнего века

В: электростимуляция леватора верхнего века

Г: окклюзия правого глаза на 2-3 часа в сутки

**Вопрос №10** Перед хирургическим лечением пациентка должна быть предупреждена о:

А: лагофталме в пределах 2-3 мм, ретракции верхнего века

Б: необходимости приеме антибиотиков за 7 дней до операции

В: необходимости усиление гипотензивной терапии за 7 дней до и 7 дней после операции

Г: полной симметрии положения век парному глазу после хирургического лечения

**Вопрос №11** Хирургическое лечение необходимо:

А: провести в плановом порядке, ближайшие 6 месяцев

Б: выпонить по срочным показаниям в ближайшее время

В: отложить на 1-1,5 года для исключения прогрессирования птоза верхнего века

Г: отложить до появления птоза на парном глазу для оперативного лечения птоза на обоих веках сразу

**Вопрос №12** Примерные сроки нетрудоспособности после хирургического лечения:

А: до 2-3 недель

Б: до 6 месяцев

В: 5 дней

Г: 2 дня

2. Демонстрация практических навыков.

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Закрытие поверхностного кожного дефекта

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
II этап: Оценка уровня практической подготовки  
Экзаменационный билет № 19**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<p><b>УК-1,4 ОПК-1,2, 4-9</b></p>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 34 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга/</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на припухлость нижних век, «мешочки» под глазами. Усиление симптомов при наименьшей водной нагрузке и по утрам после сна.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Индивидуальные особенности строения периорбитальной области, в том числе строение нижнего века, отмечает с детства. За последние 2-3 года симптомы усилились, определилась четкая граница между веком и подглазничной областью. Ранее к пластическому хирургу не обращалась. Из консервативных процедур отмечает только использование патчей для снятия отеков век без видимого эффекта</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; острый цистит 8-9 лет назад (лечение уросептиками);</li> <li>● Прочие оперативные вмешательства и травмы: удаление фибромы правой ягодичной области 3 года назад</li> <li>● Вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу; отмечает выраженную метеозависимость; вазомоторные головные боли в период ПМС</li> <li>● аллергологический анамнез: отмечает пищевую аллергию на цитрусовые и кунжут</li> <li>● вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает;</li> <li>● профессиональных вредностей не имеет.</li> </ul>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного</p>

### 1.5. Объективный статус

● *Status praesens*: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 110/65 мм рт.ст, ЧСС – 70 в 1 мин. Психо-эмоционально стабильна

● *Status localis*: Состояние мягких тканей лица и шеи – в пределах возрастной нормы.

**Вопрос №1** Необходимым для постановки диагноза обследованием является:

А: осмотр с оценкой биометрические параметры нижних век и периорбитальной области

Б: ультразвуковое В-сканирование век и орбитального жира

В: определение полей зрения

Г: компьютерная томограмма орбиты и околоносовых пазух.

### 3. Результаты обследования

**3.1. Осмотр с оценкой биометрические параметры нижних век и периорбитальной области**



(если применяется).

Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).

Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).







Периорбитальные области и лицо в целом в пределах физиологической асимметрии. В области верхних век избыток кожи минимальный, жировых грыж не выявлено. Брови относительно симметричны. Уровень брови справа и слева соответствует верхнеглазничному краю. В области нижних век избыток кожи минимальный, при взгляде вверх расправляются не полностью. Медиальная и центральная группы жировых грыж выражены отчетливо, при взгляде вверх контурирование усиливается. Носо-слезная борозда выражена отчетливо. При взгляде прямо верхняя часть роговицы прикрыта верхними веками на 1-2 мм. При закрытых глазах веки смыкаются полностью, без усилий.

### **3.2. Ультразвуковое В-сканирование век и орбитального жира**

Патологии тканей век не выявлено

### **3.3. Определение полей зрения**

OD – Норма; OS – норма

### **3.4. Компьютерная томограмма орбиты и околоносовых пазух.**

Патологии не выявлено.

**Вопрос №2** Дополнительным обследованием, для определения тактики коррекции, исключения возможных осложнений и отрицательного результата является:

А: диагностика экзофтальма

Б: определение гипертонуса или атонии нижнего века

В: диагностика нестабильности слезной пленки

Г: определение склерального вида

Д: определение слезопродукции

Е: определение передне-задней оси OU

**5. Результаты обследования**

**5.1. Диагностика экзофтальма**

Вектор оси от переднего края роговицы до нижнеглазничного края – нейтральный

**5.2. Определение гипертонуса или атонии нижнего века**

Щипковая проба – отрицательная

Энтропион не выявлен, ресничный край – без патологии

**5.3. Диагностика нестабильности слезной пленки**

14 мигательных движений в минуту

**5.4. Определение склерального вида**

Реберный край с двух сторон при взгляде прямо расположен по нижнему краю роговицы

**5.5. Определение слезопродукции**

При проведении пробы Ширмера показатели слезопродукции за 5 минут: справа – 16 мм, слева 17 мм

**5.6. Определение передне-задней оси OU**

ПЗО OD/OS= 23,7 мм/23,8 мм

**Вопрос №3** В план предоперационного обследования у данной пациентки следует включить консультацию:

А: офтальмолога

Б: нефролога

В: невролога

Г: уролога

**Вопрос №4** Особенности предоперационного фотографирования являются фото:

А: анфас и профиль с открытыми и закрытыми глазами

Б: анфас и профиль со взглядом вверх и вниз

В: анфас в аксиальной нижней проекции с закрытыми глазами

Г: анфас и профиль в аксиальной средней проекции с закрытыми глазами

Д: анфас в аксиальной верхней проекции с закрытыми глазами

Е: профиль с открытыми и закрытыми глазами в положении лежа

**Вопрос №5** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Возрастные изменения периорбитальной области

Б: блефароспазм

В: эндокринная офтальмопатия

Г: миопатия, глазная форма.

**9. Диагноз**

Диагноз:

**9.1. Возрастные изменения периорбитальной области**

**9.2. Блефароспазм**

**9.3. Эндокринная офтальмопатия**

**9.4. Миопатия, глазная форма**

**Вопрос №6** В качестве основного вида лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать:

А: хирургическое лечение

Б: инъекции ботулотоксина в круговую мышцу глаз

В: фракционное омоложение периорбитальной области

Г: фотоомоложение периорбитальной области

**Вопрос №7** Учитывая характер возрастных изменений нижних век, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме эстетическая блефаропластика нижних век:

А: трансконъюнктивальным доступом

Б: подресничным доступом с формированием кожно-мышечного лоскута

В: подресничным доступом с формированием кожного лоскута

Г: подресничным доступом расширенная

**Вопрос №8** Данная методика предусматривает разрез конъюнктивы на уровне:

А: Нижнего века на 3-4 мм от реберного края

Б: реберного края нижнего века

В: нижнего конъюнктивального свода

Г: глазного яблока на 3-4 мм выше конъюнктивального свода

**Вопрос №9** Недостатком данного метода является:

А: ограниченный доступ

Б: более выраженный болевой синдром

В: более длительные сроки реабилитации

Г: невозможность экономной резекции орбитальной клетчатки

**Вопрос №10** Ограниченный доступ при трансконъюнктивальной нижней блефаропластике повышает риск:

А: повреждения нижней косой мышцы

Б: развития эктропиона

В: развития энтропиона

Г: дислокацию нижней слезной точки

**Вопрос №11** При возникновении в раннем послеоперационном периоде боли, асимметричном отеке, ухудшении зрения следует заподозрить:

А: острую ретробульбарную гематому

Б: лагофтальм

В: повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза

Г: гематому в области века

**Вопрос №12** При возникновении постоянной диплопии у пациента в раннем послеоперационном периоде после трансконъюнктивальной блефаропластики следует заподозрить:

А: повреждение нижней косой/нижней прямой мышцы глаза

Б: избыточное удаление орбитальной клетчатки

В: повреждение роговицы

Г: чрезмерную каутеризацию сосудов и окружающих их тканей во время операции

**2. Демонстрация практических навыков.**

а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.

б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.

в) Восстановление поврежденных мягких тканей

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**  
**Государственная итоговая аттестация по специальности**  
**31.08.60 Пластическая хирургия**  
**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**  
**II этап: Оценка уровня практической подготовки**  
**Экзаменационный билет № 20**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<b>УК-1,4</b> <b>ОПК-1,2, 4-9</b>	<p><b><u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u></b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 47 года на амбулаторном приеме врача-пластического хирурга после ранее проведенной операции.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на избыток кожи верхних век, «хмурый» вид, отсутствие эффекта от ранее проведенной операции.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> В анамнезе у пациентки два года назад эстетическая пластика верхних век в связи с возрастными изменениями. По истечении 3-4 месяцев после операции стало очевидно, что избыток кожи верхних век по мнению пациентки, так и не был устранен*.*</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Прочие оперативные вмешательства и травмы: удаление полипа эндометрия – 1 год назад, дентальная имплантация 6 месяцев назад;</li> <li>● аллергологический анамнез: без особенностей;</li> <li>● вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает;</li> <li>● профессиональных вредностей не имеет.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b> <i>Status praesens:</i> По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 125/75 мм рт.ст, ЧСС – 72 в 1 мин. Психоэмоционально стабильна.</p>	<p>Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного</p>

**Вопрос №1** Необходимым для постановки диагноза методом обследования является:

А: осмотр с оценкой параметров периорбитальной и смежных областей

Б: ультразвуковое В-сканирование век и орбитального жира

В: определение полей зрения

Г: компьютерная томограмма орбиты и околоносовых пазух

**3. Результаты обследования**

**3.1. Осмотр с оценкой параметров периорбитальной и смежных областей**

\*\*



● \*

(если применяется).

Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).

Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).



\*\*



● \*



Периорбитальные области и лицо в целом в пределах физиологической асимметрии. Определяются возрастные протические изменения верхней и средней зон лица средней степени. Определяется ложный блефарохлазис верхних век. Избыток кожи не менее 0,8 см. Брови расположены ниже верхнеглазничного края. При пассивном подъеме бровей до уровня верхнеглазничного края в расслабленном состоянии, складки расправляются. При пассивном подъеме бровей выше верхнеглазничного края – глаза открываются.

### **3.2. Ультразвуковое В-сканирование век и орбитального жира**

Патологии тканей век не выявлено

### **3.3. Определение полей зрения**

OD – Норма; OS – норма

### **3.4. Компьютерная томограмма орбиты и околоносовых пазух**

Патологии не выявлено.

**Вопрос №2** При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4), необходимо выполнить фотографирование:

А: анфас в расслабленном и нахмуренном состоянии и с поднятием бровей, периорбитальная область в  $\frac{3}{4}$  увеличенная

Б: анфас в аксиальной нижней проекции с закрытыми и открытыми глазами, периорбитальная область в максимальном увеличении



В: анфас и профиль в аксиальной средней проекции с закрытыми и открытыми глазами

Г: анфас профиль с открытыми и закрытыми глазами

**Вопрос №3** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Возрастные изменения верхней зоны лица, псевдоблефархализис

Б: Блефароспазм

В: Эндокринная офтальмопатия

Г: Миопатия, глазная форма

**6. Диагноз**

Диагноз:

**6.1. Возрастные изменения верхней зоны лица, псевдоблефархализис**

**6.2. Блефароспазм**

**6.3. Эндокринная офтальмопатия**

**6.4. Миопатия, глазная форма**

**Вопрос №4** Причиной неудовлетворительного результата предыдущего вмешательства является:

А: ошибочное определение показаний к первичной операции

Б: патологический эластоз кожи

В: состояние перименопаузы

Г: перенесенные хирургические вмешательства в ближайшее время на прочих органах и системах

**Вопрос №5** В качестве основного вида лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать:

А: хирургическое лечение

Б: инъекция ботулотоксина в круговую мышцу глаз

В: фракционное омоложение периорбитальной области

Г: фотоомоложение периорбитальной области

**Вопрос №6** Учитывая характер возрастных изменений периорбитальной области и верхней зоны лица, пациентке можно предложить следующие варианты вмешательств:

А: открытая хирургическая коррекция лба (открытый фронто-темпоральный лифтинг)

Б: эндоскопический лифтинг лобно-височных областей (закрытый фронто-темпоральный лифтинг)

В: лигатурный лифтинг/нитевая имплантация бровей

Г: хирургическая коррекция/лифтинг бровей открытым доступом (бровпексия)

Д: липофилинг подбровной области и височных областей

Е: повторная эстетическая блефаропластика верхних век с транспозицией тарзальной складки

**Вопрос №7** В случае, если пациентка настроена на долговременный стабильный результат оперативной коррекции, но категорически против длинных разрезов и разрезов на лице, методикой выбора является:

А: эндоскопический лифтинг лобно-височных областей (ЗФТЛ)

Б: хирургическая коррекция/лифтинг бровей открытым доступом

В: открытая хирургическая коррекция лба

Г: лигатурный лифтинг/нитевая имплантация бровей

**Вопрос №8** Преимуществами эндоскопического лифтинга лобно-височных областей (закрытого фронтально-темпорального лифтинга) является:

А: минимальная травматичность и кровопотеря

Б: меньший риск повреждения моторных ветвей лицевого нерва

В: меньший риск послеоперационных воспалительных осложнений

Г: отсутствие болевого синдрома в области вмешательства

**Вопрос №9** Плоскость диссекции при эндоскопическом лобно-височном лифтинге (закрытого фронтально-темпорального лифтинга) следует проводить лобная область - \_\_\_\_\_, височная:

А: лоподнадкостнично, по поверхностному листку собственной(глубокой) височной фасции

Б: подкожно, по поверхностной (темпоропариетальной) фасции

В: поднадкостнично, поднадкостнично

Г: подкожно, по глубокому листку собственной(глубокой) височной фасции

**Вопрос №10** При возникновении в раннем послеоперационном периоде асимметрии лица и нарушения мимики и отсутствие или замедление движений одной или обеих бровей следует заподозрить:

А: повреждение ветвей лицевого нерва

Б: острую гематому

В: лизированную гематому

Г: воспаление мягких тканей лица, абсцесс

**Вопрос №11** При снижении чувствительности лобно-височных областей и волосистой части головы в послеоперационном периоде следует назначить:

А: препараты витаминов группы В

Б: микротоковую и магнитотерапию

В: ультрафонофорез с лонгидазой  
Г: ультрафонофорез с тканевыми протеазами  
Д: витамин А и Е  
Е: препараты актовегина (перорально, внутривенно)  
**Вопрос №12** Перед началом лечения пациентку следует предупредить о плавном повышении физических нагрузок не ранее, чем со \_\_\_\_\_ недель/и:  
А: 2  
Б: 6  
В: 8  
Г: 10

**2. Демонстрация практических навыков.**

- а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.
- б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене.
- в) Отсроченная хирургическая обработка раны и (или) инфицированной ткани.

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

### **5. ЗАДАНИЯ III ЭТАПА «ИТОГОВОЕ СОБЕСЕДОВАНИЕ»**

Оценка результатов освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия  
**(сформированность компетенций выпускника)**

#### **III этап. Итоговое собеседование**

<b>№ п/п</b>	<b>Задание</b>	<b>Содержание основных операций:</b>	<b>Сформированные компетенции</b>	<b>Результат</b>
<b>1.</b>	Экзаменационный билет	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей.	<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	Компетенции сформированы  Компетенции не сформированы
<b>2.</b>	Ситуационная задача	Оценка профессиональной ситуации, Правильный выбор тактики действий.	<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	Компетенции сформированы  Компетенции не сформированы

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Экзаменационный билет № 1**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Организация специализированной помощи по пластической хирургии. 2. Свободная пересадка опорных тканей. Пересадка кости и хряща. 3. Электроожоги. Химические ожоги. Лучевые ожоги. Особенности клиники и лечения.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 2**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Современная пластическая хирургия. 2. Клиническое течение и морфология заживления ран. Виды ран и типы их заживления. Стадии заживления ран. Морфофизиологические стадий заживления. 3. Свободная пересадка кожи. Пересадка расщеплённого лоскута. Пересадка полно- слойного лоскута. Первичная свободная кожная пластика. Вторичная свободная кож- ная пластика.	Анализ и публичное представление ме- дицинской информации на основе дока- зательной медицины включая медико- статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом меж- дисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 3**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Предмет и особенности эстетической хирургии. Роль и место пластической хирургии в структуре оказания специализированной косметологической помощи. 2. Основные принципы хирургического закрытия ран. Способы наложения швов на кожу. 3. Плазмотерапия аутоплазмой кожи, мягких тканей, раневых дефектов, рубцов и рубцовых деформаций.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 4**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	<p>1. Методы анестезии при пластических операциях. Местная анестезия. Регионарная анестезия. Блокада нервных стволов, узлов и сплетений. Перидуральная анестезия. Наркоз.</p> <p>2. Планирование пластических операций. Расчет необходимого количества пластического материала. Состояние близлежащих кожных покровов. Пластика местными тканями. Определение запаса и подвижности тканей. Закрывание дефекта различной формы.</p> <p>3. Инъекционная контурная пластика безоболочечными наполнителями.</p>	<p>Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей</p>
<p>Ректор _____ И.О. Прохоренко</p>		



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 5**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	<p>1.Классификация лоскутов и их использование в пластической хирургии. Деление лоскутов по составу тканей. Простые лоскуты. Сложные лоскуты. Деление лоскутов по типу кровоснабжения, по связи с донорским ложем, по функции. Деление несвободных лоскутов по форме их ножки, по их связи с донорским ложем и отношению к дефекту.</p> <p>2.Материалы для пластической хирургии. Шовный материал. Требования к шовному материалу в пластической хирургии. Виды основных материалов, применяемых в ПХ. Силиконовые имплантаты. Экспандеры.</p> <p>3.Применение препаратов ботулинического токсина типа А для коррекции гиперактивности мимической мускулатуры.</p>	<p>Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей</p>
<p>Ректор _____ И.О. Прохоренко</p>		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 6**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1.Общая техника пластических операций. Виды пластики лоскутом на ножке. 2.Посттравматические повреждения сухожилий. Операции при рубцовом сращении сухожилий. Операции при сухожильных контрактурах. Операции при дефектах сухожилий. 3.Нитевой лифтинг. Виды дефектов подлежащих коррекции методом нитевого лифтинга. Виды нитевых технологий и материалов. Особенности проведения. Осложнения. Реабилитация.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 7**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1.Анатомо-топографические основы для проведения хирургической коррекции молочной железы. 2.Доброкачественные опухоли молочных желез. Основные принципы лечения фиброзно-кистозной болезни. 3. Пластика дефектов тканей кисти при устранении рубцовых деформаций и контрактур.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 8**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Классификация опущения молочных желез. Техника операций устраненияптоза молочных желез. 2. Хирургическое лечение рака молочной железы. Понятия о радикальных, паллиативных и сохранных операциях. 3. Пластические и реконструктивные операции на предплечье и плече.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 9**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Эстетическая и клиническая характеристика гипертрофии молочных желез. Коррекция гипертрофии молочных желез. Виды перемещения сосково-ареолярного комплекса на различных сосудистых ножках. Техника различных видов резекции железистой ткани. 2. Комплексный подход к оценке дефектов мягких тканей груди после мастэктомии и способы их устранения. Одномоментные и отсроченные реконструктивные операции при раке молочной железы. 3. Пластические и реконструктивные операции на бедре и голени.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 10**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1.Эндопротезирование молочных желез. Особенности применения силиконовых эндопротезов. 2.Реконструкция молочной железы перемещенным и свободным TRAM – лоскутом. 3.Контурная пластика бедер. Липосакция, эндопротезирование, липофиллинг и подтяжка бедер.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 11**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Хирургическая техника формирования кармана для эндопротеза в различных слоях тканей. 2. Виды абдоминопластики: классическая, напряженно-боковая, вертикальная абдоминопластика. Показания к различным способам абдоминопластики и особенности техники проведения операций. Липоабдоминопластика: показания, особенности техники операции. 3. Хирургическое лечение лимфатических отеков конечностей.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 12**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Коррекция асимметрии молочных желёз. Одномоментная мастопексия и аугментационная маммопластика. 2. Липосакция. Специальная аппаратура и её возможности. Показания для вакуумаспирации подкожного жира и правила отбора пациентов для операций. Техника проведения липосакции. 3. Пластическая хирургия врождённых дефектов урогенитальной области у женщин	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 13**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1.Анатомия и эстетические критерии формы носа. 2.Аугментационная пластика лица. Лицевые импланты. 3.SMAS-лифтинг. Методики, техника проведения.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 14**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Хирургические доступы в ринопластике. 2. Хирургическая анатомия ушных раковин. Классификация аномалий и пороков развития. 3. Пластика подбородка. Показания, способы и техника операций.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 15**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1.Изменение объема и формы кончика носа. Показания и техника операции. 2.Хирургическая анатомия мягких тканей лица. ПМАС лица. 3.Хирургическая коррекция возрастных изменений верхних век. Резекционные и волюмизирующие операции. Техника проведения операций в области верхних век (верхняя блефаропластика).	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 16**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Аномалии развития челюстей и их коррекция. 2. Хирургическое омоложение нижней трети лица и шеи. Основные методы проведения оперативных вмешательств. 3. Трансконъюнктивальная нижняя блефаропластика.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 17**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	<p>1. Типы кожных трансплантатов (расщепленные, полнослойные). Использование, донорские зоны, взятие кожного трансплантата, увеличение площади, фиксация, условия выживания, послеоперационный уход. Характеристика пересаженной кожи.</p> <p>2. Префабрикация лоскутов и трансплантатов.</p> <p>3. Клинико-топографическая анатомия органов грудной клетки и молочных желез. Ангиоархитектоника молочной железы. Общие вопросы предоперационного обследования при подготовке реконструктивных и пластических вмешательств на молочных железах.</p>	<p>Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей</p>
<p>Ректор _____ И.О. Прохоренко</p>		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 18**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	<p>1.Эндопротезирование голеней и ягодиц. Характеристика имплантатов. Показания, противопоказания, техника операции, особенности послеоперационного ведения, осложнения, способы устранения, отдаленные результаты.</p> <p>2. Клиническая, топографическая анатомия носа и околоносовых пазух, общие принципы выполнения вмешательств, предоперационное обследование, отдаленные результаты.</p> <p>3. Первичная реконструкция наружного носа. Реконструкция костного и хрящевого отдела носа; полная реконструкция носа; осложнения, методы устранения, отдаленные результаты.</p>	<p>Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей</p>
<p>Ректор _____ И.О. Прохоренко</p>		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 19**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	<p>1. Клиническая, топографическая анатомия головы и шеи, анатомические отделы лица (SACS, SMAS, DMAS). Инволюционные изменения мягких тканей лица при старении, клиническая и инструментальная оценка кожи.</p> <p>2. Коррекция возрастных изменений мягких тканей лица. Виды фейслифтинга (поврехностный, SMAS-лифтинг).</p> <p>3. Эстетическая пластика век (блефаропластика) при возрастных изменениях мягких тканей периорбитальной области.</p>	<p>Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей</p>
<p>Ректор _____ И.О. Прохоренко</p>		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование**

**Экзаменационный билет № 20**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций:</b>
<b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b>	1. Малоинвазивные технологии в эстетической хирургии. Лигатурный лифтинг, лазерная хирургия, радиохирургические вмешательства, биодegradуемые гели. 2. Классификация рубцов. Базовые принципы коррекции рубцов. 3. Основы фотографии и фотографические стандарты в пластической и эстетической хирургии.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И.О. Прохоренко		



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

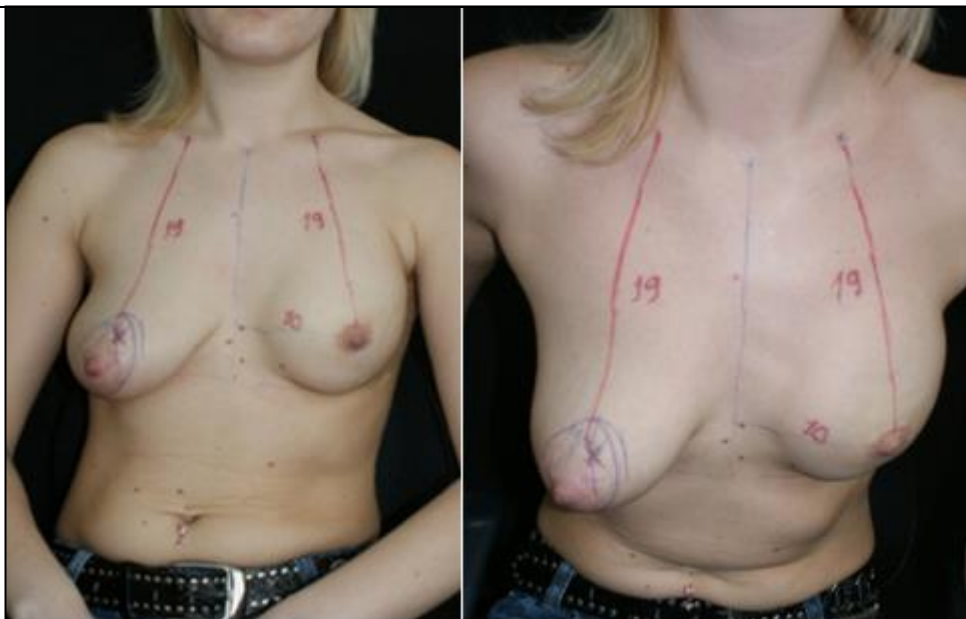
**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**III этап: Итоговое собеседование**

**Ситуационная задача № 1**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1</b> <b>ОПК-4-8</b> <b>ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Женщина 40 лет на первичном осмотре у пластического хирурга после предшествующих операций.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Асимметричность молочных желез. Вращение эндопротеза слева.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Два года назад мастэктомия слева по поводу РМЖ с одномоментной реконструкцией левой груди с помощью текстурированного эндопротеза анатомической формы (Аллерган 410 стиль) 320 мл. Заживление раны несколько недель, жалобы появились тотчас после снятия лечебного белья.</li> <li>● Гистохимическое исследование удаленной опухоли - эстрогеннегативный тип.</li> <li>● Химиотерапевтическое лечение в пред- и послеоперационном периоде</li> <li>● Оперировавший онколог в коррекции асимметрии отказал</li> </ul> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● В анамнезе беременность и роды 5 и 12 лет назад без особенностей.</li> <li>● Простудные заболевания и детские инфекции.</li> <li>● Семейный анамнез по РМЖ отрицает</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 167 см.</li> <li>● Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД– 16 в минуту. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук.</li> </ul>	<p>Оценка профессиональной ситуации.</p> <p>Правильный выбор тактики действий.</p>

	<p>Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм рт.ст.</li> <li>● Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.</li> <li>● Молочные железы асимметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухоли или воспалительной патологии.</li> </ul> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза и определения тактики лечения методом обследования является:</p> <p>А: осмотр с пальпацией  Б: консультация онколога  В: определение генов _BRCA-1_  Г: определение генов _BRCA-2_  Д: определение онкомаркеров  Е: определение гормонального статуса пациента</p> <p><b>3. Результаты обследования</b>  <b>3.1. Осмотр с пальпацией</b></p>	
--	---	--



- Очевидно неравенство контуров молочных желез слева и справа

Грудная клетка ассиметрична за счет неравенства контуров молочных желез слева и справа. По передней подмышечной линии слева определяется послеоперационный рубец 8 см в длину, нормотрофический, на уровне 5 межреберья. Под кожей левой молочной железы определяется сминаемое эластичное инородное тело - эндопротез. При пальпации определяется вращение эндопротеза, пальпация безболезненна, молочная железа без видимых очаговых уплотнений, кожа над ней не изменена. Сосок без признаков патологии, отделяемого из соска нет.

- Правая молочная железа среднего размера, птозирована. При пальпации мягко-эластической гомогенной консистенции, однородна, подвижна, безболезненна, без видимых очаговых уплотнений, кожа над ней не изменена. Сосок без признаков патологии, протоковых нет

### **3.2. Консультация онколога**

Пациентка по протоколу онкологического наблюдения проходит соответствующее обследование каждые полгода. Очередное обследование завершено 1,5 месяцев назад. Признаков рецидива опухолевого процесса нет

### **3.3. Определение генов BRCA-1**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

### **3.4. Определение генов BRCA-2**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

### **3.5. Определение онкомаркеров**

CEA - 1,2 (N=0—3 нг/мл),

CA 19-9 - 8,12 ед/мл (N=0—37 ед/мл) ,

CA 125 - 0,18 ед/мл (N=0—35 ед/мл),

CA 15-3 - 2,3 ед/мл (N=0—30 ед/мл)

### **3.6. Определение гормонального статуса пациента**

ТТГ 0,992 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),

пролактин 10,54 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),

прогестерон 78,82 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),

эстрадиол 662 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),

Лютеинизирующий гормон 4,97 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл), фолликулостимулирующий гормон 3,88 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).

**Вопрос №2** Необходимым для определения дальнейшей тактики лечения инструментальным методом обследования является:

А: ультразвуковое исследование молочных желез

Б: ультразвуковое исследование органов брюшной полости

В: дуктография

Г: МРТ головного мозга

### **5. Результаты инструментального метода обследования**

#### **5.1. Ультразвуковое исследование молочных желез**

Строение правой молочной железы: смешанное с преобладанием железистой ткани.

Протоки:

- соответствуют фазе менструального цикла;
- диффузные изменения - да;
- очаговые образования - нет;
- млечные протоки не расширены.

Аксиллярные, надключичные и парастернальные лимфоузлы не изменены.

Эхографическая картина соответствует фазе менструального цикла:

- УЗ-признаки начальной жировой трансформации правой молочной железы;
- изменения BI-RADS - 1

Строение левой молочной железы: ткань железы отсутствует. Определяется эластичное инородное тело - эндопротез с четкой непрерывной двухслойной капсулой, однородным

анэхогенным содержимым, в нижних квадрантах определяется волнистый контур капсулы. Капсула протеза - В полости капсулы вокруг протеза жидкого содержимого не определяется.

### **5.2. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости**

Органы брюшной полости без патологии. Грыжевых дефектов передней брюшной стенки нет.

### **5.3. Дуктография**

Признаков расширения протоков правой молочной железы нет, признаков наличия образований в протоках правой молочной железы нет

### **5.4. МРТ головного мозга**

При МРТ головного мозга патологических изменений не выявлено. Турецкое седло обычной формы, дно и стенки имеют ровные и четкие контуры, гипофиз расположен интракселлярно, уплощен до 2 мм, воронка гипофиза не смещена, структура однородна

**Вопрос №3** Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки \_\_\_\_\_ день менструального цикла:

А: 5-12

Б: 1-4

В: 14-18

Г: 20-28 (30)

**Вопрос №4** Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является:

А: Ятрогенная послеоперационная асимметрия молочных желез

Б: Капсулярная контрактура слева

В: Метастатический рак справа

Г: Неадекватность восприятия результата онкологической реконструкции со стороны пациентки

### **8. Диагноз**

Диагноз:

**8.1. Ятрогенная послеоперационная асимметрия молочных желез**

**8.2. Капсулярная контрактура слева**

**8.3. Метастатический рак справа**

**8.4. Неадекватность восприятия результата онкологической реконструкции со стороны пациентки**

**Вопрос №5** Пациентке показано лечение:

А: хирургическое

Б: химиотерапевтическое

В: лучевое

Г: психотерапевтическое

**Вопрос №6** Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в \_\_\_\_\_ условиях:

А: стационарных

Б: амбулаторных

В: поликлинических

Г: стационарных (отделение интенсивной терапии)

**Вопрос №7** Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме:

А: «минус-плюс» мастопексия с эндопротезированием справа. Замена имплантата на больший слева

Б: только мастопексия справа

В: только мастопексия справа с небольшим имплантатом

Г: профилактическая подкожная мастэктомия справа с одномоментной реконструкцией торакодорсальным лоскутом

**Вопрос №8** В послеоперационном периоде пациентке следует назначить группу препаратов:

А: антибиотики

Б: муколитики

В: ингибиторы протонной помпы

Г: наркотические анальгетики

**Вопрос №9** При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций необходимо выполнить фотографирование:

А: анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками

Б: полупрофиль и профиль справа и слева с поднятыми руками

В: полупрофиль и профиль в положении сидя

Г: анфас в положении лежа

**Вопрос №10** Перед выпиской из стационара пациентке следует выполнить:

А: ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей

Б: ультразвуковое сканирование брюшной полости

В: рентгенологическое исследование грудной клетки

Г: маммографию

**Вопрос №11** В раннем послеоперационном периоде следует ограничить:

<p>А: подъем рук выше плеча на 3 дня Б: самостоятельное питье в течение суток В: самостоятельную вертикализацию в течении 2 суток Г: передвижение вне палаты в течении 3 суток</p> <p><b>Вопрос №12</b> После выписки из стационара следует рекомендовать:</p> <p>А: ношение компрессионного бюстгалтера Б: адьювантную химиотерапию В: дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли Г: запрет на аэробные нагрузки в течении 6 месяцев</p>	
--	--

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**III этап: Итоговое собеседование**

**Ситуационная задача № 2**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1</b> <b>ОПК-4-8</b> <b>ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Женщина 49 лет, на первичном приеме у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На отсутствие правой молочной железы; наличие деформирующего послеоперационного рубца в области передней поверхности грудной клетки справа боли в области боковой поверхности грудной клетки справа и подмышечной области в положении лёжа на правом боку и тянущие боли при движениях в области рубца.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Три года назад мастэктомия по Пейти справа по поводу РМЖ; диагноз поставлен во время обследования на диспансеризации. На момент обнаружения опухолевого процесса жалоб у пациентки не было.</li> <li>● Гистохимическое исследование удаленной опухоли - эстрогеннегативный тип.</li> <li>● Проведено химиотерапевтическое лечение в послеоперационном периоде</li> <li>● Проведена лучевая терапия</li> </ul> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Росла и развивалась нормально;</li> <li>● Перенесенные заболевания: детские, респираторные инфекции. Острый отит и правосторонний гайморит в возрасте 11 лет; двусторонняя плевропневмония в возрасте 15 лет;</li> <li>● Гинекологический анамнез: Менархе в возрасте 13 лет; беременность, роды и кормление грудью 26 и 23 года назад; 20 лет назад - мертворождение; в настоящее время - предменопауза; изменился характер менструаций - длительность цикла, нерегулярность, характер выделений - скудные.</li> <li>● Семейный анамнез по раку молочной железы отрицает</li> </ul>	<p>Оценка профессиональной ситуации.</p> <p>Правильный выбор тактики действий.</p>



	<p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 166 см.</li> <li>● Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание через нос свободное, Грудная клетка асимметрична за счет отсутствия правой молочной железы и выраженной рубцовой деформации мягких тканей грудной клетки справа, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД – 16 в минуту. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультативно над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет,</li> <li>● Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 125/70 мм рт.ст.</li> <li>● Живот мягкий, не вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, дизурических явлений нет, стул регулярный.</li> </ul> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза и определения тактики лечения методом обследования является:</p> <p>А: осмотр с пальпацией  Б: консультация онколога  В: определение генов BRCA-1  Г: определение генов BRCA-2  Д: определение онкомаркеров  Е: определение гормонального статуса пациента</p> <p><b>3. Результаты обследования</b></p> <p><b>3.1. Осмотр с пальпацией</b></p>	
--	--	--



Status localis: Грудная клетка ассиметрична, за счет отсутствия правой молочной железы. Определяется горизонтальный, послеоперационный рубец 25 см в длину, атрофический, умеренно спаян с подлежащими тканями на уровне 4 межреберья. В центре рубца определяется значительно истонченный, депигментированный и плотно спаянный с подлежащими тканями участок овальной формы 4,0 x 2,3 см.

Левая молочная железа среднего размера, птозирована. При пальпации мягко-эластической консистенции, однородна, подвижна, безболезненна, без видимых очаговых уплотнений, кожа над ней не изменена. Сосок без признаков патологии, отделяемого из соска нет

Определяется умеренный избыток подкожной клетчатки передней брюшной стенки в околопупочной и подпупочно-надлобковой области.

### **3.2. Консультация онколога**

Пациентка по протоколу онкологического наблюдения проходит соответствующее обследование каждые полгода. Очередное обследование завершено 3 месяца назад. Признаков рецидива опухолевого процесса нет

По назначению онколога выполнена маммография левой молочной железы в двух стандартных проекциях:

Структура левой молочной железы соответствует возрасту: 2 тип (по Wolfe). В области верхненаружного квадранта молочной железы сохраняются островки железистой ткани. Отмечаются единичные сосудистые кальцинаты. Строма петлистая. Дополнительных образований не выявлено. Кожа не утолщена. Соски не втянуты, ареолы не изменены. Премаммарное пространство не изменено. Ретромаммарное пространство свободное. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Состояние после правосторонней мастэктомии по поводу опухоли.

**Заключение:** BI-RADS категория 2, доброкачественные изменения в левой молочной железе. Состояние после правосторонней мастэктомии. При сравнении с предыдущими данными отмечается незначительная тенденция к уменьшению объема железистой ткани левой молочной железы.

По назначению онколога выполнена контрольная рентгенография грудной клетки:

Свежих очаговых и инфильтративных изменений в паренхиме легких не выявлено. В верхушке правого легкого отмечаются плевроапикальные фиброзные изменения, на фоне которых определяется мелкий кальцинат, размерами 0,2 см в диаметре. В верхушке левого легкого визуализируются единичные плевроапикальные спайки. Во 2 сегменте правого легкого определяется единичный мелкий, плотный очаг, размерами 0,1 см в диаметре. Легочный рисунок не изменен. Корни легких структурны. Трахея и бронхи проходимы. Лимфоузлы средостения не увеличены. Отмечаются лишь единичные мелкие очаги в области аорто-легочного окна и кпереди от трахеи, размерами до 0,5x0,4 см. Определяется остаточная ткань вилочковой железы, размерами в поперечнике 3,2x2,4 см, с признаками жировой дистрофии. Сердце и крупные сосуды без особенностей. Жидкости в полости перикарда и в плевральных полостях нет. В базальных отделах 5 сегмента левого легкого отмечаются единичные плевродиафрагмальные спайки. Состояние после правосторонней мастэктомии по поводу опухоли. В правой подмышечной области отмечаются постоперационные фиброзные изменения. В левой подмышечной области определяются единичные мягкие лимфоузлы, размерами до 1,8x0,8 см. Костно-деструктивных изменений не определяется.

**Заключение:** фиброзные изменения в верхушке правого легкого. Единичные спайки в верхушке и 5 сегменте левого легкого. Единичные пневмосклеротические очаги в верхней доле правого легкого. Единичные мелкие лимфоузлы средостения. Состояние после правосторонней мастэктомии.

### **3.3. Определение генов BRCA-1**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

### **3.4. Определение генов BRCA-2**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

### **3.5. Определение онкомаркеров**

СЕА - 0,8 (N=0—3 нг/мл),

СА 19-9 - 3,4ед/мл (N=0—37 ед/мл),

СА 125 - 0,08 ед/мл (N=0—35 ед/мл),

СА 15-3 - 1,9 ед/мл (N=0—30 ед/мл)

### **3.6. Определение гормонального статуса пациента**

ТТГ 4,554 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),

пролактин 4,54 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),

прогестерон 28,12 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),

эстрадиол 322,56 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),

Лютеинизирующий гормон 0,97 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл),

фолликулостимулирующий гормон 5,44 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).

**Вопрос №2** Необходимым для определения дальнейшей тактики лечения инструментальным методом обследования является:

А: ультразвуковое исследование молочной железы

Б: ультразвуковое исследование органов брюшной полости

В: дуктография левой молочной железы

Г: МРТ головного мозга

### **5. Результаты инструментального метода обследования**

#### **5.1. Ультразвуковое исследование молочной железы**

Правая молочная железа: отсутствует в правой половине грудной клетки поверхностных объемных образований не выявлено

Левая молочная железа - смешанное с преобладанием жировой ткани

Протоки: не расширены, объемных образований в протоках не выявлено

Диффузные изменения: есть.

Очаговые образования: нет,

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Эхографическая картина левой молочной железы соответствует фазе менструального цикла: состояние после правосторонней мастэктомии с удалением регионарных л/узлов.

УЗ-признаков объемных образований левой молочной железы не выявлено; признаки субтотальной жировой трансформации левой молочной железы; изменения BI-RADS – 1

#### **5.2. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости**

	<p>Органы брюшной полости без патологии. Грыжевых дефектов передней брюшной стенки нет.</p> <p><b>5.3. Дуктография левой молочной железы</b>  Признаков расширения протоков правой молочной железы нет, признаков наличия образований в протоках левой молочной железы нет</p> <p><b>5.4. МРТ головного мозга</b>  При МРТ головного мозга патологических изменений не выявлено. Турецкое седло обычной формы, дно и стенки имеют ровные и четкие контуры, гипофиз расположен интракселлярно, уплощен до 2 мм, воронка гипофиза не смещена, структура однородна</p> <p><b>Вопрос №3</b> Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:</p> <p>А: Приобретенное отсутствие правой молочной железы  Б: Постмастэктомический синдром  В: Метакронный рак слева  Г: Неадекватность восприятия результата онкологической операции со стороны пациентки</p> <p><b>7. Диагноз</b>  Диагноз:</p> <p><b>7.1. Приобретенное отсутствие правой молочной железы</b>  <b>7.2. Постмастэктомический синдром</b>  <b>7.3. Метакронный рак слева</b>  <b>7.4. Неадекватность восприятия результата онкологической операции со стороны пациентки</b></p> <p><b>Вопрос №4</b> Пациентке показано лечение:</p> <p>А: хирургическое  Б: химиотерапевтическое  В: лучевое  Г: психотерапевтическое</p> <p><b>Вопрос №5</b> Пациентке показано хирургическое лечение в виде:</p> <p>А: реконструкции правой молочной железы собственными тканями  Б: двухэтапная экспандер/имплантат реконструкция правой молочной железы  В: одномоментная реконструкция правой молочной железы имплантатом  Г: одноэтапная реконструкция имплантатом-экспандером</p> <p><b>Вопрос №6</b> Оптимальной донорской областью в данном случае является:</p>	
--	---	--

- А: передняя брюшная стенка
- Б: ягодичная область
- В: задняя поверхность грудной клетки
- Г: область бедра

**Вопрос №7** Оптимальными с точки зрения снижения травмы донорской области лоскутом/трансплантатом является:

- А: лоскут/трансплантат на перфорантах нижних (глубоких) надчревных сосудов - DIEP-лоскут
- Б: TRAM-лоскут на ножке
- В: свободный TRAM-лоскут
- Г: TRAM-лоскут с подкачкой

**Вопрос №8** Для окончательного выбора лоскута/трансплантата необходимо провести исследование:

- А: компьютерная ангиография надчревных сосудов
- Б: УЗИ вен нижних конечностей
- В: ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Г: флуоресцентная лимфография нижних конечностей с индоцианином зеленым

### **13. Результаты обследования**

#### **13.1. Компьютерная ангиография надчревных сосудов**

Диаметр поверхностных надчревных сосудов 0,9-1 мм;

Доминантный медиальный перфорант

#### **13.2. УЗИ вен нижних конечностей**

Правая конечность:

- Общая бедренная вена — проходима
- Поверхностная бедренная вена — проходима
- Глубокая бедренная вена — проходима
- Подколенная вена— проходима
- Глубокие вены голени

Синусы икроножной мышцы: м/головка- проходимы, л/головка- проходимы,

Синусы камбаловидной мышцы: проходимы,

Заднебольшеберцовые вены: проходимы, • СФС – состоятельно • Большая подкожная вена— проходима, тромбирована характер тромбоза - флотирующий, неокклюзивный, окклюзивный

рефлюкс - нет

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточные перфорантные вены: - нет</li> <li>• Рефлюкс в притоках БПВ: - нет</li> <li>• СПС – состоятельно</li> <li>• Малая подкожная вена — проходима, рефлюкс - нет</li> <li>• Рефлюкс в латеральной венозной системе – нет</li> </ul> <p>Левая конечность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общая бедренная вена — проходима</li> <li>• Поверхностная бедренная вена — проходима</li> <li>• Глубокая бедренная вена — проходима</li> <li>• Подколенная вена— проходима</li> <li>• Глубокие вены голени</li> </ul> <p>Синусы икроножной мышцы:</p> <p>м/головка- проходимы, л/головка- проходимы,</p> <p>Синусы камбаловидной мышцы: проходимы,</p> <p>Заднебольшеберцовые вены: проходимы,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• СФС – состоятельно</li> <li>• Большая подкожная вена— проходима, тромбирована характер тромбоза - флотирующий, неокклюзивный, окклюзивный рефлюкс - нет</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточные перфорантные вены: - нет</li> <li>• Рефлюкс в притоках БПВ: - нет</li> <li>• СПС – состоятельно</li> <li>• Малая подкожная вена — проходима, рефлюкс - нет</li> <li>• Рефлюкс в латеральной венозной системе – нет</li> </ul> <p><b>Заключение:</b> По результатам триплексного ультразвукового исследования гемодинамически значимой патологии венозной системы нижних конечностей не выявлено. УЗ признаков тромбоза вен нижних конечностей на момент осмотра не выявлено. Противопоказаний к выполнению запланированного оперативного вмешательства нет. Степень риска послеоперационного тромбоза - низкий</p> <p><b>13.3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости</b> Органы брюшной полости без патологии. Грыжевых дефектов передней брюшной стенки нет.</p>	
--	--

<p><b>13.4. Флуоресцентная лимфография нижних конечностей с индоцианином зеленым</b></p> <p>Лимфообращение нижних конечностей в норме</p> <p><b>Вопрос №9</b> Учитывая результаты компьютерной ангиографии, вариантом выбора в данном случае является:</p> <p>А: лоскут/трансплантат на перфорантах нижних (глубоких) надчревных сосудов - DIEP-лоскут</p> <p>Б: лоскут/трансплантат на перфорантах поверхностной надчревной артерии - SIEA-лоскут</p> <p>В: верхний поперечный лоскут на основе тонкой мышцы бедра</p> <p>Г: антеро-латеральный лоскут бедра (ALT-лоскут)</p> <p><b>Вопрос №10</b> При выборе реципиентного сосуда следует отдать предпочтение:</p> <p>А: внутреннему грудному пучку</p> <p>Б: торакодорсальному пучку</p> <p>В: межреберному перфоранту внутренней грудной артерии</p> <p>Г: межреберному пучку</p> <p><b>Вопрос №11</b> Для достижения лучшего результата в план лечения следует включить:</p> <p>А: мастопексию слева</p> <p>Б: эндопротезирование левой молочной железы</p> <p>В: липофилинг левой молочной железы</p> <p>Г: перенос лимфатического лоскута</p> <p><b>Вопрос №12</b> Перед началом лечения пациентку следует предупредить, что реконструкцию сосково-ареолярного комплекса целесообразно проводить:</p> <p>А: отдельным этапом не ранее чем через 3 месяца после реконструкции</p> <p>Б: отдельным этапом не позже чем через 1-2 недели после реконструкции</p> <p>В: в отдаленном периоде не ранее, чем через год после реконструкции</p> <p>Г: отдельным этапом через 3-4 недели после реконструкции</p>	
---	--

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

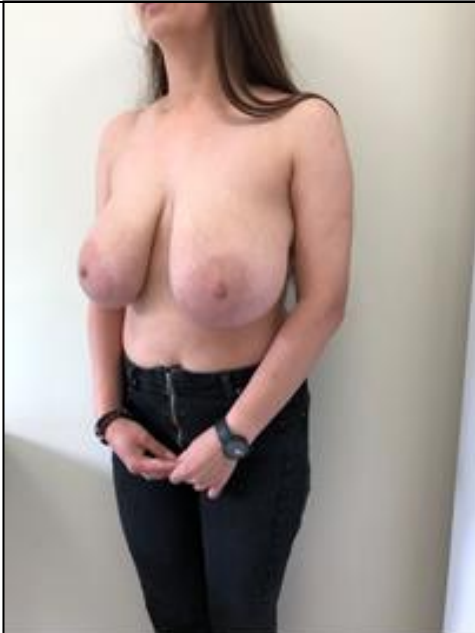


**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 3**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Женщина 29 лет на первичном приеме у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На неудовлетворительную форму и провисание, большой объём и асимметрию молочных желез, боли в грудном отделе позвоночника, перетяжки от лямок бюстгалтера, повышенную потливость в области подгрудных складок, эстетический дискомфорт.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Молочные железы начали постепенно увеличиваться с начала периода пубертата, формировались больших размеров, однако, это не беспокоило пациентку, поскольку по материнской линии в семье у всех женщин наблюдались молочные железы больших размеров. Во время беременности отметила резкое увеличение молочных желез. К концу беременности в 2012 г. железы еще больше увеличились и опустились до уровня пупка. Родоразрешение кесаревым сечением. После родов со слов пациентки, молочные железы достигли уровня паха, имела место выраженная отечность нижних отделов желез с периодической мацерацией кожного покрова. В связи с выраженными сложностями при сцеживании молока, возник тотальный лактостаз с риском развития некрозов молочных желез. В связи с этим было принято решение о медикаментозном подавлении лактации. Назначен препарат Достинекс, лактация подавлена в течение недели. Далее в течение 2—3 мес. молочные железы несколько уменьшились в объеме, но кожные покровы не сократились.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Росла и развивалась нормально</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.</p>

	<p>В анамнезе:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● детские и респираторные инфекции ;</li><li>● 2002 и 2005 гг. — прерывание беременности;</li><li>● 2002 г. — удаление липомы правого плеча;</li><li>● наследственность неотягощена;</li><li>● отмечает большие размеры молочных желез у бабушки по материнской линии;</li><li>● онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает</li></ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <p>При поступлении рост 170 см, масса тела 64 кг, ИМТ —20,1 кг/м<sup>2</sup>, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психо-эмоционально - стабильна</p> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимыми для постановки диагноза клиническими и лабораторными методами обследования являются:</p> <p>А: осмотр Б: пальпация В: определение гормонального статуса пациента Г: определение генов BRCA-1 Д: определение генов BRCA-2 Е: онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3</p> <p><b>3. Результаты клинических и лабораторных методов обследования</b></p> <p><b>3.1. Осмотр</b></p>	
--	---	--





**Status localis:** молочные железы в пределах физиологической асимметрии, гигантских размеров, достигают уровня верхней трети живота. Железистая ткань сконцентрирована в нижних отделах желез, на грудной стенке и ниже подгрудных складок железистая ткань не определяется. Кожный покров обычной окраски, изъязвлений и мацерации на момент осмотра нет. Отмечается резко выраженный лимфатический отек кожи в нижних отделах желез, включая сосково-ареолярные комплексы. Сосково-ареолярные комплексы крупные, в диаметре 8,5—9,5 см.

Расстояние от яремной вырезки до САК (сосково-ареолярного комплекса) справа – 34 см, слева – 35,5; расстояние от срединной линии до САК справа – 22,5 см, слева 23 см; диаметр основания справа – 16 см, слева 17,5 см

### **3.2. Пальпация**

При пальпации: тургор и эластичность кожи молочных желез резко снижены. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Большие грудные мышцы развиты нормально. Пальпаторно патологических образований в железах не определяется. Протоковых выделений не выявлено

### **3.3. Определение гормонального статуса пациента**

ТТГ 0,882 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),  
пролактин 11,54 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),  
прогестерон 10,82 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),  
эстрадиол 827 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),  
Лютеинизирующий гормон 0,97 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл), фолликулостимулирующий гормон 1,88 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).

#### **3.4. Определение генов BRCA-1**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

#### **3.5. Определение генов BRCA-2**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

#### **3.6. Онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3**

Онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3 составляют 0,0 (N=0—3 нг/мл), 6,90 ед/мл (N=0—37 ед/мл), 1,55 ед/мл (N=0—35 ед/мл), 10,6 ед/мл (N=0—30 ед/мл) соответственно.

**Вопрос №2** Необходимыми для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальными методами обследования являются:

А: ультразвуковое исследование молочных желез

Б: МРТ головного мозга

В: дуктография

Г: термометрия

Д: радиотермометрия

Е: МРТ молочных желез

#### **5. Результаты обследования**

##### **5.1. Ультразвуковое исследование молочных желез**

Строение молочной железы: смешанное с преобладанием железистой ткани. Протоки: соответствуют фазе менструального цикла, диффузные изменений нет, очаговые образований нет, млечные протоки (узи молочных желез): аксиллярные, надключичные и парастернальные лимфоузлы не изменены. Эхокардиографическая картина соответствует фазе менструального цикла: УЗ-признаки начальной жировой трансформации молочных желез.

##### **5.2. МРТ головного мозга**

При МРТ головного мозга патологических изменений не выявлено. Турецкое седло обычной формы, дно и стенки имеют ровные и четкие контуры, гипофиз расположен интракселлярно, уплощен до 2 мм, воронка гипофиза не смещена, структура однородна.

**5.3. Дуктография**

Признаков расширения протоков молочных желез нет

**5.4. Термометрия**

Признаков очаговой гипертермии правой и левой молочных желез не выявлено

**5.5. Радиотермометрия**

Глубинных температурных аномалий не обнаружено. Диапазон глубинных температур справа и слева – от 31,5 до 33,3 градусов цельсия

**5.6. МРТ молочных желез**

Диффузных и очаговых изменений не выявлено

**Вопрос №3** Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки \_\_\_\_\_ день менструального цикла:

А: 5-12

Б: 1-4

В: 14-18

Г: 20-28 (30)

**Вопрос №4** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Гипертрофия молочных желез

Б: Постлактационная инволюция молочных желез

В: Тубулярная деформация молочных желез 1 типа

Г: Тубулярная деформация молочных желез 2 типа

**8. Диагноз**

Диагноз:

**8.1. Гипертрофия молочных желез**

**8.2. Постлактационная инволюция молочных желез**

**8.3. Тубулярная деформация молочных желез 1 типа**

**8.4. Тубулярная деформация молочных желез 2 типа**

**Вопрос №5** При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций необходимо выполнить фотографирование:

А: анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками

Б: полупрофиль и профиль с поднятыми руками

В: анфас, полупрофиль и профиль в положении сидя и в положении руки на талии

Г: анфас в положении лежа

**Вопрос №6** Оптимальным вариантом хирургической коррекции является:

<p>А: редукционная маммопластика с транспортом САК на питающей ножке  Б: редукционная маммопластика по Тореку  В: периареолярная мастопексия  Г: липосакция молочных желез с иссечением избытка кожи по периметру ареолы (периареолярно)</p> <p><b>Вопрос №7</b> Учитывая клиническую ситуацию, оптимальный для транспорта сосково-ареолярного комплекса является _____ питающая ножка:</p> <p>А: верхнее-медиальная  Б: центральная  В: нижне-медиальная  Г: верхняя</p> <p><b>Вопрос №8</b> Раскрой при резекции кожного «чехла» и результирующий рубец в данном случае следует планировать:</p> <p>А: в виде инвертированной буква Т  Б: периареолярный  В: циркумвертикальный  Г: горизонтальный</p> <p><b>Вопрос №9</b> Главным условием для транспорта САК с надежной васкуляризацией является:</p> <p>А: толщина слоя подлежащих тканей в зоне САК не менее 2 см  Б: отношение длины питающей ножки к ее ширине не более 1:2  В: нижнее основание ножки  Г: сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне САК</p> <p><b>Вопрос №10</b> Наиболее вероятным местным осложнением для данного типа операций является:</p> <p>А: ишемия сосково-ареолярного комплекса  Б: рецидив гипертрофии молочных желез  В: развитие фиброзно кистозной мастопатии  Г: лимфостаз верхних конечностей</p> <p><b>Вопрос №11</b> В качестве профилактической противорубцовой терапии при отсутствии склонности к гипертрофическому рубцеванию в анамнезе пациентке следует назначить:</p> <p>А: применение силиконовых тейпов  Б: местную гормонотерапию  В: Букки-терапию</p>	
--	--

	<p>Г: магнитотерапию</p> <p><b>Вопрос №12</b> Частота планового ультразвукового исследования в отдаленном послеоперационном периоде у данной пациентки – 1 раз в _____ :</p> <p>А: год</p> <p>Б: 6 месяцев</p> <p>В: 2 года</p> <p>Г: 5 лет</p>	
--	---	--

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 4**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Женщина 35 лет на первичном приеме у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На малый объем молочных желез.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> С момента пубертатного периода отмечает крайне незначительный рост молочных желез. В анамнезе 15 лет назад - беременность, роды и грудное вскармливание в течении 4-5 месяцев с самопроизвольным прекращением лактации без видимой причины. Объем и форма молочных желез после деторождения существенно не изменилась. Повторное деторождение не исключает. Ранее к пластическому хирургу не обращалась.</p> <p>Особые пожелание при консультировании: пациентка выражает желание увеличить объем молочных желез не менее, чем на 2 размера; акцентирует внимание на отсутствии полноты верхнего полюса молочных желез и желание увеличить данный регион.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Росла и развивалась нормально В анамнезе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Травмы и оперативные вмешательства – отрицает;</li> <li>● Наличие сопутствующих заболеваний отрицает;</li> <li>● Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 29-30 дней. Месячное кровотечение 3-4 дня, умеренного количества, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет.</li> </ul>	<p>Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Аллергологический анамнез – без особенностей;</li> <li>● Наследственность не отягощена;</li> <li>● Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нормы;</li> <li>● Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <p>При поступлении рост 167 см, масса тела 62 кг, телосложение – гиперстеническое, питание – умеренное, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психо-эмоционально – стабильна.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза методом обследования является:</p> <p>А: осмотр  Б: пальпация  В: определение гормонального статуса пациента  Г: определение генов BRCA-1  Д: определение генов BRCA-2  Е: определение онкомаркеров СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3</p> <p><b>3. Результаты обследования</b></p> <p><b>3.1. Осмотр</b></p>	
--	---	--



Statuslocalis: молочные железы в пределах физиологической асимметрии. Конус желез слабо выражен, птоз не определяется, субмаммарная складка выражена слабо, разница

уровней до 1,5 см (правая ниже). Патологии основания молочных желез не выявлено.

Параметры:  
 Диаметр молочных желез: справа – 12,2 см, слева – 12,4 см  
 Расстояние от субмаммарной складки до соска справа – 6,0, слева – 5,7 см  
 Расстояние от субмаммарной складки до соска в натяжении справа – 8,5 см, слева – 8,3 см

Расстояние между молочными железами – 3.4 см  
 Расстояние от яремной вырезки до САК – 18,5 см справа и слева  
 Расстояние от середины ключицы справа = 17,5 см, слева – 17,0 см  
 Расстояние САК-САК – 19 см  
 Диаметр ареол – 2,6-2,8 см  
 Окружность грудной клетки – 75 см.

**3.2. Пальпация**  
 При пальпации: Тургор мягких тканей достаточный.  
 Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.  
 Большие грудные мышцы развиты нормально.  
 Пальпаторно патологических образований в железах не определяется.  
 Протоковых выделений не выявлено

**3.3. Определение гормонального статуса пациента**  
 ТТГ 0,680 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),  
 пролактин 5,52 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),  
 прогестерон 25,44 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),  
 эстрадиол 742 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),  
 Лютеинизирующий гормон 1,83 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл), фолликулостимулирующий гормон 1,45 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).

**3.4. Определение генов BRCA-1**  
 Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

**3.5. Определение генов BRCA-2**  
 Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

**3.6. Определение онкомаркеров СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3**  
 Онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3 составляют 0,2 (N=0—3 нг/мл), 3,75 ед/мл (N=0—37 ед/мл), 2,33 ед/мл (N=0—35 ед/мл), 9,6 ед/мл (N=0—30 ед/мл) соответственно.

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству ин-

струментальным методом обследования является:

А: ультразвуковое исследование молочных желез

Б: дуктография

В: термометрия

Г: радиотермометрия

## **5. Результаты инструментального метода обследования**

### **5.1. Ультразвуковое исследование молочных желез**

Молочные железы малого объема. Строение молочной железы: смешанное с преобладанием железистой ткани.

Протоки: соответствуют фазе менструального цикла, диффузные изменений нет, очаговые образований нет, млечные протоки (узи молочных желез): аксиллярные, надключичные и парастернальные лимфоузлы не изменены.

Эхокардиографическая картина соответствует фазе менструального цикла: УЗ-признаки начальной жировой трансформации молочных желез.

### **5.2. Дуктография**

Признаков расширения протоков молочных желез нет

### **5.3. Термометрия**

Признаков очаговой гипертермии правой и левой молочных желез не выявлено

### **5.4. Радиотермометрия**

Глубинных температурных аномалий не обнаружено. Диапазон глубинных температур справа и слева – от 31,5 до 33,3 градусов цельсия

**Вопрос №3** Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки \_\_\_\_\_ день менструального цикла:

А: 5-12

Б: 1-4

В: 14-18

Г: 20-28 (30)

**Вопрос №4** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Первичная эстетическая гипомастия

Б: Синдром Поланда

В: Тубулярная деформация молочных желез 1 типа

Г: Аплазия молочных желез

## **8. Диагноз**

	<p>Диагноз:</p> <p><b>8.1. Первичная эстетическая гипомастия</b></p> <p><b>8.2. Синдром Поланда</b></p> <p><b>8.3. Тубулярная деформация молочных желез 1 типа</b></p> <p><b>8.4. Аплазия молочных желез</b></p> <p><b>Вопрос №5</b> При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций необходимо выполнить фотографирование:</p> <p>А: анфас и профиль с наклоном вперед</p> <p>Б: полупрофиль и профиль с поднятыми руками</p> <p>В: полупрофиль и профиль в положении сидя</p> <p>Г: анфас в положении лежа</p> <p><b>Вопрос №6</b> Основным методом хирургической коррекции в данном случае является:</p> <p>А: аугментационная маммопластика ретропекторальная</p> <p>Б: аугментационная маммопластика субгландулярная</p> <p>В: периареолярная мастопексия</p> <p>Г: редрапировка ткани молочных желез</p> <p><b>Вопрос №7</b> Оптимальным оперативным доступом в данном случае является:</p> <p>А: аксиллярный</p> <p>Б: субмаммарный</p> <p>В: трансареолярный</p> <p>Г: трансумбиликальный</p> <p><b>Вопрос №8</b> Недостатком аксиллярного доступа является:</p> <p>А: ограниченная зона для манипулирования</p> <p>Б: наиболее выраженный болевой синдром</p> <p>В: более длительный период ограничения физической активности</p> <p>Г: более частое образование послеоперационных сером</p> <p><b>Вопрос №9</b> Желательным условием применения данного доступа является использование:</p> <p>А: видеоассистенции</p> <p>Б: специальных зажимов</p> <p>В: физиодиспенсера</p> <p>Г: портативного ультразвукового сонографа</p> <p><b>Вопрос №10</b> Оптимальным имплантатом/эндопротезом в данном случае является:</p> <p>А: круглый имплантат среднего/среднего плюс профиля, диаметр в диапазоне – 11,2-</p>	
--	---	--

	<p>11,5 см, объемом 250-275 мл Б: круглый имплантат ультра высокого профиля, диаметром в диапазоне 10,3-10,8, объемом 350-400 мл В: круглый имплантат среднего профиля, диаметр в диапазоне 13,4-13,7, объемом 375-450 мл Г: анатомический имплантат высокий, с высокой проекцией – ширина в диапазоне 11,0-11,5 см, высота в диапазоне 11,5-12,0 см, объёмом в диапазоне 330-380 мл</p> <p><b>Вопрос №11</b> Период обязательного ношения компрессионного белья после данной операции составляет ____ недель (и): А: 4-5 Б: 2-3 В: 8-10 Г: 10-12</p> <p><b>Вопрос №12</b> Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет ____ недель (и): А: 6 Б: 2 В: 8 Г: 10</p>	
--	---	--

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 5**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b>  <b>1.1. Ситуация</b>                      Женщина 34 года на первичном приеме у пластического хирурга.  <b>1.2. Жалобы</b>                      Уменьшение объема молочных желез после лактации.  <b>1.3. Анамнез заболевания</b>                      В анамнезе 3 года назад - беременность, роды и грудное вскармливание в течении 9 месяцев; прекращением лактации в связи с выходом на работу. Отмечает изменение объема и формы молочных желез после деторождения. Планирует повторное деторождение через 2-3 года. Ранее к пластическому хирургу не обращалась.  <b>1.4. Анамнез жизни</b>                      Росла и развивалась нормально                      В анамнезе:                      ● Детские и респираторные инфекции;                      ● Травмы и оперативные вмешательства – отрицает;                      ● Наличие сопутствующих заболеваний отрицает;                      ● Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 28 дней. Месячное кровотечение 3-5 дней, умеренного количества, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет.                      ● Аллергологический анамнез – без особенностей;                      ● Наследственность не отягощена;                      ● Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нормы;</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации.                      Правильный выбор тактики действий.</p>



	<p>● Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <p>При поступлении рост 170 см, масса тела 66 кг, телосложение – нормостеническое, питание – умеренное, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психо-эмоционально – стабильна.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза методом обследования является:</p> <p>А: осмотр Б: пальпация В: определение гормонального статуса пациента Г: определение генов BRCA-1 Д: определение генов BRCA-2 Е: определение онкомаркеров СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3</p> <p><b>3. Результаты обследования</b></p> <p><b>3.1. Осмотр</b></p>	
--	--	--











Status localis: молочные железы в пределах физиологической асимметрии. Конус желез слабо выражен умеренно, птоз железистый, умеренный, субмаммарные складки выражены отчетливо, уровни симметричны. Патологии основания молочных желез не выявлено.

Параметры:

Диаметр молочных желез: справа – 14,3 см, слева – 14 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска справа – 7,0, слева – 7,2 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска в натяжении справа – 9,5 см, слева – 9,7 см.

Расстояние между молочными железами – 3,6 см.

Расстояние от яремной вырезки до САК – 18,0 см справа и слева, Расстояние от середины ключицы справа = 21,0 см, слева – 20,5 см. Расстояние САК-САК – 19,5 см.

Диаметр ареол – 4,3-4,5 см  
Окружность грудной клетки – 85 см.

### **3.2. Пальпация**

При пальпации: Тургор мягких тканей молочных желез снижен незначительно. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Большие грудные мышцы развиты нормально. Пальпаторно патологических образований в железах не определяется. Протоковых выделений не выявлено

### **3.3. Определение гормонального статуса пациента**

ТТГ 0,520 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),  
пролактин 6,05 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),  
прогестерон 35,80 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),  
эстрадиол 650 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),  
Лютеинизирующий гормон 3,78 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл), фолликулостимулирующий гормон 1,76 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).

### **3.4. Определение генов BRCA-1**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

### **3.5. Определение генов BRCA-2**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

### **3.6. Определение онкомаркеров СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3**

Онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3 составляют 0,5 (N=0—3 нг/мл), 1,75 ед/мл (N=0—37 ед/мл), 5,42 ед/мл (N=0—35 ед/мл), 5,6 ед/мл (N=0—30 ед/мл) соответственно.

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является:

А: ультразвуковое исследование молочных желез

Б: дуктография

В: термометрия

Г: радиотермометрия

### **5. Результаты инструментального метода обследования**

#### **5.1. Ультразвуковое исследование молочных желез**

Молочные железы среднего объема. Строение молочной железы: смешанное с преобладанием железистой ткани. Протоки: соответствуют фазе менструального цикла, диффузные изменений нет, очаговые образований нет, млечные протоки не расширены: аксиллярные, надключичные и парастернальные лимфоузлы не изменены. Эхографическая картина соответствует фазе менструального цикла: УЗ-признаки начальной жировой

трансформации молочных желез.

### **5.2. Дуктография**

Признаков расширения протоков молочных желез нет, патологических внутрипротоковых образований нет.

### **5.3. Термометрия**

Признаков очаговой гипертермии правой и левой молочных желез не выявлено

### **5.4. Радиотермометрия**

Глубинных температурных аномалий не обнаружено. Диапазон глубинных температур справа и слева – от 31,5 до 33,3 градусов Цельсия

**Вопрос №3** Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки \_\_\_\_\_ день менструального цикла:

А: 5-12

Б: 1-4

В: 14-18

Г: 20-28 (30)

**Вопрос №4** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Постлактационная инволюция молочных желез

Б: Синдром Поланда

В: Тубулярная деформация молочных желез 1 типа

Г: Аплазия молочных желез

### **8. Диагноз**

Диагноз:

**8.1. Постлактационная инволюция молочных желез**

**8.2. Синдром Поланда**

**8.3. Тубулярная деформация молочных желез 1 типа**

**8.4. Аплазия молочных желез**

**Вопрос №5** При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций необходимо выполнить фотографирование:

А: анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками

Б: полупрофиль и профиль с поднятыми руками и руками на поясе

В: полупрофиль и профиль в положении сидя

Г: анфас в положении лежа

**Вопрос №6** Основным методом хирургической коррекции в данном случае является:



	<p>А: аугментационная маммопластика ретропекторальная  Б: аугментационная маммопластика субглангулярная  В: перiareолярная мастопексия  Г: редрапировка ткани молочных желез</p> <p><b>Вопрос №7</b> Оптимальным оперативным доступом в данном случае является:</p> <p>А: субмаммарный  Б: трансаксиллярный  В: трансареолярный  Г: трансабдоминальный</p> <p><b>Вопрос №8</b> Преимуществом субмаммарного доступа является:</p> <p>А: возможность установки имплантата в разных плоскостях (ретропекторально, субглангулярно)  Б: менее выраженный болевой синдром  В: менее длительный период ограничения физической активности  Г: меньший процент развития капсулярных контрактур</p> <p><b>Вопрос №9</b> Оптимальным в данном случае является анатомический имплантат/эндопротез:</p> <p>А: средней высоты , средней/средней плюс проекции с шириной 12,5-13,0, объемом 360-375 см<sup>3</sup>/г  Б: большой/полной высоты, высокой проекции с шириной 13,5-14,0, объемом 530-680 см<sup>3</sup>/г  В: средней высоты, высокой/экстравысокой проекции с шириной 10,5-11,0, объемом 225-260см<sup>3</sup>/г  Г: малой высоты, средней проекции проекции с шириной 12,5-13,0, объемом 250-300см<sup>3</sup>/г</p> <p><b>Вопрос №10</b> Оптимальным в данном случае является круглый имплантат/эндопротез:</p> <p>А: среднего/среднего плюс профиля, диаметр в диапазоне – 12,7-13,0 см, объемом 360-375 см<sup>3</sup>/г  Б: высокого профиля, диаметром в диапазоне 13,2-13,5, объемом 485-520 см<sup>3</sup>/г  В: низкого профиля, диаметр в диапазоне 14,5-15,0, объемом 380-410 см<sup>3</sup>/г  Г: ультра/экстра высокой проекции, высота в диапазоне 13,2-13,5 см, объемом в диапазоне 545-560 см<sup>3</sup>/г</p> <p><b>Вопрос №11</b> Период обязательного ношения компрессионного белья после данной операции составляет _____ недель (и):</p>	
--	---	--

- А: 4-5
- Б: 2-3
- В: 8-10
- Г: 10-12

**Вопрос №12** Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет \_\_\_\_\_ недель(и):

- А: 6
- Б: 2
- В: 8
- Г: 10

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

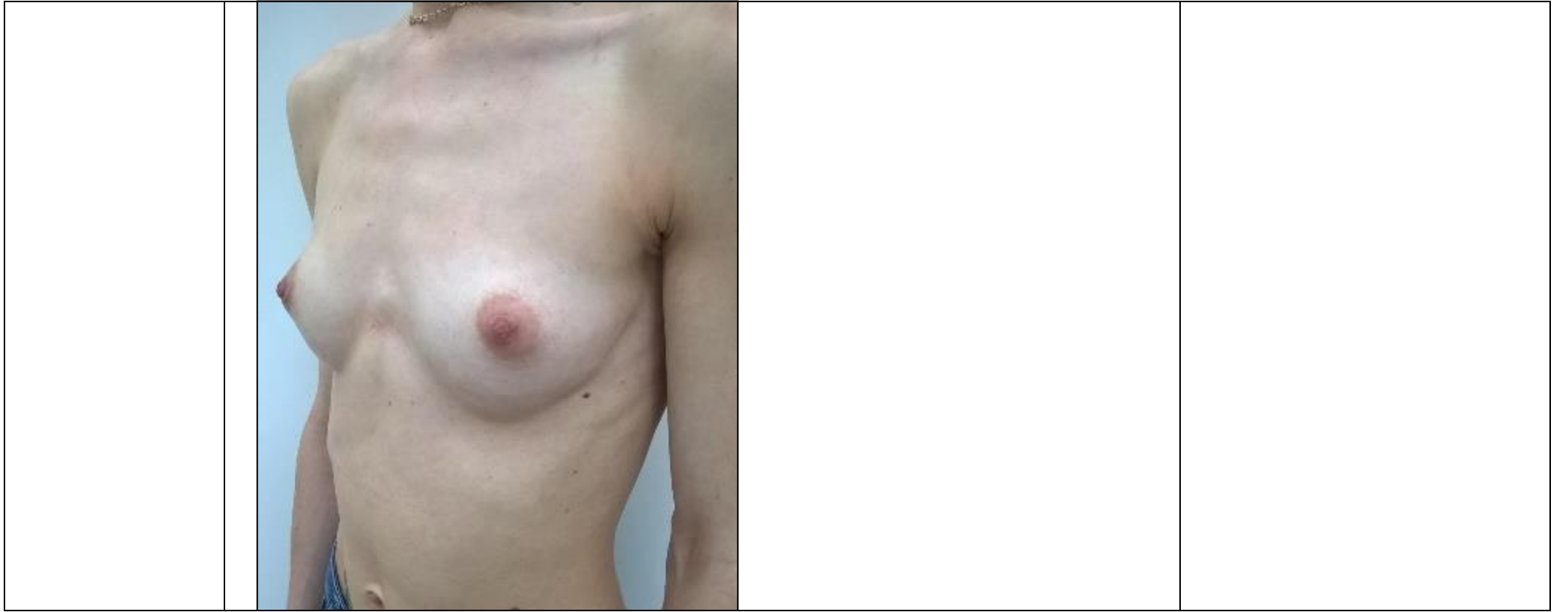
**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

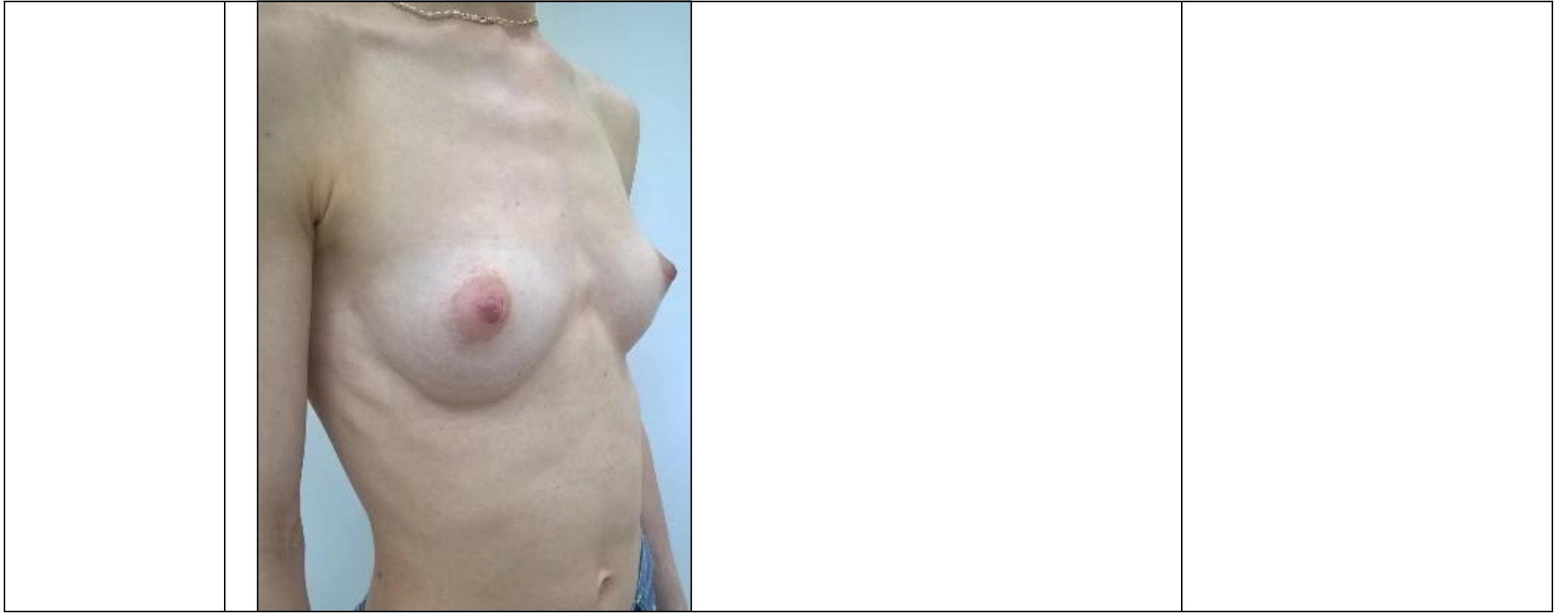
**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 6**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b>  <b>1.1. Ситуация</b>                      Женщина 28 лет на первичном приеме у пластического хирурга.  <b>1.2. Жалобы</b>                      Уменьшение объема молочных желез после лактации.  <b>1.3. Анамнез заболевания</b>                      У пациентки двое детей. В анамнезе 7 и 5 лет назад - беременность, роды и грудное вскармливание в течении в течении 3-х и 4 месяцев соответственно; прекращением лактации в связи с выходом на работу. Исходно молочные железы небольшого объема, психологического дискомфорта у пациентки не вызывали. Отмечает уменьшение объема молочных желез после деторождения, изменения формы – несущественны для пациентки. Деторождение в будущем не планирует. Ранее к пластическому хирургу не обращалась. Обратилась с целью восстановления исходного объема молочных желез и небольшого увеличения. При обсуждении возможностей и результатов увеличивающей маммопластики пациентка делает акцент на увеличении проекции верхнего полюса молочных желез.  <b>1.4. Анамнез жизни</b>                      Росла и развивалась нормально.                      В анамнезе:                      ● Детские и респираторные инфекции;                      ● Травмы и оперативные вмешательства – оперативное родоразрешение;                      ● Наличие сопутствующих заболеваний отрицает;                      ● Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 33-35 дней. Месячное кровотечение 5-6 дней, скудного количества, болевой синдром кратковременный, выражен</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации.                      Правильный выбор тактики действий.</p>

	<p>слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Аллергологический анамнез – без особенностей;</li> <li>● Наследственность не отягощена;</li> <li>● Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нормы;</li> </ul> <p>● Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <p>При поступлении рост 164 см, масса тела 46 кг, телосложение – астеническое, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психо-эмоционально – стабильна.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза методом обследования является:</p> <p>А: осмотр  Б: пальпация  В: определение гормонального статуса пациента  Г: определение генов BRCA-1  Д: определение генов BRCA-2  Е: определение онкомаркеров СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3</p> <p><b>3. Результаты обследования</b></p> <p><b>3.1. Осмотр</b></p>	
--	---	--













Statuslocalis: молочные железы в пределах физиологической асимметрии. Конус желез выражен умеренно, птоз железистый, слабо выражен, субмаммарные складки выражены отчетливо, уровень правой субмаммарной складки на 1,0 см ниже левой. Патологии основания молочных желез не выявлено.

Параметры:

Диаметр молочных желез: справа – 12,0 см, слева – 11,9 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска справа – 6,8, слева – 7,0 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска в натяжении справа – 9,2 см, слева – 9,5

см.

Расстояние между молочными железами – 2,9 см.

Расстояние от яремной вырезки до САК справа – 18,7 см слева – 18,5 см,  
Расстояние САК-САК (межсосковое)– 18,5 см.

Диаметр ареол – 4,5 см

Окружность грудной клетки – 71 см.

### **3.2. Пальпация**

При пальпации: Тургор мягких тканей молочных желез снижен незначительно. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Большие грудные мышцы развиты нормально. Пальпаторно патологических образований в железах не определяется. Протоковых выделений не выявлено.

### **3.3. Определение гормонального статуса пациента**

ТТГ 0,845 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),

пролактин 4,30 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),

прогестерон 27,80 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),

эстрадиол 355 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),

Лютеинизирующий гормон 2,64 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл), фолликулостимулирующий гормон 1,90 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).

### **3.4. Определение генов BRCA-1**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

### **3.5. Определение генов BRCA-2**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

### **3.6. Определение онкомаркеров СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3**

Онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3 составляют 0,3(N=0—3 нг/мл), 0,75 ед/мл (N=0—37 ед/мл), 2,33 ед/мл (N=0—35 ед/мл), 1,6 ед/мл (N=0—30 ед/мл) соответственно.

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является:

А: ультразвуковое исследование молочных желез

Б: дуктография

В: термометрия

Г: радиотермометрия

## **5. Результаты инструментального метода обследования**

### **5.1. Ультразвуковое исследование молочных желез**

Молочные железы малого объема. Строение молочной железы: смешанное с преобладанием железистой ткани. Протоки: соответствуют фазе менструального цикла, диффуз-

ные изменений нет, очаговые образований нет, млечные протоки не расширены: аксиллярные, надключичные и парастернальные лимфоузлы не изменены. Эхографическая картина соответствует фазе менструального цикла: УЗ-признаки начальной жировой трансформации молочных желез.

### **5.2. Дуктография**

Признаков расширения протоков молочных желез нет, патологических внутрипротоковых образований нет.

### **5.3. Термометрия**

Признаков очаговой гипертермии правой и левой молочных желез не выявлено

### **5.4. Радиотермометрия**

Глубинных температурных аномалий не обнаружено. Диапазон глубинных температур справа и слева – от 31,5 до 33,3 градусов Цельсия

**Вопрос №3** Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки \_\_\_\_\_ день менструального цикла:

А: 5-12

Б: 1-4

В: 14-18

Г: 20-28 (30)

**Вопрос №4** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Постлактационная инволюция молочных желез

Б: Синдром Поланда

В: Тубулярная деформация молочных желез 1 типа

Г: Аплазия молочных желез

### **8. Диагноз**

Диагноз:

**8.1. Постлактационная инволюция молочных желез**

**8.2. Синдром Поланда**

**8.3. Тубулярная деформация молочных желез 1 типа**

**8.4. Аплазия молочных желез**

**Вопрос №5** При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций необходимо выполнить фотографирование:

А: анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками

Б: полупрофиль и профиль с поднятыми руками и руками на поясе

	<p>В: полупрофиль и профиль в положении сидя  Г: анфас в положении лежа</p> <p><b>Вопрос №6</b> Основным методом хирургической коррекции в данном случае является:</p> <p>А: аугментационная маммопластика ретропекторальная  Б: аугментационная маммопластика субгландулярная  В: периареолярная мастопексия  Г: редрапировка ткани молочных желез</p> <p><b>Вопрос №7</b> Оптимальным оперативным доступом в данном случае является:</p> <p>А: трансареолярный  Б: трансаксиллярный  В: субмаммарный  Г: трансабдоминальный</p> <p><b>Вопрос №8</b> Оптимальным карманом для установки имплантата в данном случае является:</p> <p>А: частично субпекторальный (dual plane)  Б: субгландулярный  В: субфасциальный  Г: полный субмускулярный</p> <p><b>Вопрос №9</b> Оптимальным имплантатом/эндопротезом в данном случае является:</p> <p>А: круглый имплантат низкого плюс/ среднего профиля, диаметр в диапазоне 11,0–11,5 см, объемом 190-250 см<sup>3</sup>/г  Б: круглый имплантат среднего плюс/высокого профиля, диаметром в диапазоне 12,0-12,5, объемом 300-385 см<sup>3</sup>/г  В: круглый имплантат низкого профиля, диаметр в диапазоне 13,2-13,5, объемом 340-360 см<sup>3</sup>/г  Г: анатомический имплантат полной высоты и высокой проекции, высота в диапазоне 13,0-13,5 см, ширина в диапазоне 12,0-12,5 объемом в диапазоне 375-425 см<sup>3</sup>/г</p> <p><b>Вопрос №10</b> Тактикой выбора при возможном контурировании имплантата в отдаленном периоде (при отсутствии данных за рубцовую капсулярную контрактуру) является:</p> <p>А: липофилинг молочных желез  Б: ревизия кармана, повторное протезирование  В: ревизия кармана, удаление имплантата  Г: периареолярная мастопексия</p> <p><b>Вопрос №11</b> В послеоперационном периоде пациентке рекомендовано носить ком-</p>	
--	---	--

прессионное белье не менее \_ недель:

А: 4-5

Б: 2-3

В: 8-10

Г: 10-12

**Вопрос №12** Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет \_\_\_\_\_ недель(и):

А: 6

Б: 2

В: 8

Г: 10

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**III этап: Итоговое собеседование**

**Ситуационная задача № 7**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1</b> <b>ОПК-4-8</b> <b>ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Женщина 32 года на первичном приеме у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На неудовлетворительную форму и провисание молочных желез.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Молочные железы изначально нормального объема, значительно увеличились в период первой беременности и лактации. В анамнезе двукратные роды и грудное вскармливание; лактация достаточного объема, в течение 9 и 11 месяцев после первых и вторых родов соответственно. После окончания периода лактации форма молочных желез радикально изменилась, а также несколько уменьшился объем. Целью обращения пациентки является восстановление формы молочных желез без увеличения объема.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Росла и развивалась нормально В анамнезе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Беременности и роды 5 и 3 года назад;</li> <li>● Травмы и операции отрицает;</li> <li>● Наследственность не отягощена;</li> <li>● Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 26-28 дней. Месячное кровотечение 5 дней, кровопотеря среднего объема, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет;</li> <li>● Вредные привычки отрицает;</li> </ul>	<p>Оценка профессиональной ситуации.</p> <p>Правильный выбор тактики действий.</p>

● Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает;

### **1.5. Объективный статус**

При поступлении рост 163 см, масса тела 55 кг, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психозэмоционально – стабильна.

**Вопрос №1** Необходимым для постановки диагноза клиническим /лабораторными методами обследования являются:

А: осмотр с пальпацией

Б: определение гормонального статуса пациента

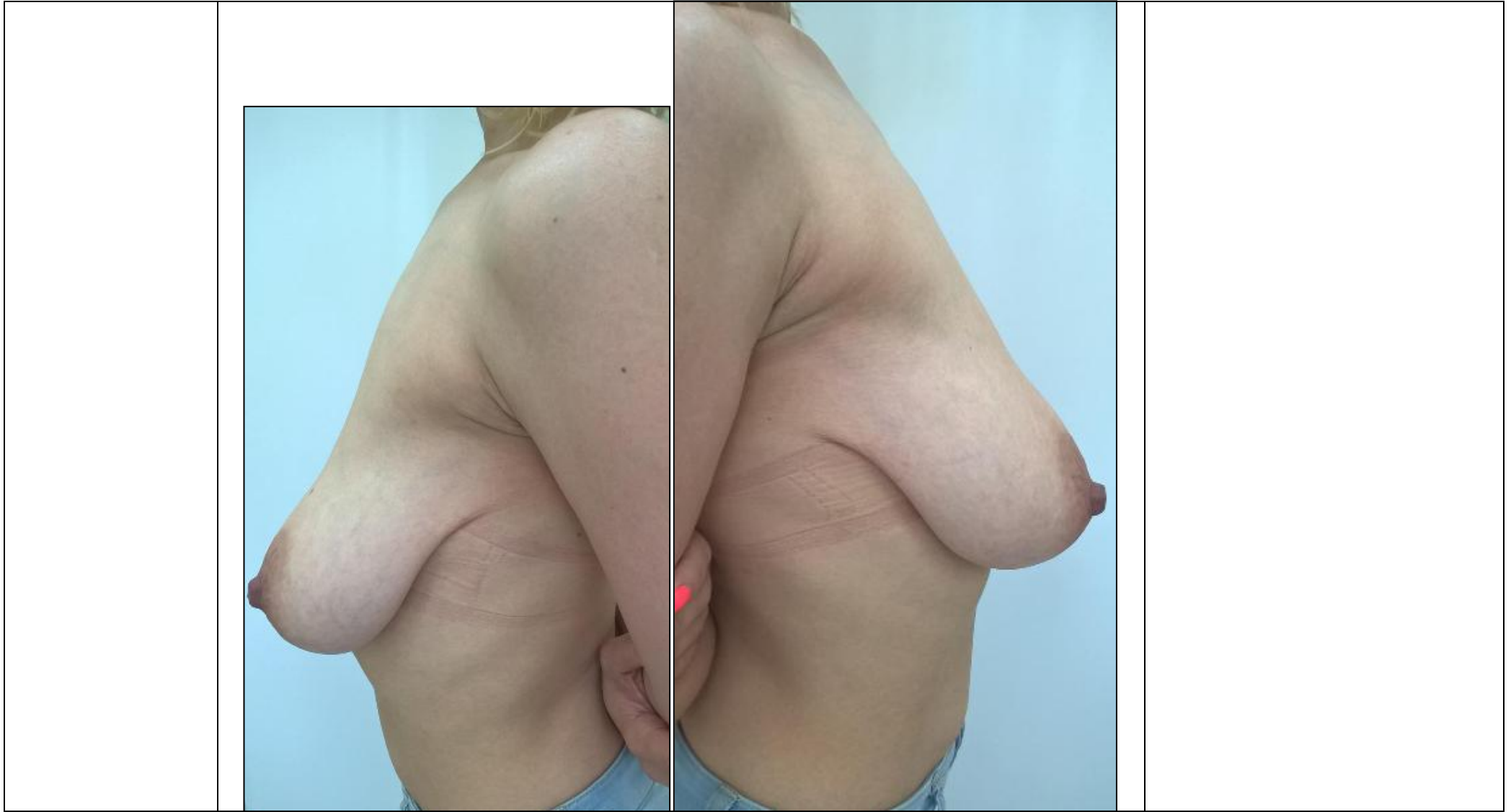
В: определение генов BRCA-1 и BRCA-2

Г: определение онкомаркеров СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3

### **3. Результаты клинического /лабораторного метода обследования**

#### **3.1. Осмотр с пальпацией**













Status localis: молочные железы в пределах физиологической асимметрии. Ткань железы сконцентрирована в нижних отделах желез, верхний полюс сглажен. Кожный покров обычной окраски, изъязвлений и мацерации нет. Сосково-ареолярные комплексы (САК) крупные овальной формы, 6,5 x 7,2 см.

Расстояние от яремной вырезки до САК (сосково-ареолярного комплекса) справа – 28 см, слева – 27,5; расстояние от срединной линии до САК справа – 15,5 см, слева 15 см; диаметр основания справа – 14,0 см, слева 14,3 см. Расстояние от субмамарной складки до САК справа – 12,8, слева – 12,2 см. Межсосковое расстояние – 22,5 см, межмамарное расстояние – 1,2 см. Окружность грудной клетки под молочными железами – 74 см.

При пальпации: тургор и эластичность кожи молочных желез резко снижены. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Большие грудные мышцы развиты нормально. Пальпаторно патологических образований в железах не определяется. Протоковых выделений не выявлено.

	<p><b>3.2. Определение гормонального статуса пациента</b>  ТТГ 1,022 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),  пролактин 8,75 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),  прогестерон 25,55 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),  эстрадиол 734 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),  Лютеинизирующий гормон 1,25 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл), фолликулостимулирующий гормон 1,22 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).</p> <p><b>3.3. Определение генов BRCA-1 и BRCA-2</b>  Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены</p> <p><b>3.4. Определение онкомаркеров СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3</b>  Онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3 составляют 0,2 (N=0—3 нг/мл), 3,12 ед/мл (N=0—37 ед/мл), 0,55 ед/мл (N=0—35 ед/мл), 7,3 ед/мл (N=0—30 ед/мл) соответственно.</p> <p><b>Вопрос №2</b> Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является:</p> <p>А: ультразвуковое исследование молочных желез  Б: термометрия  В: радиотермометрия  Г: магнитно-резонансная томография молочных желез</p> <p><b>5. Результаты инструментального метода обследования</b></p> <p><b>5.1. Ультразвуковое исследование молочных желез</b>  Строение молочной железы: смешанное с незначительным преобладанием железистой ткани. Протоки: соответствуют фазе менструального цикла, не расширены, внутрипротоковых образований не выявлено. Диффузных изменений нет, очаговые образований нет. Аксиллярные, надключичные и парастернальные лимфоузлы не изменены. Эхографическая картина соответствует фазе менструального цикла.  УЗ-признаки умеренной жировой трансформации молочных желез.</p> <p><b>5.2. Термометрия</b>  Признаков очаговой гипертермии правой и левой молочных желез не выявлено</p> <p><b>5.3. Радиотермометрия</b>  Глубинных температурных аномалий не обнаружено. Диапазон глубинных температур справа и слева – от 31,5 до 33,3 градусов Цельсия</p> <p><b>5.4. Магнитно-резонансная томография молочных желез</b>  Диффузных и очаговых изменений не выявлено</p> <p><b>Вопрос №3</b> Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки</p>	
--	--	--

	<p>_____ день менструального цикла:</p> <p>А: 5-12  Б: 1-4  В: 14-18  Г: 20-28 (30)</p> <p><b>Вопрос №4</b> Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:</p> <p>А: Постлактационная инволюция молочных желез  Б: Гипертрофия молочных желез  В: Тубулярная деформация молочных желез 1 типа  Г: Тубулярная деформация молочных желез 2 типа</p> <p><b>8. Диагноз</b>  Диагноз:</p> <p><b>8.1. Постлактационная инволюция молочных желез</b>  <b>8.2. Гипертрофия молочных желез</b>  <b>8.3. Тубулярная деформация молочных желез 1 типа</b>  <b>8.4. Тубулярная деформация молочных желез 2 типа</b></p> <p><b>Вопрос №5</b> При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций необходимо выполнить фотографирование:</p> <p>А: анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками  Б: полупрофиль и профиль справа и слева с поднятыми руками  В: полупрофиль и профиль в положении сидя  Г: анфас в положении лежа</p> <p><b>Вопрос №6</b> Оптимальным вариантом хирургической коррекции является:</p> <p>А: мастопексия с транспортом САК на питающей ножке  Б: редукционная маммопластика с транспортом САК на питающей ножке  В: редукционная маммопластика по Торек  Г: периареолярная мастопексия</p> <p><b>Вопрос №7</b> Учитывая клиническую ситуацию, оптимальный для транспорта сосково-ареолярного комплекса является _____ питающая ножка:</p> <p>А: верхнее-медиальная  Б: центральная  В: нижне – центральная  Г: верхняя</p>	
--	--	--

**Вопрос №8** Раскрой при резекции кожного «чехла» и результирующий рубец в данном случае следует планировать как:

- А: инвертированный Т
- Б: периареолярный
- В: косо-вертикальный
- Г: горизонтальный

**Вопрос №9** Главным условием для транспорта САК с надежной васкуляризацией является:

- А: толщина слоя подлежащих тканей в зоне САК не менее 2 см
- Б: отношение длины питающей ножки к ее ширине не более 1:2
- В: нижнее основание ножки
- Г: сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне САК

**Вопрос №10** Наиболее вероятным местным осложнением для данного типа операций является:

- А: ишемия сосково-ареолярного комплекса
- Б: развитие галакторреи
- В: развитие фиброзно- кистозной мастопатии
- Г: лимфостаз верхних конечностей

**Вопрос №11** Учитывая особенности послеоперационного периода, пациентку следует предупредить о необходимости:

- А: ношения компрессионного белья в течение 4-5 недель
- Б: общей гормонотерапии в течении 2 месяцев
- В: исключения аэробной нагрузки в течение 3-х месяцев
- Г: ограничения подъема тяжестей весом более 1 кг в течение месяца

**Вопрос №12** Частота планового ультразвукового исследования в отдаленном послеоперационном периоде у данной пациентки – 1 раз в \_\_\_\_\_ года (лет):

- А: 1
- Б: 0,5
- В: 2
- Г: 3

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**III этап: Итоговое собеседование**

**Ситуационная задача № 8**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1</b> <b>ОПК-4-8</b> <b>ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Девушка 19 лет на первичном приеме у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Эстетически неприемлемая форма и малый объем молочных желез, крайне выраженный психологический дискомфорт при общении с противоположным полом, ограничение в выборе нижнего белья и одежды.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Форма молочных желез сформировалась в пубертатном периоде, с наступлением менархе не изменилась. К пластическому хирургу обратилась впервые.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Росла и развивалась нормально В анамнезе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Травмы и операции отрицает;</li> <li>● Наличие сопутствующих заболеваний отрицает;</li> <li>● Отмечает позднее менархе (после 16 лет). Овариально-менструальный цикл: длительность 30-32 дня. Месячное кровотечение 2-3 дня, выделения среднего количества, болевой синдром кратковременный, средней степени, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет. В предменструальном периоде молочные железы не реагируют, нагрубание ткани желез не наблюдается. Беременности и родов в анамнезе нет;</li> <li>● Аллергологический анамнез – пищевая аллергия на некоторые виды рыбы и клубнику;</li> </ul>	<p>Оценка профессиональной ситуации.</p> <p>Правильный выбор тактики действий.</p>

- Наследственность неотягощена;
- Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нормы;
- Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает

### **1.5. Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост 160 см, масса тела 50 кг, По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Психозэмоционально – стабильна.

**Вопрос №1** Необходимым для постановки диагноза клиническим /лабораторными методами обследования являются:

А: осмотр с пальпацией

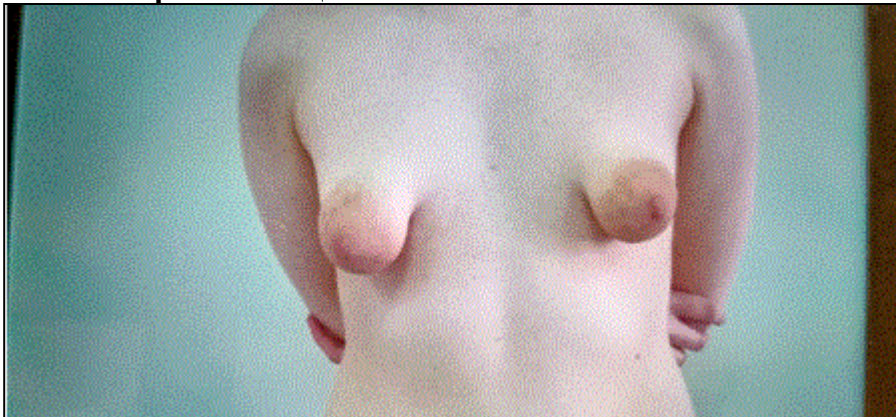
Б: определение гормонального статуса пациента

В: определение генов BRCA-1 и BRCA-2

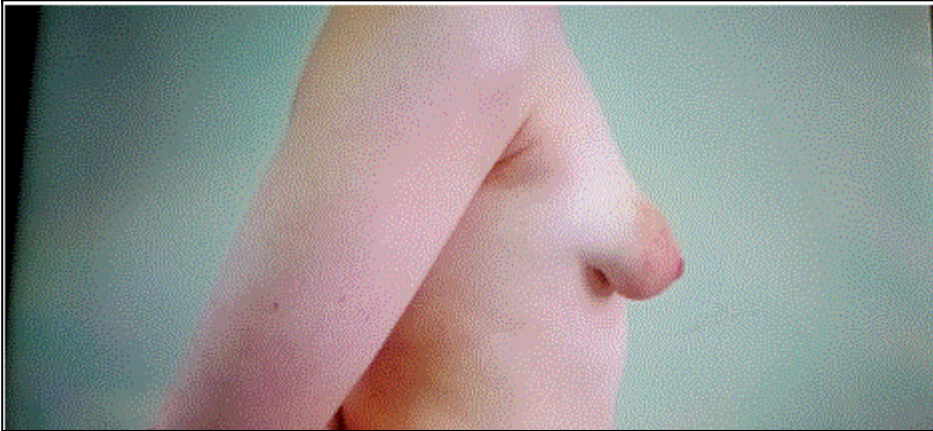
Г: онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3

### **3. Результаты клинического /лабораторного метода обследования**

#### **3.1. Осмотр с пальпацией**







Statuslocalis: молочные железы умеренно асимметричны, малого объема, птозированы. Определяется констрикция основания во всех квадрантах молочных желез, максимально поджаты нижнемедиальные, нижнелатеральные, верхнемедиальные и верхнелатеральные квадранты – умеренная констрикция. Субмаммарные складки глубокие, высоко расположены, относительно симметричны. Ареолы растянуты, определяется выраженная герниация ткани молочных желез в область ареол.

Параметры:

Диаметр молочных желез: справа – 6,5 см, слева – 6,8 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска справа – 5,4, слева – 5,2 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска в натяжении справа – 7,0 см, слева – 7,2

см.

<p>Расстояние между молочными железами – 9,0 см.  Расстояние от яремной вырезки до САК справа – 21,0 см слева – 20,5 см,  Расстояние САК-САК (межсосковое) – 20,0 см.  Диаметр ареол – справа 6.5 см. слева – 6,2 см  Окружность грудной клетки – 72 см.  При пальпации: Тургор мягких тканей молочных желез достаточный. Нижний полюс уплотнен, ткань молочных желез в области нижнего полюса не определяется. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Пальпация ткани железы в области ареолы безболезненна, железы однородны. Большие грудные мышцы развиты нормально. Протоковых выделений не выявлено.</p> <p><b>3.2. Определение гормонального статуса пациента</b>  ТТГ 2,753 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),  пролактин 3,25 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),  прогестерон 10,5 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),  эстрадиол 180,01 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),  Лютеинизирующий гормон 0,6 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл), фолликулостимулирующий гормон 1,44 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).</p> <p><b>3.3. Определение генов BRCA-1 и BRCA-2</b>  Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены</p> <p><b>3.4. Онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3</b>  Онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3 составляют 0,1(N=0—3 нг/мл), 0,02 ед/мл (N=0—37 ед/мл), 0,0 ед/мл (N=0—35 ед/мл), 0,2 ед/мл (N=0—30 ед/мл) соответственно.</p> <p><b>Вопрос №2</b> Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является:</p> <p>А: ультразвуковое исследование молочных желез  Б: дуктография  В: термометрия  Г: радиотермометрия</p> <p><b>5. Результаты инструментального метода обследования</b></p> <p><b>5.1. Ультразвуковое исследование молочных желез</b>  Железистая ткань определяется в области ареолы, строение железистое, с преобладанием стромы, диффузных изменений нет, очаговых изменений нет. Железистая ткань за пределами ареолы не определяется. Признаков жировой трансформации нет. Млечные</p>
---

протоки не расширены, аксиллярные, надключичные и парастернальные лимфоузлы не изменены. Эхографическая картина соответствует фазе менструального цикла.

### **5.2. Дуктография**

Признаков расширения протоков молочных желез нет, патологических внутрипротоковых образований нет.

### **5.3. Термометрия**

Признаков очаговой гипертермии правой и левой молочных желез не выявлено

### **5.4. Радиотермометрия**

Глубинных температурных аномалий не обнаружено. Диапазон грубинных температур справа и слева – от 31,5 до 33,3 градусов Цельсия

**Вопрос №3** Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки \_\_\_\_\_ день менструального цикла:

А: 5-12

Б: 1-4

В: 14-18

Г: 20-28 (30)

**Вопрос №4** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Тубулярная деформация молочных желез 3 степени

Б: Тубулярная деформация молочных желез 1 степени

В: Тубулярная деформация молочных желез 2 степени

Г: Аплазия молочных желез

### **8. Диагноз**

Диагноз:

**8.1. Тубулярная деформация молочных желез 3 степени**

**8.2. Тубулярная деформация молочных желез 1 степени**

**8.3. Тубулярная деформация молочных желез 2 степени**

**8.4. Аплазия молочных желез**

**Вопрос №5** При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций необходимо выполнить фотографирование:

А: анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками

Б: полупрофиль и профиль с обеих сторон с поднятыми руками

В: полупрофиль и профиль в положении сидя

Г: анфас в положении лежа

**Вопрос №6** Основным методом хирургической коррекции в данном случае является:

А: аугментационная маммопластика

Б: подкожная мастэктомия

В: редуционная маммопластика

Г: тканевая экспансия

**Вопрос №7** Для достижения оптимального результата в данном случае аугментацию молочных желез следует сочетать с:

А: коррекцией диаметра сосково-ареолярного комплекса

Б: резекцией ткани молочной железы

В: циркумвертикальной мастопексия

Г: мастопексией в виде инвертированного Т

**Вопрос №8** Оптимальным имплантатом/эндопротезом с учетом пожеланий пациентки в данном случае является:

А: круглый имплантат среднего профиля, диаметр в диапазоне 11,2–11,5 см, объемом 225-250 см<sup>3</sup>/г

Б: круглый имплантат экстра высокого/высокого профиля, диаметром в диапазоне 12,2-12,75 см, объемом 400-470 см<sup>3</sup>/г

В: круглый имплантат низкого профиля, диаметр в диапазоне 13,2-13,5, объемом 340-360 см<sup>3</sup>/г

Г: анатомический имплантат полной высоты и высокой проекции, высота в диапазоне 13,0-13,5 см, ширина в диапазоне 12,0-12,5, объемом в диапазоне 375-425 см<sup>3</sup>/г

**Вопрос №9** Тактикой выбора при возможном рецидиве констрикции основания молочных желез является:

А: липофилинг молочных желез

Б: реэндопротезирование имплантатом меньшего объема

В: реэндопротезирование с перемещением имплантата в субпекторальный карман

Г: удаление имплантата с повторной редрапировкой железистой ткани

**Вопрос №10** Объем жировой ткани при липофилинге в данном случае следует распределять следующим образом

А: максимальный объем в нижнем склоне

Б: равномерно по площади конуса молочной железы

В: максимальный объем в верхнем склоне

Г: аксимальный объем в медиальном склоне

**Вопрос №11** Период обязательного ношения компрессионного белья после данной

операции составляет \_\_\_\_\_ недель/и:

А: 4-5

Б: 2-3

В: 8-10

Г: 10-12

**Вопрос №12** Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет \_\_\_\_\_ недель/и:

А: 6

Б: 2

В: 8

Г: 10

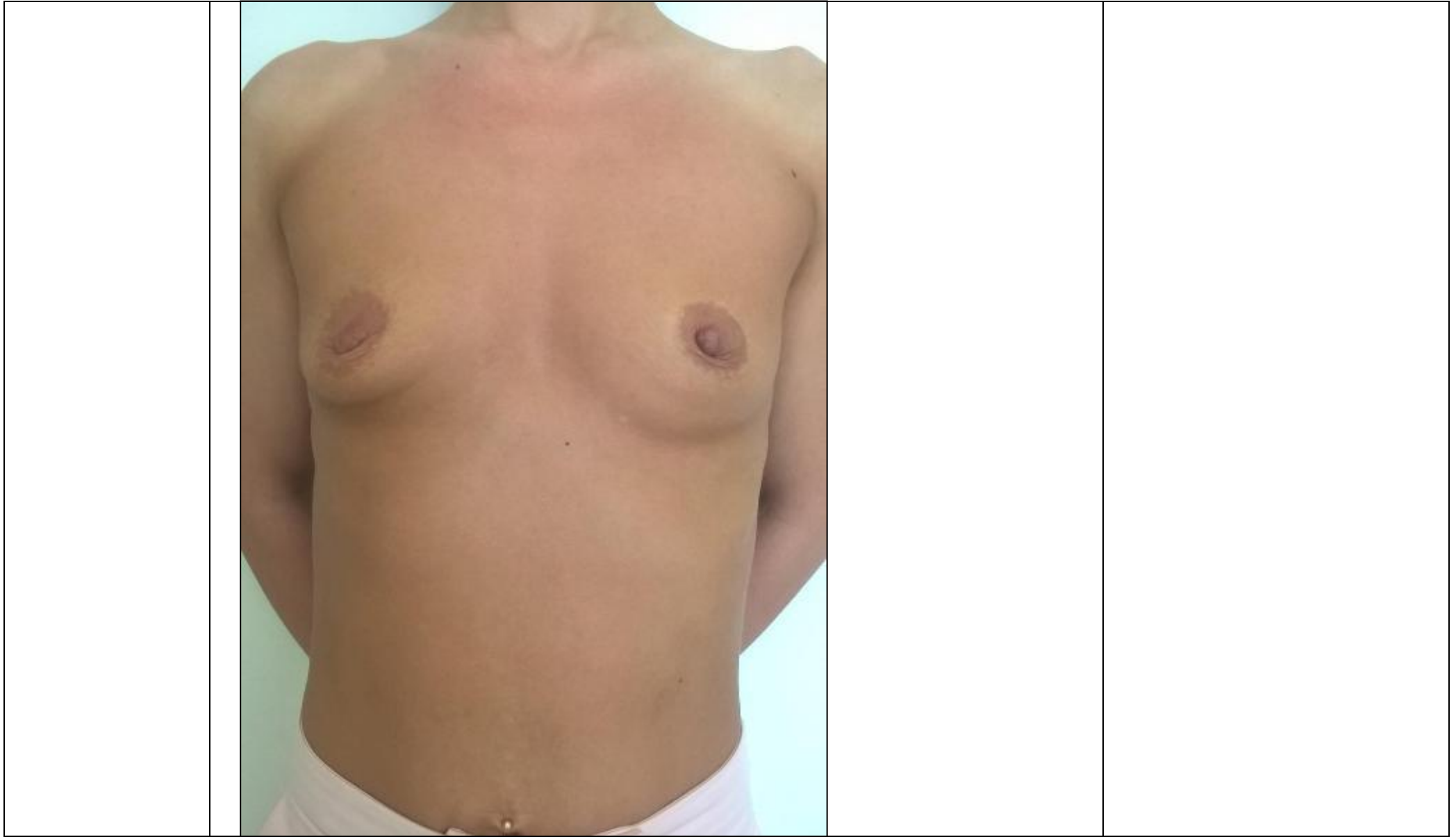
Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

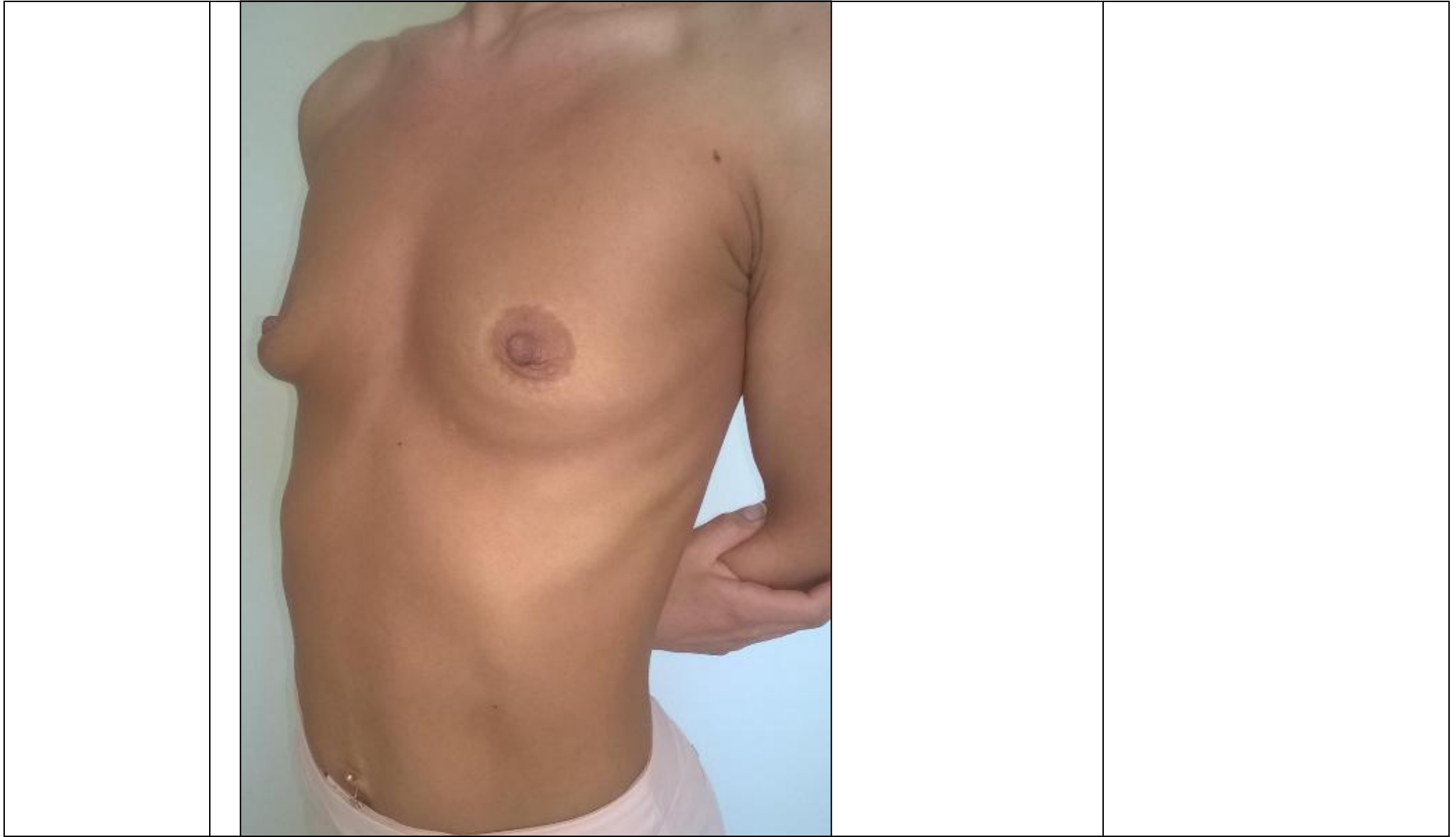
**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 9**

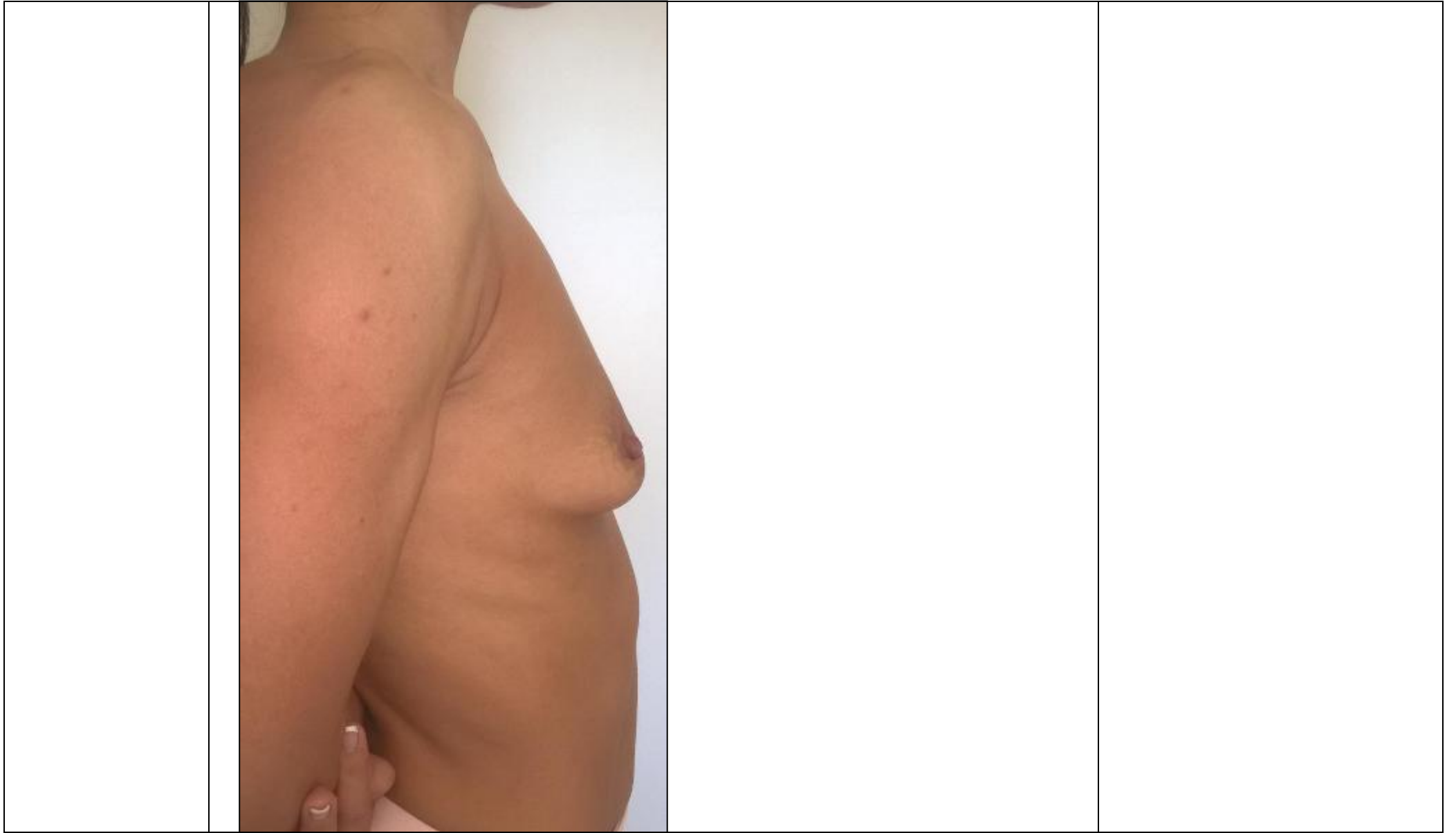
Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1</b> <b>ОПК-4-8</b> <b>ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Женщина 27 лет на первичном приеме у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Уменьшение объема и изменение формы молочных желез после лактации.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Исходно молочные железы небольшого размера. Во время беременности и лактации (4 года назад) отмечала умеренное увеличение молочных желез. После окончания лактации – резкое уменьшение объема и изменение формы и консистенции молочных желез. Цель обращения – увеличение объема молочных желез, превышающий первоначальные размеры, с акцентом в области верхнего полюса.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Росла и развивалась нормально В анамнезе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Травмы и оперативные вмешательства – оперативное родоразрешение 4 года назад;</li> <li>● Наличие сопутствующих заболеваний отрицает;</li> <li>● Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 28 дней. Месячное кровотечение 3-4 дня, среднего, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет;</li> <li>● Аллергологический анамнез – без особенностей;</li> <li>● Наследственность не отягощена;</li> <li>● Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нор-</li> </ul>	<p>Оценка профессиональной ситуации.</p> <p>Правильный выбор тактики действий.</p>

	<p>мы;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает</li></ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <p>При поступлении рост 162 см, масса тела 47 кг, телосложение – астеническое, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психоэмоционально – стабильна.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза клиническим /лабораторными методами обследования являются:</p> <p>А: осмотр с пальпацией Б: определение гормонального статуса пациента В: определение генов BRCA-1 и BRCA-2 Г: определение онкомаркеров CEA, CA 19-9, CA 125, CA 15-3</p> <p><b>3. Результаты клинического /лабораторного метода обследования</b></p> <p><b>3.1. Осмотр с пальпацией</b></p>	
--	---	--













Statuslocalis: молочные железы умеренно асимметричны, малого объема. Конус правой

молочной железы менее выражен, чем слева, птоз железистый, субмаммарные складки выражены отчетливо, уровень левой субмаммарной складки на 1,3 см ниже левой. Патологии основания молочных желез не выявлено.

Параметры:

Диаметр молочных желез: справа – 11,5 см, слева – 12,0 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска справа – 5,0, слева – 5,3 см,

Расстояние от субмаммарной складки до соска в натяжении справа – 8,7 см, слева – 8,8 см.

Расстояние между молочными железами – 2,7 см.

Расстояние от яремной вырезки до САК справа – 19,0 см слева – 18,5 см,

Расстояние САК-САК (межсосковое) – 18,3 см.

Диаметр ареол – справа 5,5 см. слева – 4,5

Окружность грудной клетки – 68 см.

При пальпации: Тургор мягких тканей молочных желез снижен. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Большие грудные мышцы развиты нормально. Пальпаторно патологических образований в железах не определяется. Протоковых выделений не выявлено.

### **3.2. Определение гормонального статуса пациента**

ТТГ 0,723 мкЕд/мл (N=0,470—4,640 мкЕд/мл),

пролактин 5,33 нг/мл (N=3,24—29,12 нг/мл),

прогестерон 40,15 нмоль/л (N=10,43—122,84 нмоль/л),

эстрадиол 233,8 пмоль/л (N=176,16—1134,03 пмоль/л),

Лютеинизирующий гормон 0,88 мЕд/мл (N=0,4—20 мЕд/мл), фолликулостимулирующий гормон 1,42 мЕд/мл (N=1,38—5,52 мЕд/мл).

### **3.3. Определение генов BRCA-1 и BRCA-2**

Данные за наследственные формы рака молочных желез не обнаружены

### **3.4. Определение онкомаркеров СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3**

Онкомаркеры СЕА, СА 19-9, СА 125, СА 15-3 составляют 0,12(N=0—3 нг/мл), 0,52 ед/мл (N=0—37 ед/мл), 1,33 ед/мл (N=0—35 ед/мл), 0,8 ед/мл (N=0—30 ед/мл) соответственно.

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является:

А: ультразвуковое исследование молочных желез

Б: дуктография

В: термометрия

Г: радиотермометрия

**5. Результаты инструментального метода обследования**

**5.1. Ультразвуковое исследование молочных желез**

Молочные железы малого объема. Строение молочной железы: смешанное с преобладанием железистой ткани. Протоки: соответствуют фазе менструального цикла, диффузные изменения нет, очаговые образований нет, млечные протоки не расширены: аксиллярные, надключичные и парастернальные лимфоузлы не изменены. Эхографическая картина соответствует фазе менструального цикла: УЗ-признаки начальной жировой трансформации молочных желез.

**5.2. Дуктография**

Признаков расширения протоков молочных желез нет, патологических внутрипротоковых образований нет.

**5.3. Термометрия**

Признаков очаговой гипертермии правой и левой молочных желез не выявлено

**5.4. Радиотермометрия**

Глубинных температурных аномалий не обнаружено. Диапазон глубинных температур справа и слева – от 31,5 до 33,3 градусов Цельсия

**Вопрос №3** Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки \_\_\_\_\_ день менструального цикла:

А: 5-12

Б: 1-4

В: 14-18

Г: 20-28 (30)

**Вопрос №4** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Постлактационная инволюция молочных желез

Б: Синдром Поланда

В: Тубулярная деформация молочных желез 1 типа

Г: Аплазия молочных желез

**8. Диагноз**

Диагноз:

**8.1. Постлактационная инволюция молочных желез**

**8.2. Синдром Поланда**

### **8.3. Тубулярная деформация молочных желез 1 типа**

#### **8.4. Аплазия молочных желез**

**Вопрос №5** При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций необходимо выполнить фотографирование:

- А: анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками
- Б: полупрофиль и профиль справа и слева с поднятыми руками
- В: полупрофиль и профиль в положении сидя
- Г: анфас в положении лежа

**Вопрос №6** Основным методом хирургической коррекции в данном случае является:

- А: аугментационная маммопластика ретропекторальная
- Б: аугментационная маммопластика субгландулярная
- В: циркумвертикальная мастопексия
- Г: редрапировка ткани молочных желез

**Вопрос №7** Оптимальным оперативным доступом в данном случае является:

- А: трансареолярный
- Б: трансаксиллярный
- В: субмаммарный
- Г: трансабдоминальный

**Вопрос №8** Для достижения оптимального результата в данном случае аугментацию молочных желез следует сочетать с:

- А: коррекцией диаметра САК
- Б: вертикальной мастопексией
- В: мастопексией в виде инвертированного Т
- Г: редрапировкой ткани железы

**Вопрос №9** Оптимальным имплантатом/эндопротезом с учетом пожеланий пациентки в данном случае является:

- А: круглый имплантат среднего/ среднего плюс профиля, диаметр в диапазоне 11,2–11,5 см, объемом 250-275 см<sup>3</sup>/г
- Б: круглый имплантат экстра высокого/высокого профиля, диаметром в диапазоне 12,2-12,75 см, объемом 400-470 см<sup>3</sup>/г
- В: круглый имплантат низкого профиля, диаметр в диапазоне 13,2-13,5, объемом 340-360 см<sup>3</sup>/г
- Г: анатомический имплантат полной высоты и высокой проекции, высота в диапазоне 13,0-13,5 см, ширина в диапазоне 12,0-12,5 см, объемом в диапазоне 375-425 см<sup>3</sup>/г

**Вопрос №10** Тактикой выбора при возможном контурировании имплантата в отдаленном периоде (при отсутствии данных за рубцовую капсулярную контрактуру) является:

А: липофилинг молочных желез

Б: реэндопротезирование имплантатом меньшего объема

В: реэндопротезирование с перемещением имплантата в субмаммарный слой

Г: ревизия кармана, удаление имплантата

**Вопрос №11** Период обязательного ношения компрессионного белья после данной операции составляет \_\_\_\_\_ недель/и:

А: 4-5

Б: 2-3

В: 8-10

Г: 10-12

**Вопрос №12** Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет \_\_\_\_\_ недель/и:

А: 6

Б: 2

В: 8

Г: 10

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

**Государственная итоговая аттестация по специальности**

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**III этап: Итоговое собеседование**

**Ситуационная задача № 10**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1</b> <b>ОПК-4-8</b> <b>ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациент 35 лет направлен лор-врачом по месту жительства на прием к пластическому хирургу для устранения дефекта концевого отдела носа.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на дефект мягких тканей кончика носа.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Травму получил на производстве, во время тестирования огнестрельного оружия 3 недели назад. Первая помощь оказана по месту жительства. Обратился с целью устранения дефекта концевого отдела носа.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает;</li> <li>● аллергологический анамнез не отягощен;</li> <li>● вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Status praesens: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 110/60 мм рт.ст, ЧСС – 66 в 1 мин. Психо-эмоционально стабилен.</li> </ul>	<p>Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.</p>



● Status localis: имеется дефект концевого отдела носа. Края раны чистые, не гиперемированы.

**Вопрос №1** Для постановки диагноза необходимо провести:

А: осмотр дефекта

Б: переднюю активную риноманометрию

В: компьютерную томограмму

Г: переднюю и заднюю риноскопию

### **3. Результаты обследования**

#### **3.1. Осмотр дефекта**

Имеется дефект концевого отдела носа, без повреждения опорных структур носа, дефект правого крыла носа в области арки. Края раны чистые, воспалительных явлений нет. Дефект размером 8 мм в ширину, 13 мм в длину.

#### **3.2. Передняя активная риноманометрия**

Патологии дыхания не выявлено

#### **3.3. Компьютерная томограмма**

Патологии не выявлено.

### **3.4. Передняя и задняя риноскопия**

Патологии не выявлено

**Вопрос №2** Для определения тактики коррекции необходимо:

А: определить состояние местных тканей около дефекта

Б: назначить предоперационный осмотр пациента отоларингологом

В: определить тип кожи по Фицпатрику

Г: определить склонность к келоидным рубцам

### **5. Результаты обследования**

#### **5.1. Определение состояния местных тканей около дефекта**

Щечные области в пределах физиологической асимметрии. Мягкие ткани левой щечной области физиологической окраски, чистые, толщина и подвижность достаточная. Анатомические ориентиры и структура кожи не изменены. Образований кожи, подкожной клетчатки, а также рубцов и рубцовых деформаций, воспалительных элементов и пигментаций не выявлено.

#### **5.2. Предоперационный осмотр пациента отоларингологом**

Патологии не выявлено

#### **5.3. Определение типа кожи по Фицпатрику**

II тип

#### **5.4. Определение склонности к келоидным рубцам**

Анамнез не отягощен

**Вопрос №3** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациенту следует поставить диагноз:

А: Посттравматический дефект кожи концевой отдела носа

Б: Посттравматическая деформация хрящевого отдела носа

В: Посттравматический дефект крыльчатых хрящей носа

Г: Деформация наружного носа

### **7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Посттравматический дефект кожи концевой отдела носа**

**7.2. Посттравматическая деформация хрящевого отдела носа**

**7.3. Посттравматический дефект крыльчатых хрящей носа**

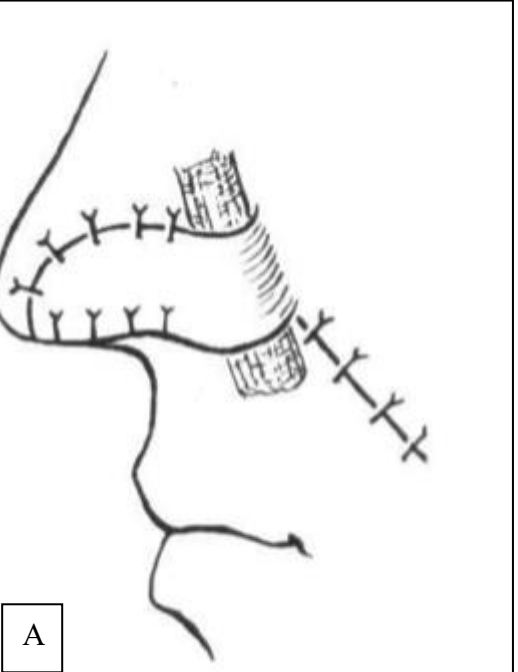
**7.4. Деформация наружного носа**

**Вопрос №4** Лечение пациента должно проводиться в условиях:

А: стационара

Б: амбулатории

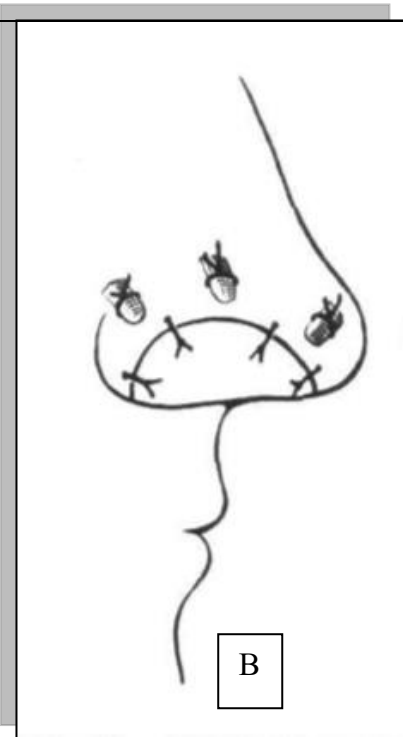
	<p>В: дневного стационара Г: кабинета пластического хирурга</p> <p><b>Вопрос №5</b> Назначение медикаментозного лечения пациенту показано в виде:</p> <p>А: послеоперационной антибактериальной терапии Б: предоперационной антикоагулянтной терапии В: предоперационной гемостатической терапии Г: предоперационной антибактериальной терапии</p> <p><b>Вопрос №6</b> Основным видом лечения данной патологии является:</p> <p>А: хирургическое лечение Б: лазеротерапия В: химиотерапия Г: заживление раны во влажной среде</p> <p><b>Вопрос №7</b> Учитывая характер дефекта, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме пластики дефекта:</p> <p>А: ротационным кожно-жировым носо-щечным лоскутом Б: расщепленным кожным трансплантатом с боковой поверхности бедра В: реваскуляризированным лучевым кожным трансплантатом Г: дистанционным стебельчатым кожно-жировым лоскутом с передней брюшной стенки</p> <p><b>Вопрос №8</b> Для реализации данного метода необходимо ____ этап(а):</p> <p>А: 2 Б: 1 В: 3 Г: 4</p> <p><b>Вопрос №9</b> Сроки, необходимы для завершения восстановительного лечения по данной методике составляют:</p> <p>А: 3 недели Б: 1 неделя В: 1 месяц Г: 6 месяцев</p> <p><b>Вопрос №10</b> Выбранному методу соответствует схема операции:</p>	
--	---	--



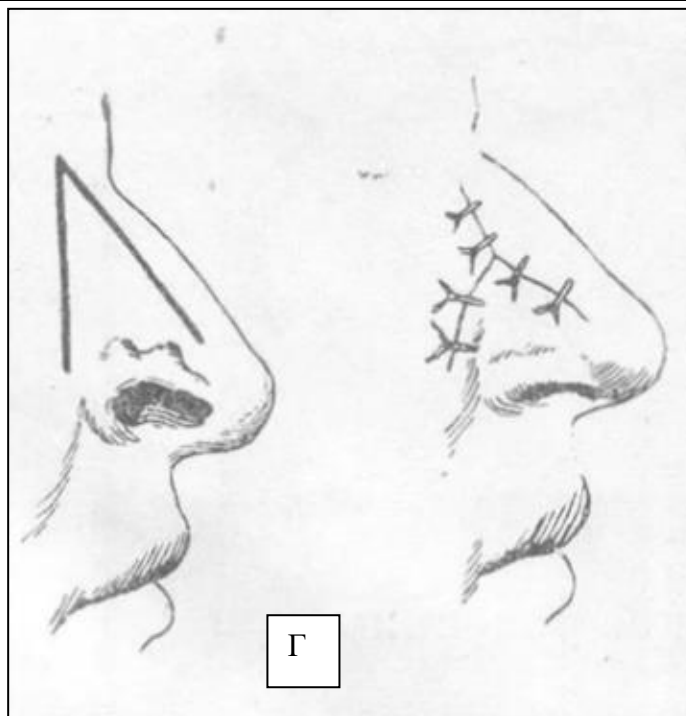
A



Б



В



Г

**Вопрос №11** При возникновении в раннем послеоперационном периоде застойных явлений в лоскуте следует выполнить:

- А: насечки на лоскуте до появления капель крови
- Б: интервальное охлаждение лоскута (по 20 минут через час – 3 раза)
- В: микротоковую терапию
- Г: согревание лоскута

**Вопрос №12** Перед данным видом лечения пациента следует предупредить о/об:

- А: образование рубцов в области носо-губной складки
- Б: изменении цвета перемещенного лоскута
- В: высоком риске образования келоидных рубцов
- Г: высоком риске позднего кровотечения

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 11**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 55 лет впервые обратилась к пластическому хирургу.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> Жалобы на избытки кожи в области верхних век, морщины в области лба.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Имеются возрастные изменения в области верхних век, лба. Из косметических процедур- проводилась мезотерапия кожи лица и шеи 2 раза в год, в последнее время без видимого эффекта.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает;</li> <li>● аллергологический анамнез не отягощен;</li> <li>● вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Statuspraesens: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 120/70 мм рт.ст, ЧСС – 74 в 1 мин. Психологически стабильна.</li> <li>● Statuslocalis: нижний край брови расположен на уровне верхне-орбитального края глазницы, отмечается птоз наружного края брови. В области лба имеются горизонтальные морщины, кожа в области лба легко смещается лобной мышцей кверху. Высота лба нормальная. Тургор кожи снижен. В области верхних и нижних век имеются избытки кожи.</li> </ul> <p><b>Вопрос №1</b> Для постановки диагноза необходимо провести:</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации.</p> <p>Правильный выбор тактики действий.</p>

- А: оценку состояния тканей лобной области
- Б: ультразвуковое исследование тканей орбитальной и лобной областей
- В: компьютерную томографию орбит
- Г: электромиографию лобной мышцы

### **3. Результаты обследования**

#### **3.1. Оценка состояния тканей лобной области**



Лицо в пределах физиологической асимметрии. Соотношение верхней, средней и нижней третей лица – 1:1:1. Определяется ложный блефарохлазис верхних век преимущественно из-заптоза наружной порции брови. Внутренняя порция брови соответствует верхнему краю орбиты. Кожа лица умеренно атрофична, сухая. Определяется выраженная гиперактивность мимических мышц верхней зоны лица. Смещаемость мягких тканей лобно-височных областей достаточная.

#### **3.2. Ультразвуковое исследование тканей орбитальной и лобной областей**

Патологии не выявлено

#### **3.3. Компьютерная томография орбит**

Патологии не выявлено

#### **3.4. Электромиография лобной мышцы**

Патологии не выявлено



**Вопрос №2** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

- А: Возрастные изменения лица
- Б: Псевдоптоз
- В: Косметические диспропорции лица
- Г: Транзиторный птоз бровей

**5. Диагноз**

Диагноз:

- 5.1. Возрастные изменения лица**
- 5.2. Псевдоптоз**
- 5.3. Косметические диспропорции лица**
- 5.4. Транзиторный птоз бровей**

**Вопрос №3** Пациентке показано оперативное вмешательство, которое выполняется в условиях:

- А: стационара
- Б: амбулатории
- В: «дневного стационара»
- Г: кабинета пластического хирурга

**Вопрос №4** Малоинвазивным методом коррекции данных возрастных изменений мягких тканей верхней зоны лица является:

- А: ботулотоксин типа А
- Б: микротоковая терапия
- В: ультрафонофорез
- Г: массаж

**Вопрос №5** Основным видом лечения данной патологии с долгосрочным (более года) эффектом является:

- А: хирургическое лечение
- Б: лазеротерапия
- В: rf-лифтинг
- Г: химические срединные пилинги

**Вопрос №6** Возможным вариантом хирургической коррекции возрастных изменений мягких тканей верхней зоны лица у данной пациентки является:

- А: эндоскопический лифтинг лобно-височных областей
- Б: блефаропластика с иссечением избытка кожи и периорбитального жира

В: липофилинг подбровных областей  
Г: биполярное радиочастотное воздействие

**Вопрос №7** Преимуществом эндоскопического лифтинга лобно-височных областей является:

А: минимальная травматичность  
Б: меньший риск повреждения моторных ветвей лицевого нерва  
В: возможность выполнения блефаропластики из того же доступа  
Г: отсутствие болевого синдрома в области вмешательства

**Вопрос №8** Плоскость диссекции при эндоскопическом лобно-височном лифтинге следует проводить: в лобной области - \_\_\_\_\_, В височной области:

А: поднадкостнично,  
по поверхностному листку собственной (глубокой) височной фасции  
Б: подкожно,  
по поверхностной (темпоропариетальной) фасции  
В: поднадкостнично,  
поднадкостнично  
Г: подкожно,  
по глубокому листку собственной(глубокой) височной фасции

**Вопрос №9** Результат применения хирургической техники следует оценить через:

А: 1 год  
Б: 1 неделя  
В: 1 месяц  
Г: 6 месяцев

**Вопрос №10** Возможным осложнением хирургической коррекцииптоза бровей и атрофии тканей лобной области является:

А: алопеция  
Б: нарушение зрения  
В: временное нарушение чувствительности в области коррекции  
Г: выраженный отек мягких тканей

**Вопрос №11** К неудовлетворительному результату коррекции относят:

А: рецидивптоза бровей  
Б: нарушение чувствительности кожи в области коррекции  
В: длительная послеоперационная реабилитация  
Г: гиперпигментация

	<b>Вопрос №12</b> При возникновении симптомов нарушения иннервации следует: А: назначить комплекса витаминов группы В Б: начать антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия В: назначить антикоагулянтную терапию Г: начать терапию спазмолитиками до купирования симптомов	
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 12**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b>  <b>1.1. Ситуация</b>                      Пациентка К. 53 лет, обратилась впервые к пластическому хирургу для устранения деформации шейно-подбородочной области.  <b>1.2. Жалобы</b>                      Пациентка К. 53 лет, обратилась с жалобами на наличие опущения мягких тканей лица и шеи, что вызывало выраженную эстетическую деформацию.  <b>1.3. Анамнез заболевания</b>                      Изменения возрастные. К пластическому хирургу обратилась впервые.  <b>1.4. Анамнез жизни</b>                      ● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;                      ● Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает;                      ● аллергологический анамнез не отягощен;                      ● вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.  <b>1.5. Объективный статус</b>                      Status praesens: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 110/60 мм рт.ст, ЧСС – 66 в 1 мин. Психологически стабильна.  <b>Вопрос №1</b> Для постановки диагноза необходимо провести:                      А: осмотр и пальпацию мягких тканей лица и шеи                      Б: определение индекса массы тела                      В: краниометрию, определение головного индекса (указателя)                      Г: краниометрию, определение лицевых указателей в %</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.</p>

**3. Результаты обследования**

**3.1. Осмотр и пальпация мягких тканей лица и шеи**



Status localis: Визуально отмечалось провисание мягких тканей в области подбородка, шеи, избыточное скопление жировой ткани, нарушение контура нижней челюсти, сглаженный шейно-подбородочный угол

**3.2. Определение индекса массы тела**

ИМТ= 25

**3.3. Краниометрия, определение головного индекса (указателя)**

Головной указатель 81,3 (Брахицефалия)

**3.4. Краниометрия, определение лицевых указателей в %**

Лицевой указатель 89% (Мезопрозопия)

**Вопрос №2** При коротких шеях с выраженными признаками деформационного типа старения мягких тканей для выявления причин деформации шейно-подбородочной области следует провести:

А: ультразвуковое исследование мягких тканей

Б: УЗДГ брахиоцефальных артерий

В: тонкоигольную аспирационную биопсию

Г: УЗИ щитовидной железы

**5. Результаты обследования**

**5.1. Ультразвуковое исследование мягких тканей**

При ультразвуковом исследовании визуализировались избыточное скопление жировой ткани над платизмой в области подбородка и шеи, нарушение контура нижней челюсти за счет скопления жировой ткани, птозированные медиальные тяжи платизмы

**Вопрос №3** Ультразвуковое исследование следует проводить в:

А: вертикальном положении

Б: горизонтальном положении

В: положении полусидя

Г: положении лежа на боку

**Вопрос №4** По данным УЗИ: При ультразвуковом исследовании визуализировались избыточное скопление жировой ткани над платизмой в области подбородка и шеи, нарушение контура нижней челюсти за счет скопления жировой ткани, птозированные медиальные тяжи платизмы

Возрастные нарушения контуров шейно-подбородочной области у данной пациентки обусловлены:

А: локальным избытком ПЖК

Б: низким расположением щитовидного хряща

	<p>В: низким расположением подъязычной кости  Г: гипертрофией двубрюшной мышцы  <b>Вопрос №5</b> Для коррекции пациентке следует рекомендовать:  А: хирургическое лечение  Б: лазеротерапия  В: радиочастотный лифтинг  Г: фотодинамическая терапия  <b>Вопрос №6</b> Рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме лифтинга мягких тканей щечно-шейной области в сочетании с:  А: платизмопластикой и липосакцией переднее-боковых отделов шеи  Б: фракционной углекислой лазеротерапией и подплатизмальной липоэктомией  В: контурной пластикой подбородочной области имплантатом  Г: фракционной углекислой лазеротерапией в сочетании с нитевой(лигатурной) коррекцией  <b>Вопрос №7</b> Для выполнения данного вмешательства возможно использовать _____ хирургический доступ (разрез):  А: височно-предушно-заушно-затылочный  Б: трансвенечный (бикоронарный)  В: внутриротовой над переходной складкой нижней губы  Г: внутриротовой эндобуккальный  <b>Вопрос №8</b> Средние сроки реабилитации при отсутствии осложнений при использовании данной методики составляют:  А: 2 недели  Б: 1 неделя  В: 1 месяц  Г: 6 месяцев  <b>Вопрос №9</b> При липосакции шейно-подбородочной области возможно ятрогенное повреждение:  А: краевой ветви лицевого нерва  Б: языкоглоточного нерва  В: лицевой артерии  Г: большого ушного нерва  <b>Вопрос №10</b> В раннем послеоперационном периоде возможно образование:  А: гематомы</p>	
--	---	--

	<p>Б: образование патологических рубцов В: алопеция Г: повреждение чувствительных нервов</p> <p><b>Вопрос №11</b> В послеоперационном периоде следует носить компрессионную повязку:</p> <p>А: 2 недели Б: 3 дня В: 7 дней Г: 30 дней</p> <p><b>Вопрос №12</b> В раннем послеоперационном периоде пациентке следует обеспечить:</p> <p>А: холод на оперированную область в течение первых суток Б: антикоагулянтную терапию В: антигистаминную терапия Г: строгий постельный режим</p>	
Ректор _____ И.О. Прохоренко		



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

**Государственная итоговая аттестация по специальности**

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**III этап: Итоговое собеседование**

**Ситуационная задача № 13**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций</b>
<p><b>УК-1</b> <b>ОПК-4-8</b> <b>ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка Л., 54 года на первичном приеме у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На наличие эстетического дискомфорта по поводу потери объема мягких тканей лица, снижения эластичности кожи и углубления кожных складок.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Из анамнеза известно, что ранее пациентка пользовалась только домашними уходовыми средствами. Инъекционные манипуляции и пластические операции ранее не проводились.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Наличие хронических заболеваний, аллергий отрицает.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b> При внешнем осмотре конфигурация лица изменена из-за уплощения линии Ogee, потери объема мягких тканей лица, возрастного уплощения малярных возвышений, снижением уровня проекции пальпебромалярной борозды, углублением носогубных складок в верхних отделах. Отмечаются дистрофические изменения в коже: снижение тургора и эластичности кожи, повышенная морщинистость кожи периорбитальной области.</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации.</p> <p>Правильный выбор тактики действий.</p>



**Вопрос №1** Омолаживающей процедурой помимо ритидэктомии и пластики век, показанной данной пациентке, является:

- А: объемное моделирование среднемедиального отдела лица
- Б: фронто-темпоральный лифтинг
- В: глубокий СМАС-лифтинг
- Г: липосакция нижней зоны лица

**Вопрос №2** Наиболее рациональным материалом для объемного моделирования средней зоны для применения в данной клинической ситуации является:

- А: аутологичная жировая ткань
- Б: скуловые имплантаты
- В: филлеры на основе гиалуроновой кислоты
- Г: транспозиция комка Биша

	<p><b>Вопрос №3</b> Показанием к применению липофилинга в данной ситуации является:</p> <p>А: старческая атрофия лица (старческий эластоз)  Б: посттравматическая деформация средней зоны лица  В: асимметрия средней зоны лица  Г: послеродовые изменения кожи и мягких тканей лица</p> <p><b>Вопрос №4</b> Разметку точек введения канюль осуществляют:</p> <p>А: лежа на операционном столе  Б: стоя, как и разметку областей введения  В: сидя перед операцией  Г: по желанию хирурга перед операцией в положении стоя</p> <p><b>Вопрос №5</b> Главным критерием выбора донорской зоны жировой ткани является:</p> <p>А: наличие развитого слоя глубокой жировой клетчатки  Б: индивидуальные особенности пациента  В: быстрота и доступность взятия  Г: отсутствие рубцовых изменений кожи и мягких тканей</p> <p><b>Вопрос №6</b> Минимальное время, которое следует выждать для реализации эффекта адреналина после введения инфильтрирующего раствора, составляет:</p> <p>А: 15 минут  Б: 5 минут  В: 30 сек  Г: 10 минут</p> <p><b>Вопрос №7</b> Одной из основных характеристик канюль для взятия и введения жировой ткани является:</p> <p>А: одинаковый диаметр канюль  Б: канюля для взятия жировой ткани должна быть в 2 раза больше канюли для введения  В: канюля для взятия жировой ткани не менее 4 мм  Г: канюля для взятия с 4 отверстиями, канюля для введения с 1</p> <p><b>Вопрос №8</b> Соотношение физиологического раствора к липоаспирату при отмывании составляет:</p> <p>А: 1:1  Б: 1:2  В: 1:3  Г: 2:1</p>	
--	--	--

**Вопрос №9** Наиболее опасной зоной лица с точки зрения риска жировой эмболии артерий является:

А: область носогубных складок и глабеллы

Б: глубокий компартмент щеки

В: височная и скуловая области

Г: область угла нижней челюсти и верхнего отдела подбородка

**Вопрос №10** При необходимости повторной коррекции (в случае частичной резорбции жира) следующая процедура липофиллинга планируется через:

А: 4 месяца

Б: 1 месяц

В: 45 дней

Г: 2 недели

**Вопрос №11** При необходимости повторной коррекции (в случае частичной резорбции жира) следующая процедура взятия жировой ткани осуществляется:

А: из новых донорских участков

Б: из тех же мест, где производилось взятие ранее

В: из мест, наиболее приближенных к месту трансплантации

Г: всегда из жировой ткани передней брюшной стенки и внутренней поверхности бедер

**Вопрос №12** Факторами, влияющими на приживаемость жирового трансплантата, являются:

А: метод обработки жира

Б: состояние реципиентных тканей

В: техника введения жира

Г: область введения

Д: возраст пациентки

Е: соблюдение преоперационной диеты

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

**Государственная итоговая аттестация по специальности**

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**III этап: Итоговое собеседование**

**Ситуационная задача № 14**

<b>Показатели</b>	<b>Предмет контроля</b>	<b>Метод контроля/ Содержание основных операций</b>
<p><b>УК-1</b> <b>ОПК-4-8</b> <b>ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка Н., 51 год, с диагнозом: «Рубцовая деформация щечно-височной области».</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На наличие эстетического дискомфорта по поводу рубцовой деформации и потери объема мягких тканей средней и нижней зон лица с правой стороны.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентке была выполнена резекция околоушной слюнной железы справа ввиду наличия объемного доброкачественного образования. Реконструктивные пластические операции не проводились.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b> Наличие хронических заболеваний, аллергий отрицает.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b> При внешнем осмотре лицо ассиметрично, конфигурация лица изменена из-за рубцовой деформации средней и нижней зон лица с правой стороны, потери объема мягких тканей лица, возрастного уплощения малярных возвышений, снижением уровня проекции пальцебромаларной борозды, углублением носогубных складок в верхних отделах. Отмечаются дистрофические изменения в коже: снижение тургора и эластичности кожи.</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации.</p> <p>Правильный выбор тактики действий.</p>



**Вопрос №1** Наиболее рациональным материалом для объемного моделирования средней зоны в данной клинической ситуации является:

- А: аутологичная жировая ткань
- Б: скуловые имплантаты
- В: филлеры на основе гиалуроновой кислоты
- Г: транспозиция комка Биша

**Вопрос №2** Преимуществом использования жировой ткани в качестве аутотрансплантата в данном случае является:

- А: биосовместимость
- Б: краткосрочный результат

В: солидная структура ткани

Г: наличие соединительнотканых перетяжек

**Вопрос №3** Диаметр канюли для липоаспирации должен составлять не более:

А: 1 мм

Б: 1,5 мм

В: 4мм

Г: 5 мм

**Вопрос №4** Объем шприца для взятия жировой ткани должен быть не более:

А: 20 мл

Б: 10 мл

В: 5 мл

Г: 50 мл

**Вопрос №5** При выполнении «веерной» техники липофилинга у каждого веера должно быть не более \_\_\_\_ лучей:

А: 4-5

Б: 1-2

В: 10-14

Г: 7-8

**Вопрос №6** К основным мерам предосторожности при выполнении липофилинга для избежания жировой эмболии относятся:

А: медленное введение жира при низком давлении шприца

Б: использование высокого давления и тонкой канюли

В: выполнение липофилинга точечной техникой

Г: выполнение липофилинга только в глубоких слоях

**Вопрос №7** Наиболее вероятными причинами появления таких осложнений липофилинга, как образование жировых кист и жирового некроза являются:

А: выполнение липофилинга болюсной техникой

Б: размер канюли для липоаспирации более 4 мм

В: введение аутожира в поверхностные слои кожи

Г: массаж зоны липофилинга после операции

**Вопрос №8** «Золотой стандарт» липофилинга по Колеману включает в себя следующие параметры:

А: липоаспирация осуществляется с помощью 10 мл шприцов с вакуумом, созданным оттягиванием поршня шприца на 2-3 деления

<p>Б: липоаспирация осуществляется с помощью 50 мл шприцов с вакуумом, созданным оттягиванием поршня шприца на 5-6 делений</p> <p>В: осуществляется вакуум-ассистированная липоаспирация с отрицательным давлением более 500 мм рт. ст</p> <p>Г: осуществляется вакуум-ассистированная липоаспирация канюлей 2 мм</p> <p><b>Вопрос №9</b> Результат липофилинга следует оценивать через:</p> <p>А: 3 месяца</p> <p>Б: 1 месяц</p> <p>В: 3 недели</p> <p>Г: сразу после операции</p> <p><b>Вопрос №10</b> Неоангиогенез проходит в направлении согласно теории «замены трансплантата»:</p> <p>А: от периферии к центру</p> <p>Б: от центра к периферии</p> <p>В: радиально</p> <p>Г: спорадически</p> <p><b>Вопрос №11</b> Неоадипогенез после липофилинга происходит за счет:</p> <p>А: прогениторов жировых клеток</p> <p>Б: эндотелиальных клеток</p> <p>В: фибробластов</p> <p>Г: макрофагов</p> <p><b>Вопрос №12</b> Фактором, влияющим на приживаемость жирового трансплантата, является:</p> <p>А: метод обработки жира</p> <p>Б: состояние реципиентных тканей</p> <p>В: техника введения жира</p> <p>Г: область введения</p> <p>Д: температура тела</p>	
---	--

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко



**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 15**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b>  <b>1.1. Ситуация</b>                      Женщина 50 лет обратилась к врачу-пластическому хирургу.  <b>1.2. Жалобы</b>                      Изменение цвета кожи в области проведенной операции на передней брюшной стенке, парестезии, боль.  <b>1.3. Анамнез заболевания</b>                      Абдоминопластика 5 дней назад. Выписана из стационара, в удовлетворительном состоянии, на 2 сутки. На момент выписки жалоб не предъявляла.  <b>1.4. Анамнез жизни</b>                      ● Росла и развивалась без особенностей.                      ● Курит с 15 лет, 1 пачка/день.  <b>1.5. Объективный статус</b>                      ● Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 172 см. Температура тела 37,8°С.                      ● Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В надлобковой области имеется послеоперационный рубец, длиной 50 см. В инфраумбиликальной области, над лобком, на протяжении 15 см, кожные покровы имеют синюшно-фиолетовую окраску, холодные на ощупь. Капиллярная реакция в этой зоне отсутствует. Отмечается скудное серозное отделяемое, в области послеоперационной раны.                      ● Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыха-</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации.                      Правильный выбор тактики действий.</p>

	<p>ния. ЧД – 16 в минуту.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. <math>P_{O_2}</math> 97%</li><li>● Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 140/95мм.рт.ст.</li><li>● Живот вздут, напряжен, при пальпации умеренно болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.</li></ul> <p><b>Вопрос №1</b> К основным методам обследования для постановки диагноза относится:</p> <p>А: визуальный осмотр Б: осмотр с лампой Вуда В: УЗИ кожным датчиком Г: рентгенография органов грудной и брюшной полости</p> <p><b>3. Результаты обследования</b></p> <p><b>3.1. Визуальный осмотр</b></p>	
--	---	--



### **3.2. Осмотр с лампой Вуда**

При осмотре с лампой Вуда на поверхности кожи живота определяется пятно темного

цвета, по конфигурации соответствующее визуально видимому пятну. Также определяются другие пятна черного цвета, аналогичные пигментному образованию кожи спины, меньшего размера – от 1 мм до 3 мм, при осмотре соответствующие пигментным невусам.

### **3.3. УЗИ кожным датчиком**

При УЗИ кожи живота высокочастотным датчиком определяются нарушения структуры кожи.

### **3.4. Рентгенография органов грудной и брюшной полости**

Без патологии.

**Вопрос №2** При визуальном осмотре определяется:

А: признаки ишемии и некроза кожи

Б: клинический анализ крови

В: биохимический анализ крови (С-реактивный белок)

Г: дерматоскопия

### **5. Результаты обследования**

#### **5.1. Признаки ишемии и некроза кожи**

Имеется некроз кожи лоскута, больше в центральной части, отделяемого из линии швов нет.

#### **5.2. Клинический анализ крови**

Признаки воспаления.

#### **5.3. Биохимический анализ крови (С-реактивный белок)**

Повышен.

#### **5.4. Дерматоскопия**

При выполнении эпилюминисцентной дерматоскопии определяется асимметричная пигментация, участки депигментации.

**Вопрос №3** Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является:

А: Краевой некроз кожи

Б: Пигментированная форма базальноклеточного рака

В: Термический ожог

Г: Химический ожог

### **7. Диагноз**

Диагноз:

#### **7.1. Краевой некроз кожи**

#### **7.2. Пигментированная форма базальноклеточного рака**

#### **7.3. Термический ожог**

#### **7.4. Химический ожог**

**Вопрос №4** Наиболее вероятными местными осложнениями в данном случае является:

А: гематома

Б: серома

В: пневмония

Г: тромбоз нижних конечностей

Д: ТЭЛА

Е: абдоминальный компартмент - синдром

**Вопрос №5** Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях:

А: стационара

Б: поликлиники

В: «дневного стационара»

Г: стационара (отделение интенсивной терапии)

**Вопрос №6** Пациенту показано \_\_\_\_\_ лечение:

А: хирургическое

Б: химиотерапевтическое

В: консервативное

Г: физиотерапевтическое

**Вопрос №7** Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме:

А: полного иссечения некротизированной ткани

Б: частичного иссечения некротизированной ткани

В: дренирования области некроза

Г: иссечения поверхностных слоев поврежденных тканей

**Вопрос №8** К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относятся:

А: антибактериальные препараты

Б: муколитики

В: ингибиторы протонной помпы

Г: бронхолитики

**Вопрос №9** Помимо антибактериальной терапии необходимо назначить:

А: дезинтоксикацию

Б: антигистаминные препараты

В: гемостатические препараты

	<p>Г: антикоагулянты</p> <p><b>Вопрос №10</b> Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать:</p> <p>А: динамическое наблюдение</p> <p>Б: самолечение</p> <p>В: санаторно-курортное лечение</p> <p>Г: регулярные физические нагрузки</p> <p><b>Вопрос №11</b> К очевидным факторами риска развития некроза кожи у данного пациента относят:</p> <p>А: курение</p> <p>Б: возраст пациентки</p> <p>В: промедление в обращении к хирургу</p> <p>Г: ранняя активизация пациентки</p> <p><b>Вопрос №12</b> Перед выполнением некрэктомии пациентку следует предупредить о:</p> <p>А: возможной необходимости коррекции послеоперационного рубца в отдаленном периоде</p> <p>Б: необходимости ношения компрессионного белья в течение года</p> <p>В: необходимости резкого снижения физической активности в течении 6 месяцев</p> <p>Г: необходимости проведения терапии низкомолекулярными гепаринами в течении 3 месяцев</p>	
--	--	--

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 16**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b>  <b>1.1. Ситуация</b>                      Пациентка 37 лет на первичном осмотре у пластического хирурга.  <b>1.2. Жалобы</b>                      На неудовлетворительную форму живота.  <b>1.3. Анамнез заболевания</b>                      Изменения послеродовые и послеоперационные (оперативное родоразрешение).  <b>1.4. Анамнез жизни</b>                      ● Росла и развивалась нормально;                      ● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;                      ● Сопутствующие заболевания: отрицает;                      ● Прием гормональных контрацептивов отрицает;                      ● Вредные привычки – отрицает;                      ● Аллергоанамнез: без особенностей.  <b>1.5. Объективный статус</b>                      Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. АД 115/75, ЧСС 68 в 1 мин. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоземotionalно стабильна.  <b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основными клинически/инструментальным методом обследования является:                      А: сбор анамнеза</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации.                      Правильный выбор тактики действий.</p>

	<p>Б: осмотр с пальпацией  В: ультразвуковое исследование брюшной стенки и брюшной полости  Г: эзофагогастродуоденоскопия  Д: обзорный снимок брюшной полости  Е: рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария</p> <p><b>3. Результаты обследования</b></p> <p><b>3.1. Сбор анамнеза</b></p> <p>Пять лет назад выполнено оперативное родоразрешение в связи с диагнозом: клинически узкий таз (ушное предлежание). Во время повторной беременности (3 года назад) запланировано также оперативное родоразрешение в связи с большим размером плода. Заживление послеоперационной раны после первого оперативного родоразрешения (доступ по Пфаннен-Штилю) протекало без осложнений. Эстетический дефект в виде плотно спаянного с подлежащими тканями рубца развился после второй беременности и оперативного родоразрешения. Пациентка связывает данное обстоятельство с индивидуальной реакцией на шовный материал и образованием множественных лигатурных свищей по ходу рубца.</p> <p><b>3.2. Осмотр с пальпацией</b></p>	
--	---	--













Status localis: Пациентка нормостенического телосложения, умеренного питания. Боковой контур живота не изменен, талия выраженная. Контур передней брюшной стенки из-

менен за счет Снижения каркасной функции прямых мышц живота преимущественно в подпупочной зоне. Определяется диастаз прямых мышц живота при напряжении передней брюшной стенки. Пупочное кольцо по средней линии, топография не изменена, признаков грыжевого выпячивания в области пупочного кольца нет. Кожа передней брюшной стенки эластична, способна к сокращению, незначительное локализованное отложение жировой клетчатки по женскому типу в нижнем отделе передней брюшной стенки.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Аускультативно – перистальтика активная. Граница печени в норме. Притупления в отлогих местах живота нет. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Инфильтративных образований не выявлено. Перитонеальные симптомы отрицательные. Край печени эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Отхождение газов сохранено. Стул регулярный, оформленный,

Индекс массы тела – 24 (рост - 168 см, масса тела - 68 кг)

### **3.3. Ультразвуковое исследование брюшной стенки и брюшной полости**

Органы брюшной полости без патологии. Грыжевых дефектов передней брюшной стенки нет. Диастаз прямых мышц живота на протяжении 12,5 см, шириной от 2,5-до 3,5 см в подпупочной зоне.

### **3.4. Эзофагогастродуоденоскопия**

Рельеф слизистой оболочки в норме, перистальтика в норме, область привратника и 12-перстной кишки не расширен. Перистальтика оживленная. Стенки желудка эластичные, контуры большой кривизны не изменены

### **3.5. Обзорный снимок брюшной полости**

Распределение газа и жидкости в брюшной полости в норме, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, инородных тел в брюшной полости не выявлено, повреждений внутренних органов нет, данных за моче-каменную и желчнокаменную болезнь нет, признаков внутрибрюшного кровотечения нет.

### **3.6. рРентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария**

Топография и тонус желудка в норме, рельеф слизистой оболочки и контур большой кривизны не изменены, стенки эластичные, привратник и двенадцатиперстная кишка не расширены. Перистальтика и эвакуация в норме.

**Вопрос №2** Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде тромбоза легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование:

А: ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей

	<p>Б: флуоресцентная лимфография с индоцианином зеленым  В: КТ ангиография сосудов нижних конечностей  Г: ангиография артерий нижних конечностей</p> <p><b>Вопрос №3</b> При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4), необходимо выполнить фотографирование:  А: анфас и профиль с наклоном вперед  Б: анфас и профиль в положении лежа  В: анфас со спины  Г: анфас в положении сидя</p> <p><b>Вопрос №4</b> Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:  А: Локальные жировые отложения по женскому типу, диастаз прямых мышц живота  Б: Ожирение 1 степени  В: Ожирение 2 степени  Г: Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса), диастаз прямых мышц живота</p> <p><b>7. Диагноз</b>  Диагноз:  <b>7.1. Локальные жировые отложения по женскому типу, диастаз прямых мышц живота</b>  <b>7.2. Ожирение 1 степени</b>  <b>7.3. Ожирение 2 степени</b>  <b>7.4. Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса), диастаз прямых мышц живота</b></p> <p><b>Вопрос №5</b> Основным методом хирургической коррекции является:  А: закрытая миниабдоминопластика  Б: открытая миниабдоминопластика  В: липосакция подпупочной зоны.  Г: реверсная абдоминопластика</p> <p><b>Вопрос №6</b> Оптимизировать процесс данного вмешательства возможно при наличии:  А: эндоскопической техники и инструментов  Б: ирригатора и физиодиспенсера  В: степлера для механического шва  Г: аппарата для водоструйной липосакции</p>	
--	--	--

**Вопрос №7** Для выполнения данного вмешательства показан:

- А: миниразрезы без иссечения кожи
- Б: верхний реверсный разрез
- В: вертикальный нижний срединный разрез
- Г: горизонтальный надлобковый разрез

**Вопрос №8** Наличие в послеоперационном периоде некупируемой пульсирующей боли, флюктуации при пальпации, коллаптоидного состояния, слабости, недомогания, бледности кожных покровов и слизистой, нарастания отека передней брюшной стенки, ее асимметрия, выраженных экхимозов является признаками:

- А: острой гематомы
- Б: пареза кишечника
- В: перфорации кишечника
- Г: ишемии и липонекроза

**Вопрос №9** В раннем послеоперационном периоде пациентке следует запретить:

- А: спать на животе
- Б: встать ранее 3-х суток после операции
- В: принимать положение полусидя
- Г: самостоятельное питье

**Вопрос №10** По данным УЗДГ: УЗ признаков тромбоза вен нижних конечностей на момент осмотра не выявлено. Противопоказаний к выполнению запланированного оперативного вмешательства нет.

Риск развития тромбоза легочной артерии у данной пациентки после оперативного вмешательства следует расценивать как:

- А: низкий
- Б: средний
- В: высокий
- Г: очень высокий

**Вопрос №11** Перед операцией пациентку следует предупредить о ношении компрессионного белья в послеоперационном периоде в течение \_\_\_\_\_ недель:

- А: 4
- Б: 2
- В: 8
- Г: 1

**Вопрос №12** Перед операцией пациентку следует предупредить о возможности возоб-



	новления аэробной нагрузки в послеоперационном периоде не ранее, чем через _____ недель/и: А: 6 Б: 2 В: 10 Г: 12	
Ректор _____ И.О. Прохоренко		

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 17**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b>  <b>1.1. Ситуация</b>                      Пациентка 33 года на первичном осмотре у пластического хирурга.  <b>1.2. Жалобы</b>                      На неудовлетворительную форму живота, нависание кожно-жировой складки в нижних отделах живота.  <b>1.3. Анамнез заболевания</b>                      Изменения послеродовые и послеоперационные (оперативное родоразрешение).  <b>1.4. Анамнез жизни</b>                      ● Росла и развивалась нормально;                      ● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;                      ● Сопутствующие заболевания: отрицает;                      ● Перенесенные операции: оперативное родоразрешение 3 и 5 лет назад; прочие травмы и операции отрицает;                      ● Вредные привычки – отрицает;                      ● Аллергоанамнез: без особенностей.  <b>1.5. Объективный статус</b>                      Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоэмоционально стабильна.  <b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза и подготовки хирургическому вмешательству основным клиническим методом обследования является:                      А: сбор анамнеза</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации.                      Правильный выбор тактики действий.</p>

Б: осмотр с пальпацией

В: эзофагогастродуоденоскопия

Г: обзорный снимок брюшной полости

Д: рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария

### **3. Результаты инструментальных методов обследования**

#### **3.1. Сбор анамнеза**

Пять лет назад выполнено оперативное родоразрешение в связи с диагнозом: клинически узкий таз (ушное предлежание). Во время повторной беременности (3 года назад) запланировано также оперативное родоразрешение в связи с большим размером плода. Заживление послеоперационной раны после первого оперативного родоразрешения (доступ по Пфаннен-Штилю) протекало без осложнений. Эстетический дефект в виде плотно спаянного с подлежащими тканями рубца развился после второй беременности и оперативного родоразрешения. Пациентка связывает данное обстоятельство с индивидуальной реакцией на шовный материал и образованием множественных лигатурных свищей по ходу рубца.

#### **3.2. Осмотр с пальпацией**







Status localis: Пациентка нормостенического телосложения, умеренного питания. Боковой контур живота не изменен, талия выраженная, каркасная функция передней брюшной нарушена незначительно. Пупочное кольцо по средней линии, топография не изменена, признаков грыжевого выпячивания в области пупочного кольца нет. В надлобковой области определяется горизонтальный послеоперационный рубец (доступ по Пфаннен-Штилю), светло-розового цвета, цвета умеренной плотности, спаян с подлежащими тканями. Контур передней брюшной стенки изменен за счет нависания кожно-жировой складки над послеоперационным рубцом. Кожа околопупочной и подпупочно-надлобковой области изменена множественными стриями, локализованное отложение жировой клетчатки по женскому типу в нижнем отделе передней брюшной стенки в виде кожно-жировой складки. Определяется незначительный диастаз прямых мышц живота при напряжении передней брюшной стенки.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Аускультативно – перистальтика активная. Граница печени в норме. Притупления в отлогах местах живота нет. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Инфильтративных образований не выявлено. Перитонеальные симптомы отрицательные. Край печени эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Отхождение газов сохранено. Стул регулярный, оформленный,

Индекс массы тела – 21 (рост - 164 см, масса тела -57 кг)

### **3.3. Эзофагогастродуоденоскопия**

Рельеф слизистой оболочки в норме, перистальтика в норме, область привратника и 12-перстной кишки не расширен. Перистальтика оживленная. Стенки желудка эластичные, контуры большой кривизны не изменены

### **3.4. Обзорный снимок брюшной полости**

Распределение газа и жидкости в брюшной полости в норме, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, инородных тел в брюшной полости не выявлено, повреждений внутренних органов нет, данных за моче-каменную и желчнокаменную болезнь нет, признаков внутрибрюшного кровотечения нет.

### **3.5. Рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария**

Топография и тонус желудка в норме, рельеф слизистой оболочки и контур большой кривизны не изменены, стенки эластичные, привратник и двенадцатиперстная кишка не расширены. Перистальтика и эвакуация в норме.

**Вопрос №2** Обязательным методом предоперационного обследования пациента для определения риска развития тромбэмболии легочной артерии в послеоперационном периоде является:

А: ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей

Б: флуоресцентная лимфография с индоцианином зеленым

В: КТ ангиография сосудов нижних конечностей

Г: ангиография артерий нижних конечностей

**Вопрос №3** При сборе фотодокументации перед операцией помимо проекций анфас и профиль с наклоном вперед, ракурс 3/4, необходимо выполнить фотографирование:

А: анфас и профиль в положении стоя

Б: анфас и профиль в положении лежа

В: анфас со спины

Г: анфас в положении сидя

**Вопрос №4** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует по-

	<p>ставить диагноз:</p> <p>А: Локальные жировые отложения по женскому типу, диастаз прямых мышц живота</p> <p>Б: Ожирение 1 степени</p> <p>В: Ожирение 2 степени, послеоперационный рубец передней брюшной стенки, состояние после кесарева сечения</p> <p>Г: Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса)</p> <p><b>7. Диагноз</b></p> <p>Диагноз:</p> <p><b>7.1. Локальные жировые отложения по женскому типу, диастаз прямых мышц живота</b></p> <p><b>7.2. Ожирение 1 степени</b></p> <p><b>7.3. Ожирение 2 степени, послеоперационный рубец передней брюшной стенки, состояние после кесарева сечения</b></p> <p><b>7.4. Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса)</b></p> <p><b>Вопрос №5</b> Основным методом хирургической коррекции является:</p> <p>А: открытая миниабдоминопластика</p> <p>Б: закрытая миниабдоминопластика</p> <p>В: липосакция подпупочной зоны</p> <p>Г: классическая абдоминопластика с транспозицией пупка</p> <p><b>Вопрос №6</b> Для достижения наилучшего результата в план операции следует включить:</p> <p>А: пластику апоневоза прямых мышц живота в надпупочной зоне</p> <p>Б: липосакцию боковых отделов спины, поясницы и брюшной стенки</p> <p>В: липосакцию лобковой области</p> <p>Г: реконструкцию и транспозицию пупка</p> <p><b>Вопрос №7</b> Для выполнения данного вмешательства показан ограниченный разрез:</p> <p>А: нижний горизонтальный надлобковый</p> <p>Б: верхний реверсный</p> <p>В: вертикальный срединный мечевидно-лобковый</p> <p>Г: периаумбиликальный</p> <p><b>Вопрос №8</b> Если в послеоперационном периоде во время перевязки отмечается обильное серозное отделяемое, потемнение кожи по краям разреза, замедление скорости сосудистого пятна, необходимо заподозрить развитие:</p> <p>А: ишемии и липонекроза</p>	
--	---	--

- Б: пареза кишечника
- В: перфорации кишечника
- Г: острой гематомы

**Вопрос №9** В раннем послеоперационном периоде пациентке следует запретить:

- А: ложиться на живот
- Б: вставать ранее 3-х суток после операции
- В: принимать положение полусидя
- Г: прием твердой и полутвердой пищи

**Вопрос №10** Риск развития тромбоза легочной артерии у данной пациентки после оперативного вмешательства следует оценивать как:

- А: низкий
- Б: средний
- В: высокий
- Г: очень высокий

**Вопрос №11** Перед операцией пациентку следует предупредить о ношении компрессионного белья в послеоперационном периоде в течение \_\_\_\_\_ недель:

- А: 4
- Б: 2
- В: 8
- Г: 1

**Вопрос №12** Перед операцией пациентку следует предупредить о возможности возобновления аэробной нагрузки в послеоперационном периоде не ранее, чем через \_\_\_\_\_ недель:

- А: 6
- Б: 2
- В: 10
- Г: 12

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

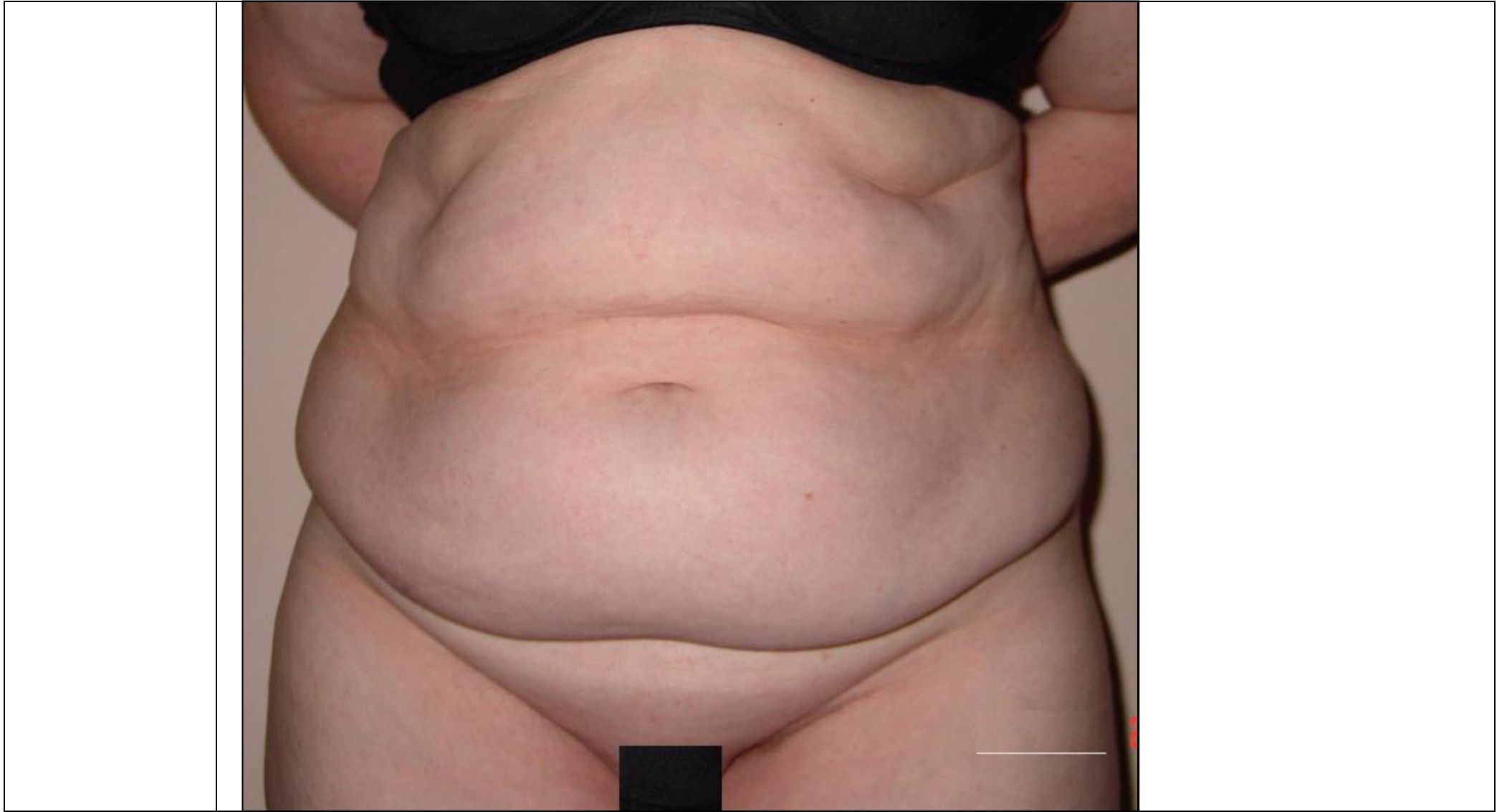


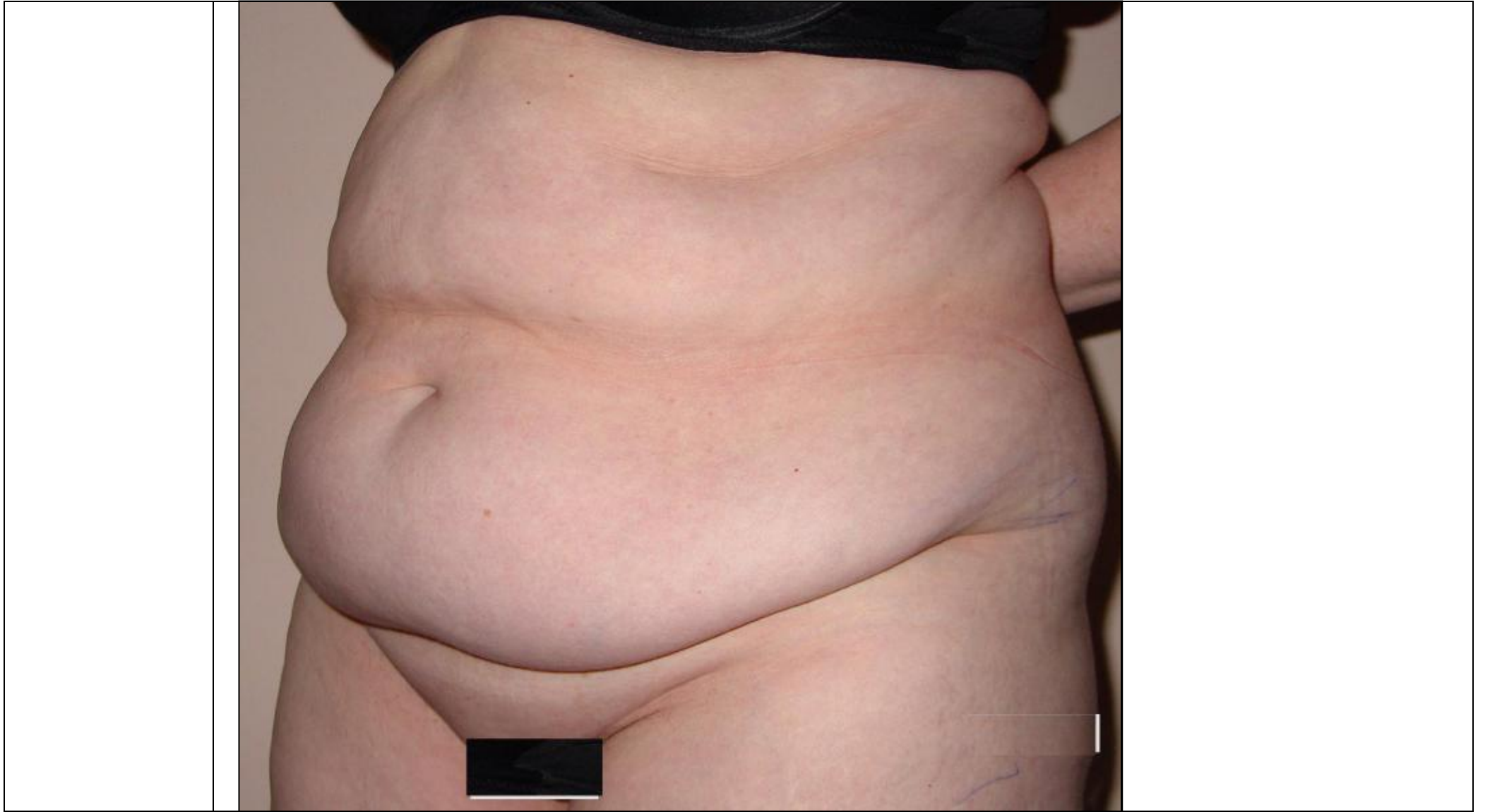
**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 18**

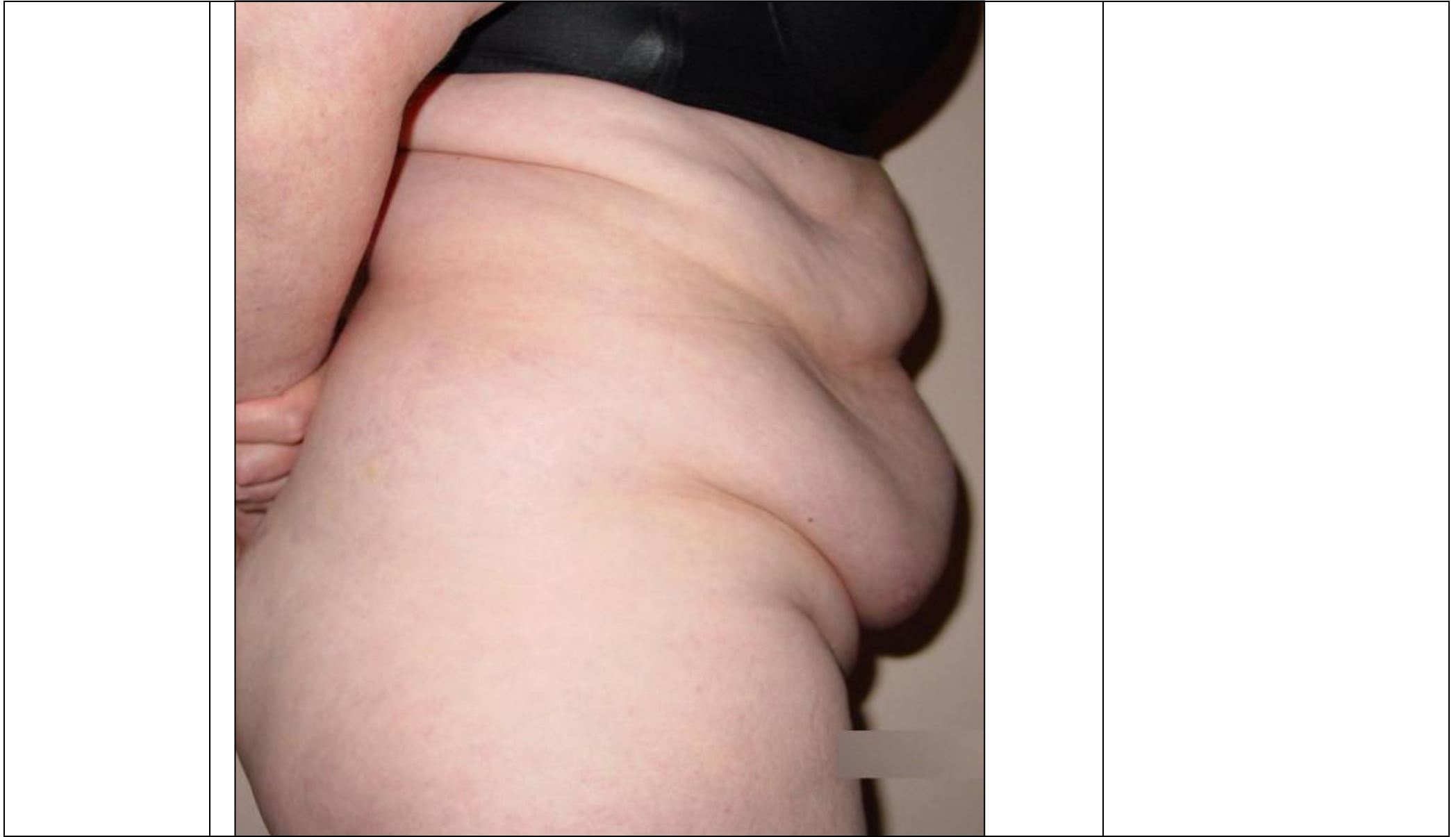
Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b>  <b>1.1. Ситуация</b>                      Пациентка 57 лет на первичном осмотре у пластического хирурга.  <b>1.2. Жалобы</b>                      На неудовлетворительную форму живота, глубокую складку в нижнем отделе с формированием кожно-жирового фартука, отсутствие пупка.  <b>1.3. Анамнез заболевания</b>                      Изменения возрастные и послеродовые.  <b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Росла и развивалась нормально;</li> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка вне обострения; в период обострения применяет антацидные, обволакивающие средства и ингибиторы протонной помпы, гипертоническая болезнь (рабочее давление 125-130/80 мм рт.ст., редкие подъемы давления до 150/90) в качестве постоянной гипотензивной терапии применяет Ко-диротон 10 мг 1 раз в день;</li> <li>● По результатам триплексного ультразвукового исследования выявлены признаки варикозной болезни левой нижней конечности. УЗ признаков тромбоза вен нижних конечностей на момент осмотра не выявлено.</li> <li>● Перенесенные операции: менискэктомия слева в возрасте 20 лет; удаление полипа эндометрия 3,5 года назад;</li> <li>● Менопауза с 52 лет. Прием заместительной гормонотерапии в течении 1,5 года после наступления менопаузы. В настоящее время ЗГТ отрицает; отмена ГЗТ связана с</li> </ul>	<p>Оценка профессиональной ситуации.                      Правильный выбор тактики действий.</p>

	<p>возникновение полипа эндометрия.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Вредные привычки – отрицает;</li> <li>● Аллергоанамнез: без особенностей.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <p>Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоэмоционально стабильна.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основным клиническим/ инструментальным методом обследования является:</p> <p>А: сбор анамнеза  Б: осмотр с пальпацией  В: ультразвуковое исследование брюшной стенки и брюшной полости  Г: эзофагогастродуоденоскопия  Д: обзорный снимок брюшной полости  Е: рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария</p> <p><b>3. Результаты инструментальных методов обследования</b></p> <p><b>3.1. Сбор анамнеза</b></p> <p>В анамнезе роды – 35 и 32 года назад. Крупный плод во время второй беременности. Выраженные изменения передней брюшной стенки отмечает именно после второй беременности и родов, а также длительный период восстановления. Увеличение массы тела и образование выраженной кожно-жировой складки в подпупочной зоне возникло в предменопаузе и в период менопаузы.</p> <p><b>3.2. Осмотр с пальпацией</b></p>	
--	---	--











Status localis: Пациентка гиперстенического телосложения, повышенного питания. Боковой контур живота куполообразный и деформирован за счет снижения каркасной функции передней брюшной стенки. Пупочное кольцо по средней линии. Избыточное локализованное отложение жировой клетчатки по женскому типу в нижнем отделе пе-

редней брюшной стенки в виде кожно-жирового «фартука», а также в эпигастральной области. Определяется диастаз прямых мышц живота эпигастральной области. Грыжевых выпячиваний передней брюшной стенки не выявлено. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Аускультативно – перистальтика активная. Граница печени в норме. Притупления в отлогих местах живота нет. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Инфильтративных образований не выявлено. Перитонеальные симптомы отрицательные. Край печени эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Отхождение газов сохранено. Стул регулярный, оформленный,

Индекс массы тела – 28,3 (рост - 162 см, масса тела -75 кг)

### **3.3. Ультразвуковое исследование брюшной стенки и брюшной полости**

Органы брюшной полости без патологии. Грыжевых дефектов передней брюшной стенки нет. Диастаз прямых мышц живота от уровня мечевидного отростка на протяжении 15-18 см, шириной от 3,5 до 5 см на разных участках.

### **3.4. Эзофагогастродуоденоскопия**

Дуодено-гастральный рефлюкс

### **3.5. Обзорный снимок брюшной полости**

Распределение газа и жидкости в брюшной полости в норме, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, инородных тел в брюшной полости не выявлено, повреждений внутренних органов нет, данных за моче-каменную и желчнокаменную болезнь нет, признаков внутрибрюшного кровотечения нет.

### **3.6. Рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария**

Умеренное опущение желудка и снижение тонуса, умеренно понижен рельеф слизистой оболочки и контур большой кривизны незначительно сглажены, стенки эластичные, привратник и двенадцатиперстная кишка расширены. Перистальтика ослаблена, эвакуация замедлена

**Вопрос №2** Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде тромбоза легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование:

А: ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей

Б: флуоресцентная лимфография с индоцианином зеленым

В: КТ ангиография сосудов нижних конечностей

Г: ангиография артерий нижних конечностей

**Вопрос №3** При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных про-



екций (анфас, профиль, ракурс 3/4 ), необходимо выполнить фотографирование:

А: анфас и профиль с наклоном вперед

Б: анфас и профиль в положении лежа

В: анфас со спины

Г: анфас в положении сидя

**Вопрос №4** Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:

А: Деформация передней брюшной стенки. Диастаз прямых мышц живота

Б: Ожирение 1 степени

В: Ожирение 2 степени

Г: Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса). Диастаз прямых мышц живота

**7. Диагноз**

Диагноз:

**7.1. Деформация передней брюшной стенки. Диастаз прямых мышц живота**

**7.2. Ожирение 1 степени**

**7.3. Ожирение 2 степени**

**7.4. Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса). Диастаз прямых мышц живота**

**Вопрос №5** Системными проявлениями эстетической деформации у данной пациентки можно предположить:

А: дисфункцию органов ЖКТ и сердечно-сосудистой системы

Б: эндокринные нарушения, бытовую аллергию, дисфункцию органов репродуктивной системы

В: радикулопатию, мио-фасциальный синдром

Г: вальгусную деформацию стопы, артрозы и артриты крупных суставов

**Вопрос №6** Основным методом хирургической коррекции является:

А: классическая абдоминопластика с пластикой апоневроза

Б: реверсная абдоминопластика с одномоментной редукцией молочных желез по желанию пациентки

В: липосакция подпупочной зоны и боковых отделов живота.

Г: комбинированная абдоминопластика с вертикальным и горизонтальным разрезами

**Вопрос №7** Разметку реципиентной локализации пупочного кольца следует выполнить

по средней линии:

А: на уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше

Б: на 18-20 см выше линии оволосения лобка

В: на уровне плавающих ребер

Г: на середине расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением

**Вопрос №8** При правильной разметке верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике следует до уровня:

А: мечевидного отростка и края реберной дуги

Б: эпигастральной области

В: плавающих ребер по дугообразной линии соединяющих их

Г: субмаммарной складки

**Вопрос №9** Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления после абдоминопластики в предоперационном периоде данной пациентке следует назначить:

А: предоперационное ношение компрессионного белья

Б: лимфодренаж нижних конечностей и передней брюшной стенки

В: лечебную физкультуру с нагрузкой на мышцы брюшного пресса

Г: кинестетическое тейпирование

**Вопрос №10** Факторами риска развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки являются:

А: варикозное расширение вен нижней конечности

Б: гипертоническая болезнь, прием гипотензивных препаратов

В: беременность и роды в анамнезе

Г: прием заместительной гормонотерапии в анамнезе

**Вопрос №11** Наличие в раннем послеоперационном периоде вздутия живота, умеренных распространенных болей в животе, тошноты и рвоты, одышки, поверхностного дыхания и артериальной гипотензии являются признаками:

А: пареза кишечника

Б: острой гематомы

В: перфорации кишечника

Г: ишемии и липонекроза

**Вопрос №12** Особенностью послеоперационного периода, о которой необходимо предупредить пациентку перед началом лечения, является:

А: необходимость ношения компрессионного белья в послеоперационном периоде

4 недели

	Б: строгий постельный режим в течение 5 дней В: строгий запрет на аэробные нагрузки в течение 6 месяцев Г: обязательная коррекция пупочного кольца через 6 месяцев	
--	--	--

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»  
Государственная итоговая аттестация по специальности  
31.08.60 Пластическая хирургия  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН  
III этап: Итоговое собеседование  
Ситуационная задача № 19**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1 ОПК-4-8 ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b>  <b>1.1. Ситуация</b>                      Пациентка 63 года на первичном осмотре у пластического хирурга.  <b>1.2. Жалобы</b>                      На неудовлетворительную форму живота, глубокую складку в нижнем отделе с формированием кожно-жирового фартука, отсутствие пупка.  <b>1.3. Анамнез заболевания</b>                      Изменения возрастные, послеродовые и послеоперационные.  <b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Росла и развивалась нормально;</li> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции;</li> <li>● Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, рефлюкс-эзофагит вне обострения, гипотиреоз (постоянный прием L-тироксина); гипертоническая болезнь (рабочее давление 130-135/80 мм рт.ст., редкие подъемы давления до 150/90) постоянную гипотензивную терапию отрицает; бронхиальная астма (ремиссия более 5 лет);</li> <li>● Перенесенные операции: экстирпация матки с придатками 15 лет назад по поводу гиперпластического процесса в области шейки матки; после операции принимала заместительную гормонотерапию (ЗГТ) в течение 3-х лет, в настоящее время ЗГТ отрицает. В анамнезе многократные роды – 40, 37 и 29 лет назад. Диастаз прямых мышц живота появился после второй беременности и родов;</li> <li>● 18 лет назад оперирована по поводу пупочной грыжи. Выполнена пупочная герниопластика по Мейо без сохранения пупка;</li> <li>● Вредные привычки – отрицает;</li> </ul>	<p>Оценка профессиональной ситуации.                      Правильный выбор тактики действий.</p>

	<p>● Аллергоанамнез: Аллергия на шерсть домашних животных.</p> <p><b>1.5. Объективный статус</b></p> <p>Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психозэмоционально стабильна.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основным клиническим/ инструментальным методом обследования является:</p> <p>А: сбор анамнеза  Б: осмотр с пальпацией  В: ультразвуковое исследование брюшной стенки и брюшной полости  Г: эзофагогастродуоденоскопия  Д: обзорный снимок брюшной полости  Е: рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария</p> <p><b>3. Результаты клинических/ инструментальных обследований</b></p> <p><b>3.1. Сбор анамнеза</b></p> <p>В анамнезе многократные роды – 40, 37 и 29 лет назад. Диастаз прямых мышц живота появился после второй беременности и родов.</p> <p>18 лет назад оперирована по поводу пупочной грыжи. Выполнена пупочная герниопластика по Мейо без сохранения пупка</p> <p><b>3.2. Осмотр с пальпацией</b></p>	
--	--	--













Status localis: Пациентка гиперстенического телосложения, повышенного питания. Боковой контур живота куполообразный и деформирован за счет снижения каркасной функции передней брюшной стенки. Пупочное кольцо отсутствует. Рубцы после герниопластики атрофические, линейные, косо-вертикальные, не спаяны с подлежащими тканями. В гипогастральной области кожа малоэластична, множественные стрии, избыточное локализованное отложение жировой клетчатки по женскому типу в нижнем отделе передней брюшной стенки в виде кожно-жирового «фартука». Определяется диастаз прямых мышц живота эпигастральной области. Грыж передней брюшной стенки не выявлено.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Аускультативно – пери-

стальтика активная. Граница печени в норме. Притупления в отлогих местах живота нет. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Инфильтративных образований не выявлено. Перитонеальные симптомы отрицательные. Край печени эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Отхождение газов сохранено. Стул регулярный, оформленный,

Индекс массы тела – 28 (рост - 164 см, масса тела - 76 кг)

### **3.3. Ультразвуковое исследование брюшной стенки и брюшной полости**

Органы брюшной полости без патологии. Грыжевых дефектов передней брюшной стенки нет. Диастаз прямых мышц живота от уровня мечевидного отростка на протяжении 19-20 см, шириной от 4 до 6 см на разных участках.

### **3.4. Эзофагогастродуоденоскопия**

Дуодено-гастральный рефлюкс

### **3.5. Обзорный снимок брюшной полости**

Распределение газа и жидкости в брюшной полости в норме, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, инородных тел в брюшной полости не выявлено, повреждений внутренних органов нет, данных за мочекаменную и желчнокаменную болезнь нет, признаков внутрибрюшного кровотечения нет.

### **3.6. Рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария**



Умеренное опущение желудка и снижение тонуса, умеренно понижен рельеф слизистой оболочки и контур большой кривизны незначительно сглажены, стенки эластичные, привратник и двенадцатиперстная кишка расширены. Перистальтика ослаблена, эвакуация замедлена

**Вопрос №2** Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде тромбоза легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование:

	<p>А: ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей  Б: флуоресцентная лимфография с индоцианином зеленым  В: КТ ангиография сосудов нижних конечностей  Г: ангиография артерий нижних конечностей</p> <p><b>Вопрос №3</b> При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4), необходимо выполнить фотографирование:  А: анфас и профиль с наклоном вперед  Б: анфас и профиль в положении лежа  В: анфас со спины  Г: анфас в положении сидя</p> <p><b>Вопрос №4</b> Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:  А: Деформация передней брюшной стенки. Диастаз прямых мышц живота  Б: Ожирение 1 степени  В: Ожирение 2 степени  Г: Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса)</p> <p><b>7. Диагноз</b>  Диагноз:  <b>7.1. Деформация передней брюшной стенки. Диастаз прямых мышц живота</b>  <b>7.2. Ожирение 1 степени</b>  <b>7.3. Ожирение 2 степени</b>  <b>7.4. Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса)</b></p> <p><b>Вопрос №5</b> Системными проявлениями эстетической деформации у данной пациентки можно предположить:  А: дисфункцию органов ЖКТ, нарушение дыхательной функции и сердечно-сосудистой системы  Б: эндокринные нарушения, бытовую аллергию, дисфункцию органов репродуктивной системы  В: радикулопатию, мио-фасциальный синдром  Г: вальгусную деформацию стопы, артрозы и артриты крупных суставов</p> <p><b>Вопрос №6</b> Основным методом хирургической коррекции является:  А: классическая абдоминопластика с пластикой апоневроза  Б: миниабдоминопластика  В: липосакция подпупочной зоны</p>	
--	---	--

<p>Г: комбинированная абдоминопластика с вертикальным и горизонтальным разрезами</p> <p><b>Вопрос №7</b> Для достижения наилучшего эстетического вида передней брюшной стенки в план операции следует включить:</p> <p>А: реконструкцию пупка  Б: липосакцию боковых отделов спины  В: мастопексию  Г: редуционную маммопластику</p> <p><b>Вопрос №8</b> Разметку реципиентной локализации будущего пупка следует выполнить по средней линии на:</p> <p>А: уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше  Б: 18-20 см выше линии оволосения лобка  В: уровне плавающих ребер  Г: середине расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением</p> <p><b>Вопрос №9</b> При правильной разметке верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике следует до уровня:</p> <p>А: мечевидного отростка и края реберной дуги  Б: эпигастральной области  В: плавающих ребер по дугообразной линии соединяющих их  Г: субмаммарной складки</p> <p><b>Вопрос №10</b> Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления после абдоминопластики в предоперационном периоде данной пациентке следует назначить:</p> <p>А: предоперационное ношение компрессионного белья  Б: лимфодренаж нижних конечностей и передней брюшной стенки  В: лечебную физкультуру с нагрузкой на мышцы брюшного пресса  Г: кинестетическое тейпирование</p> <p><b>Вопрос №11</b> Основным фактором риска развития тромбоза легочной артерии у данной пациентки, не связанным с большим объемом операции является:</p> <p>А: возраст старше 40 лет  Б: гипотиреоз  В: беременность и роды в анамнезе  Г: экстирпация матки в анамнезе</p> <p><b>Вопрос №12</b> Наличие в раннем послеоперационном периоде некупируемой пульсирующей боли и флюктуации в области вмешательства, коллаптоидного состояния, нараста-</p>	
--	--

	<p>ния отека передней брюшной стенки и ее асимметрия, выраженные экхимозы, более 50 мл крови со сгустками указывает на признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А: острой гематомы</li><li>Б: пареза кишечника</li><li>В: перфорации кишечника</li><li>Г: ишемии и липонекроза</li></ul>	
--	---	--

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

Государственная итоговая аттестация по специальности

**31.08.60 Пластическая хирургия**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**III этап: Итоговое собеседование**

**Ситуационная задача № 20**

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
<p><b>УК-1</b> <b>ОПК-4-8</b> <b>ПК-1,2</b></p>	<p><b>1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ</b></p> <p><b>1.1. Ситуация</b> Пациентка 41 года на первичном осмотре у пластического хирурга.</p> <p><b>1.2. Жалобы</b> На неудовлетворительную форму живота.</p> <p><b>1.3. Анамнез заболевания</b> Изменения послеродовые.</p> <p><b>1.4. Анамнез жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Росла и развивалась нормально;</li> <li>● Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; острый цистит во время беременности</li> <li>● Сопутствующие заболевания кисла щитовидной железы, гипотиреоз (эутирокс по 25 мкг/сут)</li> <li>● Перенесенные травмы и операции: ЗЧМТ сотрясение головного в возрасте 13 лет; дентальная имплантация 7 лет назад;</li> <li>● Прием двухфазных гормональных контрацептивов;</li> <li>● Вредные привычки – отрицает;</li> <li>● Аллергоанамнез: аллергия на шерсть животных.</li> </ul> <p><b>1.5. Объективный статус</b> Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. АД – 110/60 мм рт.ст., ЧСС – 62 в 1 мин. Признаки ретикулярного варикоза нижних конечностей. Психоэмоционально стабильна.</p> <p><b>Вопрос №1</b> Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основным клиническим/инструментальным методом обследования явля-</p>	<p>Оценка профессиональной ситуации.</p> <p>Правильный выбор тактики действий.</p>

	<p>ется:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А: сбор анамнеза</li><li>Б: осмотр с пальпацией</li><li>В: ультразвуковое исследование брюшной стенки и брюшной полости</li><li>Г: эзофагогастродуоденоскопия</li><li>Д: обзорный снимок брюшной полости</li><li>Е: рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария</li></ul> <p><b>3. Результаты обследования</b></p> <p><b>3.1. Сбор анамнеза</b></p> <p>В анамнезе беременность роды – 17 и 2 года назад. Вторая беременность многоплодная, после чего сформировалась выраженная деформация передней брюшной стенки. Дородовой бандаж стала использовать в середине третьего триместра. Пациентка ведет активный образ жизни, но физические упражнения желаемого результата не принесли. Отмечает выраженные отеки нижних конечностей с начала второго триместра. Использует компрессионный трикотаж профилактический повседневно и первого класса компрессии при значительных нагрузках и перелетах. Выраженных колебаний массы тела не имела.</p> <p><b>3.2. Осмотр с пальпацией</b></p>	
--	--	--













Status localis: Пациентка нормостенического телосложения, умеренного питания. Передний и боковые контуры живота куполообразной формы, деформирован за счет сниже-

ния каркасной функции передней брюшной стенки. Жироотложение по женскому типу, в нижнем отделе передней брюшной стенки умеренный избыток кожи и подкожной клетчатки. Эластичность кожи передней брюшной стенки снижена, кожа изменена множественными, отчетливо видимыми стриями околопупочной, подпупочной зонах и боковых отделах передней брюшной стенки. Определяется диастаз прямых мышц живота на протяжении всей белой линии. Пупочное кольцо по средней линии, расширено. При пальпации определяется щелевидный дефект пупочного кольца, кашлевой толчок отчетливый. Пальпация в области пупочного кольца безболезненна

Живот симметричный, участвует в акте дыхания. Аускультативно – перистальтика активная. Граница печени в норме. Притупления в отлогих местах живота нет. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Инфильтративных образований не выявлено. Перитонеальные симптомы отрицательные. Край печени эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Отхождение газов сохранено. Стул регулярный, оформленный,

Индекс массы тела – 23 (рост - 170 см, масса тела - 62 кг)

### **3.3. Ультразвуковое исследование брюшной стенки и брюшной полости**

Органы брюшной полости без патологии. Грыжевых дефектов передней брюшной стенки нет. Диастаз прямых мышц живота от уровня мечевидного отростка на протяжении белой линии живота 21-21,5 см, шириной от 2,8 до 6,3 см на разных участках. Пупочное кольцо расширено. Дефект пупочного кольца до 1,5 см. В области дефекта определяется предбрюшинная клетчатка.

### **3.4. Эзофагогастродуоденоскопия**

Дуодено-гастральный рефлюкс

### **3.5. Обзорный снимок брюшной полости**

Распределение газа и жидкости в брюшной полости в норме, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, инородных тел в брюшной полости не выявлено, повреждений внутренних органов нет, данных за моче-каменную и желчнокаменную болезнь нет, признаков внутрибрюшного кровотечения нет.

### **3.6. Рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с сульфатом бария**

Умеренное опущение желудка и снижение тонуса, умеренно понижен рельеф слизистой оболочки и контур большой кривизны незначительно сглажены, стенки эластичные, привратник и двенадцатиперстная кишка расширены. Перистальтика ослаблена, эвакуация замедлена

**Вопрос №2** Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде

	<p>тромбоэмболии легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование:</p> <p>А: ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей  Б: флуоресцентная лимфография с индоцианином зеленым  В: КТ ангиография сосудов нижних конечностей  Г: ангиография артерий нижних конечностей</p> <p><b>Вопрос №3</b> При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4 ), необходимо выполнить фотографирование:</p> <p>А: анфас и профиль с наклоном вперед  Б: анфас и профиль в положении лежа  В: анфас со спины  Г: анфас в положении сидя</p> <p><b>Вопрос №4</b> Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз:</p> <p>А: Деформация передней брюшной стенки; диастаз прямых мышц живота; пупочная грыжа  Б: Ожирение 1 степени  В: Ожирение 2 степени  Г: Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса), диастаз прямых мышц живота; пупочная грыжа</p> <p><b>7. Диагноз</b>  Диагноз:</p> <p><b>7.1. Деформация передней брюшной стенки; диастаз прямых мышц живота; пупочная грыжа</b>  <b>7.2. Ожирение 1 степени</b>  <b>7.3. Ожирение 2 степени</b>  <b>7.4. Приобретенная липодистрофия (синдром Лоуренса), диастаз прямых мышц живота; пупочная грыжа</b></p> <p><b>Вопрос №5</b> Основным методом хирургической коррекции является:</p> <p>А: классическая абдоминопластика с пластикой апоневроза  Б: реверсная абдоминопластика с одномоментной редукцией молочных желез пожеланию пациентки  В: открытая миниабдоминопластика  Г: комбинированная абдоминопластика с вертикальным и горизонтальным разреза-</p>	
--	---	--

ми

**Вопрос №6** Для достижения наилучшего результата в план операции следует включить:

- А: герниопластику пупочного кольца
- Б: липосакция подпупочной зоны
- В: липосакция боковых отделов живота
- Г: резекцию большого сальника

**Вопрос №7** Разметку реципиентной локализации пупочного кольца следует выполнить по средней линии:

- А: на уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше
- Б: на 18-20 см выше линии оволосения лобка по вертикальной линии от мечевидного отрезка до лобкового симфиза
- В: на уровне плавающих ребер
- Г: на середине расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением

**Вопрос №8** При правильной разметке верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике следует до уровня:

- А: мечевидного отростка и края реберной дуги
- Б: эпигастральной области
- В: плавающих ребер
- Г: субмаммарной складки по окружности живота

**Вопрос №9** Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления после абдоминопластики в предоперационном периоде данной пациентке следует назначить:

- А: предоперационное ношение компрессионного белья
- Б: лимфодренаж нижних конечностей и передней брюшной стенки
- В: лечебную физкультуру с нагрузкой на мышцы брюшного пресса
- Г: кинестетическое тейпирование

**Вопрос №10** По результатам ультразвукового исследования выявлены признаки варикозной болезни нижних конечностей.

УЗ признаков тромбоза вен нижних конечностей на момент осмотра не выявлено.

Риск развития тромбоза в послеоперационном периоде: средний

Послеоперационные рекомендации:

- эластическая компрессия нижних конечностей интраоперационная и послеоперационная;
- перемежающаяся пневмокомпрессия интраоперационная;
- ранняя активизация послеоперационная;



	<ul style="list-style-type: none"> <li>● низкомолекулярные гепарины послеоперационно по схеме на фоне первичного гемостаза;</li> <li>● контроль УЗИ вен нижних конечностей перед выпиской.</li> </ul> <p>Фактором риска развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки, не связанные с большим объемом оперативного вмешательства является:</p> <p>А: возраст старше 40 лет  Б: варикозное расширение вен нижних конечностей  В: прием гормональных контрацептивов  Г: прием заместительной терапии гормонов щитовидной железы  Д: беременность и роды в анамнезе  Е: артериальная гипотензия</p> <p><b>Вопрос №11</b> Наличие в раннем послеоперационном периоде вздутия живота, умеренных распространенных болей в животе, тошноты и рвоты, одышки, поверхностного дыхания и артериальной гипотензии являются признаками:</p> <p>А: пареза кишечника  Б: острой гематомы  В: перфорации кишечника  Г: ишемии и липонекроза</p> <p><b>Вопрос №12</b> Особенностью послеоперационного периода, о которой необходимо предупредить пациентку перед началом лечения, является:</p> <p>А: необходимость ношения компрессионного белья в послеоперационном периоде 4 недели  Б: строгий постельный режим в течение 5 дней  В: строгий запрет на аэробные нагрузки в течение 6 месяцев  Г: обязательная коррекция пупочного кольца через 6 месяцев</p>	
--	--	--

Ректор \_\_\_\_\_ И.О. Прохоренко

## 4.4. КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ЭТАПОВ ГИА

### 4.4.1. Критерии оценки I этапа «Аттестационное тестирование»:

- 0-69% **Неудовлетворительно**
- 70-80% **Удовлетворительно**
- 81-90% **Хорошо**
- 91-100% **Отлично**

### 4.4.2. Критерии оценки II этапа «Уровень практической подготовки»:

- Оценка «**отлично**» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения образовательной программы, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.
- Оценка «**хорошо**» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения образовательной программы, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.
- Оценка «**удовлетворительно**» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения образовательной программы, в основном сформированы, но теоретические знания освоены частично.
- Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения образовательной программы, не сформированы и теоретическое содержание не освоено.

### 4.4.3. Критерии оценки III этапа «Итоговое собеседование»

- оценки "**отлично**" заслуживает выпускник ординатуры, показавший всестороннее, и глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; освоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации;
- оценки "**хорошо**" заслуживает выпускник ординатуры, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, освоивший основную литературу, знающий нормативные документы;
- оценки "**удовлетворительно**" заслуживает выпускник ординатуры, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой. Как правило, оценка "удовлетворительно" выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающий необходимыми знаниями для их устранения;
- оценка "**неудовлетворительно**" выставляется выпускнику ординатуры, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.

#### **4.5. ИТОГОВЫЙ РЕЗУЛЬТАТ СДАЧИ ГИА**

Итоговый результат ГИА определяется оценками "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно", исходя из комплексной оценки сдачи всех этапов государственной итоговой аттестации.

Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение ГИА.