

Приложение №6.1

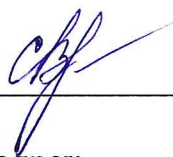
к разделу 8 основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия, утвержденной приказом директора НИИ МПС №ИМ 001-191-02 от 25.10.2021

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)
«ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»
БАЗОВОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ)
ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ
ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В
ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.60 ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ**

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС
(протокол № 9 от 25 октября 2021г.)

Составитель:

К.М.Н. _____



Спасюк В.В.

Красноярск
2021

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Пластическая хирургия	УК-1, УК-2, ПК-1 ПК-2, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-8, ПК-9 ПК-10	тестовые задания	257
		ситуационные задачи	7
		контрольные вопросы	63

Перечень контрольных вопросов для собеседования:

1.Классификация ожогов. Диагностика глубины поражения. Оценка площади поражения. Первая помощь при термических ожогах.

2.Паховый лоскут. Анатомические предпосылки. Применение. Техника выкраивания

3. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация. Физиология приживления. Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.

4.Реконструкция молочных желез. Виды операций, применяемых с целью реконструкции.

5.Основные принципы и виды современной цервикопластики. Отбор пациентов, профилактика осложнений.

6.Лифтинги боковых отделов лица с «вертикальным вектором» подъёма. Короткорубцовые» лифтинги: показания, противопоказания, основные принципы проведения.

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

8. Прикладная анатомия нижнего века. Ламелы. Связки.

9.Оценка возрастных изменений тканей периорбитальной области. Принципы хирургической коррекции. Основные виды оперативных вмешательств.

10. Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи.

11. Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи.

12.Возможности проведения экспандерной дермотензии для устранения изъянов в области головы и шеи. Показания и ограничения.

13. Методы коррекции деформации перегородки носа (техника «качающейся двери», метод диска, метод насечек, экстракорпоральная пластика перегородки носа).

14. Абдоминопластика. Классификация эстетических недостатков передней брюшной стенки по Матарассо.

15. Липосакция. Классификация с точки зрения проводимой инфильтрации. Опасности и осложнения липосакции.

16. Классификация имплантов для аугментации молочных желез. Подбор имплантов. Предоперационное обследование и осмотр.

17. Понятие SMAS лоскута. Техника подъема SMAS, векторы перемещения и точки фиксации.

18. Вектор орбиты. Разделение круговой мышцы глаза. Жировые пакеты нижнего века. Анатомическое объяснение доступов при нижней блефаропластике.

19. Операция Аббе.

20. Возрастные изменения лица и шеи: характеристика, оценка, общие принципы коррекции.

21. Изъяны губ: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.

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

23. Кантопексия. Показания и противопоказания. Техника различных видов кантопексии.

24. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.

25. Коррекция хрящевого отдела носа. Варианты вмешательств. Ведение пациентов.

26. Особенности клинических проявлений и лечения келоидных рубцов кожи.

27. Фронтально-темпорально-орбитально-малаярный лифтинг (ФТМОЛ): современная концепция, принципы отбора пациентов, профилактика осложнений.

28. Ботулотоксин. Принцип действия. Препараты на современном рынке. Принципы разведения. Шприцы. Расчет единиц в шприце. Определение точек для инъекции в области верхней трети лица и периорбитальной области.

29. Пластика треугольными лоскутами: виды, показания, особенности проведения в области лица и шеи.

30. Перечислите клетчаточные пространства височной области

31. Какая из ветвей лицевого нерва содержит вегетативные (и чувствительные) волокна?

32. Какие заболевания чаще всего являются причиной косметических диспропорций лица?

33. Перечислите отличительные признаки европеоидных и ориентальных век 34. Чем представлен внутренний носовой клапан?

35. В какую сторону смещена колюмелла при односторонней боковой расщелине губы, неба и альвеолярного отростка?

36. Перечислите причины развития орбитального гипертелоризма
37. Назовите наиболее частые осложнения эстетической пластики нижних век
38. Какие из артеризированных костных трансплантатов более всего подходят для создания скулового изгиба при комбинированных дефектах средней зоны лица?
39. Назовите источники кровоснабжения молочной железы
40. За счет какой анатомической структуры обеспечивается подвижность молочной железы?
41. Перечислите клинические признаки тубулярных молочных желез.
42. Перечислите показания для использования аксиллярного доступа при эндопротезировании молочных желез.
43. Определите ключевой момент редукционной маммопластики (мастопексии) по Тореку.
44. Что является показанием к проведению верхней абдоминопластики?
45. Что является показанием для отсечения пупочного канатика при проведении абдоминопластики?
46. Какая структура делит подкожную клетчатку передней брюшной стенки на глубокий и поверхностный слой?
47. В каком направлении проходят силовые линии кожи Лангера в области передней и боковой стенок живота?
48. В чем смысл предоперационного ношения компрессионного белья перед проведением абдоминопластики и торсопластики?
49. Перечислите показания к реконструкции сухожилий при изолированных и комбинированных параличах лучевого, локтевого и срединного нервов
50. Перечислите показания к реплантации длинных пальцев кисти
51. Каковы принципы транспортировки сегментов конечностей при мутилирующих повреждениях?
52. С чем чаще всего связан тендинит лучевого сгибателя кисти?
53. Между какими мышцами проходит сосудистая ножка свободного радиального лоскута предплечья?
54. Перечислите порядок необратимых операций при хирургической смене пола (МЖ трансформации) при ядерном транссексуализме
55. Перечислите порядок необратимых операций при хирургической смене пола (ЖМ трансформации) при ядерном транссексуализме
56. Назовите наиболее частую локализацию мочевого свища при пластике неоуретры лучевым лоскутом.
57. Назовите способы неовагинопластики
58. При каком способе хирургической коррекции элонгации малых половых губ чаще всего встречаются ятрогенные деформации?
59. Перечислите области применения эндоскопического оборудования и видеоассистенции в пластической хирургии.

60. На каком уровне следует проводить рассечение надкостницы при эндоскопической коррекции возрастных изменений мягких тканей верхней зоны лица?

61. Какие доступы используются при эндоскопической коррекции мягких тканей средней зоны лица?

62. Какая анатомическая структура является ориентиром для идентификации местоположения лобной ветви лицевого нерва при эндоскопическом лифтинге лба?

63. На каком уровне следует пересекать большую грудную мышцу при выполнении аугментационной маммопластики с видеоассистенцией?

Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача №1 . К пластическому хирургу обратился пациент К., 34 лет с жалобами на деформирующий, неэстетичного вида рубец в области локтевого сгиба слева. В анамнезе у пациента травма – разрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча в результате резкого поднятия тяжелого предмета и пластика сухожилия. Через 2.5-3 месяца заметил, что рубец утолщается и уплотняется, возникают сложности при разгибании руки в локтевом суставе. Обратился повторно, после чего было выполнено иссечение рубца. После 1,5-2 месяцев после повторного вмешательства обнаружил, что рубец деформируется повторно. В настоящее время с момента повторной операции прошло 11 месяцев. St. localis: в области локтевого сгиба слева определяется линейный деформирующий рубец длиной 7,6-7,7 см вдоль оси конечности. Ширина рубца от 0,6 до 0,8 см на разных участках. Рубец плотный, выступает над поверхностью кожных покровов, светло розового цвета, безболезненный. Амплитуда движений в левом локтевом суставе уменьшена, конечность в состоянии сгибания в локтевом суставе 100-110° .

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. В результате какой тактики возникло данное состояние?

2. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании?

3. Какова тактика лечения и сроки его проведения? 4. Какова тактика лечения
Эталоны ответов:

1. Диагноз: деформирующий гипертрофический послеоперационный рубец в области локтевого сустава, рубцовая контрактура левого локтевого сустава. Образование подобного патологического рубца связано с неправильным выбором направления первичного разреза – доступа к сухожилию двуглавой мышцы плеча. Для формирования оптимального рубца в области крупного сустава необходимо выполнять разрез кожи в направлении, перпендикулярном продольной оси подлежащих мышц (сухожилий) или под углом, максимально приближающимся к этому направлению.

2. Дополнительных исследований в данном случае не требуется, диагноз ставится на основании внешнего осмотра и анамнестических данных.

3. Тактика лечения: иссечение рубца и пластика местными тканями

перемещением встречных треугольных лоскутов с целью удлинения рубца и изменения его направления. В данном случае сроки позволяют выполнить операцию в ближайшее время.

Ситуационная задача №2: К пластическому хирургу обратилась пациентка Р. 27 лет с жалобами на неудовлетворительную форму носа. Пациентку не устраивает форма как костного, так и хрящевого отдела носа. При детальном расспросе выяснилось, что имеется нарушение дыхания через правую половину носа, усиливающаяся при простудных заболеваниях. В анамнезе у девушки травма носа, которую она получила в возрасте 11-12 лет во время падения с велосипеда. При осмотре определяется выраженное оливообразное расширение крыльных хрящей носа. Межкрыльное расстояние – 3.3 см, основание носа – 2.7 см, высота коллюмелы – 1.8 см. Определяются костные гребни носовых костей в виде горбинки.

Вопросы:

1. сформулируйте диагноз. Какой вероятный сопутствующий диагноз имеется у пациентки?

2. Какие дополнительные исследования требуются в данном случае?

3. какова тактика оперативной коррекции у данной пациентки

Ответы: 1. У пациентки наблюдается врожденная деформация костно-хрящевого отдела носа, заключающаяся в гипертрофии и оливообразном расширении крыльных хрящей и наличии горбинки носовых костей (т.н. риномегалия) в сочетании с посттравматической деформацией перегородки носа.

2. При планировании оперативной коррекции данного состояния необходимо проведение компьютерной томографии области носо-орбитальной области и придаточных пазух.

3. Пациентке показана полная реконструкция носа: реконструкция хрящевого отдела носа (резекция цефалической части крыльных хрящей и сужение куполов), реконструкция костного отдела (остеотомия горбинки носа, латеральная остеотомия пирамидки носа), подслизистая резекция перегородки носа с возможной септопластикой. При гипертрофии нижних носовых раковин – вазотомия, при наличии конхобуллезе – конхотомия нижних носовых раковин

Ситуационная задача №3: Пациент Н., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную асимметрию и деформацию средней зоны лица. Из анамнеза: 2 года назад выявлен плоскоклеточный рак верхней челюсти слева. Была произведена операция: резекция верхней челюсти с прилегающими мягкими тканями твердого неба, преддверия рта, щечной области. Диагноз плоскоклеточного рака верифицирован гистологически. Была проведена дистанционная гамма-терапия (суммарная доза 60 Грей) и два курса химиотерапии.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы. St. localis:.. Нарушение конфигурации лица из-за резкого западения верхней губы и

мягких тканей в левой скуловой, подглазничной, щечной областях. Отмечается опущение левого глазного яблока на 2 см. Артикуляция нарушена. В полости рта определяется обширный дефект твердого неба, верхней челюсти, щечной области и верхней губы, сообщение с полостью рта, где имеется сквозной дефект твердого неба размером 5 x 4 см, дефект преддверия рта, нижняя носовая раковина выступает в полость рта

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. К какой категории относится данный дефект? 2. Какова тактика устранения данного дефекта?

Что необходимо восстановить?

Какой тип трансплантата оптимален в данном случае?

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести с учетом запланированной тактики лечения?

Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?

Прогноз

Ответы: 1. Комбинированный дефект средней зоны лица слева после комбинированного лечения плоскоклеточного рака верхней челюсти.

2. Категория дефекта II и IVБ

3. Тактика – применение микрохирургического реваскуляризируемого лоскута. Необходимо восстановить верхнечелюстной и скуло-глазничный изгиб.

4. Учитывая протяженный костный дефект, значительную потерю мышечной ткани, дефект слизистой оболочки, рациональным будет применение реваскуляризированного кожно-фасциально-костного малоберцового лоскута.

5. Ультразвуковая диагностика донорских и реципиентных сосудов, в частности, лицевой артерии, прободающей кожной артерии будущего аутооттрансплантата. КТ донорской и реципиентной зон и компьютерное моделирование для получения точных параметров оставшихся фрагментов лицевого черепа средней зоны лица, а также формируемого аутооттрансплантата.

6. Предоперационное моделирование. Снятие гипсовой маски лица, изготовление воскового шаблона восстанавливаемой зоны, изготовление стереолитографической модели лицевого скелета и шаблона для резки и сборки аутооттрансплантата.

7. При успешном приживлении лоскута прогноз для жизни, улучшения контуров лица и восстановления функции – благоприятный. Данный способ реконструкции комбинированного дефекта средней зоны лица позволяет провести успешное зубное протезирование с установкой имплантатов.

Ситуационная задача №4. К пластическому хирургу обратился пациент С., 42 лет с жалобами на деформирующий, неэстетичного вида рубец в области локтевого сгиба слева. В анамнезе у пациента травма – разрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча в результате резкого поднятия тяжелого

предмета и пластика сухожилия. Через 2,5-3 месяца заметил, что рубец утолщается и уплотняется, возникают сложности при разгибании руки в локтевом суставе. Обратился повторно, после чего было выполнено иссечение рубца. После 1,5-2 месяцев после повторного вмешательства обнаружил, что рубец деформируется повторно. В настоящее время с момента повторной операции прошло 11 месяцев. St. localis: в области локтевого сгиба слева определяется линейный деформирующий рубец длиной 7,6-7,7 см вдоль оси конечности. Ширина рубца от 0,6 до 0,8 см на разных участках. Рубец плотный, выступает над поверхностью кожных покровов, светло розового цвета, безболезненный. Амплитуда движений в левом локтевом суставе уменьшена, конечность в состоянии сгибания в локтевом суставе 100-110°. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз.

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

Эталоны ответов:

1. Диагноз: деформирующий гипертрофический послеоперационный рубец в области локтевого сустава, рубцовая контрактура левого локтевого сустава. Образование подобного патологического рубца связано с неправильным выбором направления первичного разреза – доступа к сухожилию двуглавой мышцы плеча. Для формирования оптимального рубца в области крупного сустава необходимо выполнять разрез кожи в направлении, перпендикулярном продольной оси подлежащих мышц (сухожилий) или под углом, максимально приближающимся к этому направлению.

2. Дополнительных исследований в данном случае не требуется, диагноз ставится на основании внешнего осмотра и анамнестических данных.

3. Тактика лечения: иссечение рубца и пластика местными тканями перемещением встречных треугольных лоскутов с целью удлинения рубца и изменения его направления. В данном случае сроки позволяют выполнить операцию в ближайшее время.

Типовые ситуационные задачи

Ситуационная задача №5. Пациентка К., 67 лет с жалобой на асимметрию улыбки через 1 неделю после подтяжки лица и шеи. При обследовании выявлено, что при полной улыбке левая половина нижней губы ниже, чем правая половина. Какой из нервов, скорее всего, поврежден?

Эталон ответа: Правый краевой нижнечелюстной

Ситуационная задача №6. Пациентка Н., 50 лет приходит на консультацию по улучшению внешнего вида "отвисшей" груди. Она потеряла 45 кг в течение прошлых 18 месяцев из-за диеты. Медицинский осмотр показывает дефляцию груди и выраженный птоз. Запланирована мастопексия по методике Уайза и аугментационная маммопластика. Какая из

следующих артерий, скорее всего, обес печит кровоснабжение молочной железы и соска во время подмышечного увеличения?

Эталон ответа: Грудоакромиальная артерия и вена проходят глубоко в большой грудной мышце, обеспечивая циркуляцию в лежащих сверху тканях молочной железы и коже. Поджелезистая аугментационная маммопластика разрушает связь между сосудами: грудоacroмиальной артерией и верхними тканями молочной железы. Это приводит к более высокому риску осложнений в послеоперационном периоде. Рассечение подмышечной поверхности поддерживает связь между сосудами грудоacroмиальной артерии и верхними тканями молочной железы, улучшая потенциальную возможность заживления ран.

Ситуационная задача №7. Пациентке А., 42 лет, выполнено эндопротезирование молочных желез. В послеоперационном периоде, на 2 сутки, отмечено ухудшение состояния: повысилась температура тела до 37,2, стали беспокоить боли и увеличение в размерах правой молочной железы, появились кровянистые выделения из раны через швы. Какое осложнение развилось у больной?

Эталон ответа: гематома полости эндопротеза справа.

Перечень тестовых заданий с эталонами ответов

1. При проводниковой анестезии наблюдается блокада какого вида чувствительности?:

- 1) тактильной;
- 2) болевой;
- 3) температурной;
- 4) вкусовой.

2. Ментальное отверстие находится:

- 1) под клыком;
- 2) под первым премоляром;
- 3) *под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром;*
- 4) между вторым премоляром и первым моляром.

3. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

- 1) на питающей ножке;
- 2) *встречных треугольных;*
- 3) круглого стебельчатого;
- 4) на сосудистом анастомозе.

4. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют:

- 1) *при рубцовых выворотах век;*
- 2) при плоских рубцах;
- 3) при обширных дефектах костей лица;
- 4) при обширных дефектах мягких тканей.

5. Вид пластики местными тканями, при котором происходит прирост тканей в направлении основного разреза:

- 1) лоскутами на ножке;
- 2) мобилизация краев раны;
- 3) *треугольными лоскутами*;
- 4) пересадка свободной кожи.

6. Основное правило пластики местными тканями:

- 1) не ушивать рану наглухо;
- 2) недопустима мобилизация тканей;
- 3) *отсутствие натяжения в краях раны*;
- 4) длина разреза должна быть минимальной.

7. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:

- 1) мостовидным;
- 2) опрокидывающимся;
- 3) *удвоенным по Рауэру*;
- 4) встречными треугольниками.

8. Для восстановления отсутствующей брови используют лоскут:

- 1) мостовидный;
- 2) из височной области;
- 3) забральный по Лексеру;
- 4) *на скрытой сосудистой ножке*.

9. Филатовский стебель, формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется:

- 1) острым;
- 2) шагающим;
- 3) ускоренным;
- 4) *классическим*.

10. Аллотрансплантат- это материал, взятый:

- 1) у пациента;
- 2) у животного;
- 3) *у другого индивида*;
- 4) у однояйцового близнеца.

11. При тотальном дефекте нижней губы используют методику:

- 1) Аббе;
- 2) Рауэра;
- 3) *Седилло*;
- 4) Евдокимова.

12. Преимущество методов пластики местными тканями заключается:

- 1) в многоэтапности лечения;
- 2) в широких пластических возможностях метода;
- 3) *в сходстве, однотипности тканей по строению*;
- 4) в узких пластических возможностях метода.

13. Укорочение верхней губы устраняется способом пластики местными тканями:

- 1) Седилло;

- 2) свободным кожным лоскутом;
- 3) *встречными треугольными лоскутами;*
- 4) Филатовским стеблем.

14. При индийской ринопластике лоскут на ножке берут:

- 1) с шеи
- 2) *с лобной области*
- 3) с щечной области
- 4) с губо-щечной складки

15. Лоскут на питающей ножке состоит из тканей

- 1) расщепленной кожи
- 2) *кожи и подкожно-жировой клетчатки*
- 3) кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
- 4) кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости

16. Местное осложнение при пластике лоскутами на ножке

- 1) неврит
- 2) миозит
- 3) *некроз*
- 4) диплопия

17. Первый этап пластической операции

- 1) разрез
- 2) *обезболивание*
- 3) определение показаний
- 4) планирование вмешательства

18. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится лечение

- 1) гидромассаж
- 2) криотерапия
- 3) *холод местно*
- 4) электрокоагуляция

19. Продолжительность пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета коррелирующих операций

- 1) 3 недели
- 2) 3 месяца
- 3) *6 месяцев*
- 4) 2 года

20. Чаще всего раневую поверхность на материнском ложе при формировании Филатовского стебля закрывают при помощи

- 1) свободной кожи
- 2) *ушивании на себя*
- 3) лоскутов на микроанастомозе
- 4) дополнительных треугольных лоскутов

21. Количество этапов пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета корригирующих операций

- 1) 1

- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

22. Способ переноса Филатовского стебля к месту дефекта

- 1) *"гусеничный" шаг*
- 2) свободная пересадка
- 3) аллогенная трансплантация
- 4) «улитка»

23. Показанием к применению свободной пересадки кожи является

- 1) сквозные дефекты кожи
- 2) дефекты тканей до кости
- 3) *послеоперационные дефекты кожи*
- 4) незаживающие язвы после лучевой терапии

24. Свободный кожный лоскут по Тиршу называется

- 1) расщепленным
- 2) в три четверти толщины
- 3) *тонким дермоэпителиальным*
- 4) полнослойной кожей без клетчатки

25. Свободный кожный лоскут по Блеру-Брауну называется

- 1) расщепленным
- 2) *в три четверти толщины*
- 3) тонким дермоэпителиальным
- 4) полнослойной кожей без клетчатки

26. Дермабразию пересаженного кожного лоскута проводят

- 1) *при гиперпигментации*
- 2) при грубых рубцовых изменениях
- 3) при рубцовых изменениях слизистой оболочки
- 4) по просьбе пациента

27. Свободной пересадкой кожи называется

- 1) перенос кожи стебельчатого лоскута
- 2) *пересадка кожного аутоотрансплантата*
- 3) перемещение кожного лоскута на ножке
- 4) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

28. Местные ранние осложнения после пересадки свободной кожи

- 1) *некроз лоскута*
- 2) гиперпигментация
- 3) рубцовая трансформация
- 4) кровотечение из лоскута

29. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности:

- 1) тыла стопы
- 2) боковой шеи
- 3) наружной бедра
- 4) *передней живота*

30. Для ускорения приживления свободного кожного лоскута в послеоперационном периоде проводится лечение:

- 1) криотерапия
- 2) ГБО-терапия
- 3) гидромассаж
- 4) электрокоагуляция.

31. Идентичность цвета пересаженной кожи и окружающей кожи достигается при помощи

- 1) криотерапии
- 2) гидромассажа
- 3) физиотерапии
- 4) *диэпидермизации*

32. Вторичная костная пластика после основной операции проводится

- 1) через 10 дней
- 2) через 1-2 месяца
- 3) через 3-4 месяца
- 4) *через 6-8 месяцев*

33. Сроки проведения вторичной костной пластики обусловлены

- 1) восстановлением иннервации
- 2) *завершением формирования рубцов*
- 3) завершением формирования сосудов
- 4) завершением образования костной мозоли

34. Показанием для проведения вторичной костной пластики является

- 1) секвестрэктомия
- 2) врожденные деформации челюстей
- 3) удаление доброкачественных опухолей
- 4) *удаление злокачественных опухолей*

35. Аутооттрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут

- 1) из ключицы
- 2) из костей стопы
- 3) из бедренной кости
- 4) *из гребешка подвздошной кости*

36. Ксенотрансплантат- это материал. взятый

- 1) у пациента
- 2) *у животного;*
- 3) у другого индивида
- 4) у однояйцового близнеца

37. Способ пластика частичного дефекта крыла носа

- 1) по Рауэру
- 2) *по Сулову*
- 3) лоскутом на микроанастомозе

4) артеризированным лоскутом височной области

38. Способ пластики дефекта кожной части перегородки носа

1) по Рауэру

2) по Сулову

3) лоскутом на микроанастомозе

4) лоскутом на ножке с губощечной складки

39. Количество этапов при пластике губы по Аббе

1) 1

2) 2

3) 3

4) 4

40. Местные ранние осложнения после пластики дефекта губ

1) некроз лоскутов

2) гиперпигментация

3) неврит лицевого нерва

4) рубцовая трансформация.

41. Основными задачами пластики при врожденной расщелине верхней губы является устранение 1) выворота крыла носа§2) рубцовой деформации§

3) искривления перегородки носа

4) дефекта губы и деформации крыла носа

42. При пластике верхней губы фиксация лоскутов осуществляется

1) узловым швом

2) непрерывным швом

3) гипсовой повязкой

4) разгрузочными швами

43. При тотальном дефекте нижней губы используют методику:

1) Аббе

2) Рауэра

3) Диффенбаха

4) Евдокимова

44. Аутоотрансплантат- это материал, взятый

1) у пациента

2) у животного

3) у другого индивида

4) у однояйцевого близнеца

45. Нижняя треть лица у больных с нижней микрогнатией

1) уплощена

2) уменьшена

3) увеличена

4) несимметрична

46. Средняя треть лица у больных с верхней ретрогнатией

1) уплощена

- 2) уменьшена
- 3) увеличена
- 4) несимметрична

47. Для твердой фибромы характерно наличие в ней

- 1) незрелой фиброзной ткани
- 2) зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном
- 3) *зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани*
- 4) грануляций

48. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней

- 1) зрелой жировой ткани
- 2) зрелой фиброзной ткани
- 3) *зрелой жировой и фиброзной ткани*
- 4) грануляций.

49. Основным методом лечения фибром является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное
- 4) *иссечение в пределах здоровых тканей*

50. Липома состоит из жировой ткани

- 1) *зрелой*
- 2) незрелой
- 3) незрелой и зрелой
- 4) незрелой с участками гиперкератоза.

51. Чаще всего липома локализуется в области

- 1) *щечной*
- 2) лобной
- 3) височной
- 4) околоушно-жевательной

52. Основным симптомом неврита тройничного нерва является

- 1) симптом Венсана
- 2) длительные парестезии
- 3) *длительные ноющие боли*
- 4) кратковременные парестезии

53. Триггерными (курковыми) зонами называются участки

- 1) парестезии
- 2) гипостезии
- 3) гиперстезии
- 4) *раздражение которых провоцирует приступ боли*

54. Основным методом лечения неврита тройничного нерва является

- 1) *физиотерапия*
- 2) химиотерапия .
- 3) хирургический
- 4) алкоголизация

55. Характерный симптом при невралгии тройничного нерва

- 1) тахикардия
- 2) слезотечение
- 3) иррадиация болей
- 4) *болезненность точек Валле*

56. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

- 1) *невротомия*
- 2) остеотомия
- 3) редрессация
- 4) гайморотомия
- 5) экзартикуляция

57. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

- 1) головная боль
- 2) носовое кровотечение
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) *патологическая подвижность верхнечелюстных костей*

58. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

- 1) головная боль
- 2) носовое кровотечение
- 3) *патологическая подвижность нижней челюсти*
- 4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

59. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР III

- 1) суббазальный
- 2) суборбитальный
- 3) *отрыв альвеолярного отростка*
- 4) отрыв верхней челюсти.

60. Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

- 1) дуга Энгля
- 2) остеосинтез
- 3) аппарат Збаржа
- 4) *наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой*

61. Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

- 1) дуга Энгля
- 2) остеосинтез
- 3) *метод Адамса*
- 4) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

62. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти

- 1) ЭОД
- 2) биопсия
- 3) *рентгенография*
- 4) радиоизотопный

63. Под действием тяга жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит

- 1) *книзу и кзади*
- 2) *кверху и вперед*
- 3) *медиально и вперед*
- 4) *латерально и кверху*

64. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

- 1) *нижней челюсти*
- 2) *суббазальном верхней челюсти*
- 3) *суборбитальном верхней челюсти*
- 4) *альвеолярного отростка верхней челюсти*

65. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит

- 1) *при отрыве альвеолярного отростка*
- 2) *при суббазальном переломе верхней челюсти*
- 3) *при суборбитальном переломе верхней челюсти*
- 4) *при отрыве нижней челюсти*

66. Обязательным симптомом перелома основания черепа является

- 1) *ликворея*
- 2) *кровотечение из носа*
- 3) *патологическая подвижность нижней челюсти*
- 4) *патологическая подвижность верхней челюсти*

67. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

- 1) *на скуловые кости снизу вверх*
- 2) *на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх*
- 3) *на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх*
- 4) *на крючок крыловидного отростка снизу вверх*

68. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки

- 1) *озноб и лихорадка, бледность, сонливость*
- 2) *судороги, гипертензия, тахикардия*
- 3) *гипотония, судороги, дыхательная недостаточность*
- 4) *диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов.*

69. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна

- 1) *для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка*
- 2) *для нижнего первого моляра*
- 3) *для центральных нижних резцов*
- 4) *третьего нижнего моляра*

70. Общим обезболиванием является

- 1) *атаралгезия*
- 2) *эндотрахеальный наркоз*
- 3) *проводниковая анестезия*

4) вагосимпатическая блокада

71. Показанием к проведению общего обезболивания является

- 1) травматичность операции
- 2) длительность вмешательства
- 3) нарушения психики больного
- 4) *всё перечисленное*

72. Обморок - это

- 1) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
- 2) аллергическая реакция на антиген
- 3) *потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса*
- 4) двигательное возбуждение, судороги

73. Во время коллапса сознание:

- 1) *сохранено;*
- 2) не сохранено;
- 3) в зависимости от тяжести состояния больного;
- 4) данный симптом не учитывается.

74. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на введенный анестетик проводимая терапия должна включать в себя препараты

- 1) аналептики
- 2) гормональные
- 3) антигистаминные
- 4) антигистаминные и аналептики
- 5) *антигистаминные, аналептики и гормональные*

75. Анафилактический шок - это

- 1) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- 2) *наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген*
- 3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
- 4) потеря сознания с сохранением мышечного тонуса

76. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида

- 1) 1%
- 2) 10%
- 3) *0,1%*
- 4) 0,5 %

77. Что такое лейкоцитарная формула?

- 1) *% соотношение отдельных видов лейкоцитов;*
- 2) % соотношение лейкоцитов и эритроцитов;
- 3) % соотношение эозинофилов и нейтрофилов;
- 4) % соотношение всех форменных элементов крови между собой.

78. Болезнь - это

- 1) *необычная реакция организма на какое-либо воздействие*
- 2) *сочетание явлений повреждения и защитно-приспособительных реакций в поврежденных тканях, органах или организме*

3) стойкое отклонение от нормы, не имеющее приспособительного значения для организма

4) *качественно новое в отличие от здоровья состояние организма, возникающее при его повреждении факторами окружающей среды и характеризующееся ограничением способности приспосабливаться к условиям окружающей среды и понижением трудоспособности*

79. Как нужно накладывать кровоостанавливающий зажим на конец кровоточащего сосуда?

- 1) поперек хода сосуда
- 2) *вдоль хода сосуда – зажим является его продолжением*
- 3) под углом 45°
- 4) определенного правила нет
- 5) как получится, важно остановить кровотечение

80. Кому принадлежит приоритет в разработке костно-пластических ампутаций?

- 1) А. Биру.
- 2) *Н.И. Пирогову.*
- 3) И.Ф. Сабанееву.
- 4) И.И. Джанелидзе.

81. Какой должна быть длина лоскута (без учета сократимости тканей) при выполнении ампутации однолоскутным способом?

- 1) $\frac{2}{3}$ окружности конечности.
- 2) $\frac{1}{2}$ окружности конечности.
- 3) *$\frac{1}{3}$ окружности конечности.*
- 4) $\frac{1}{6}$ окружности конечности.

82. Какой должна быть общая длина двух лоскутов (без учета сократимости тканей) при выполнении ампутации двулоскутным способом?

- 1) $\frac{1}{2}$ окружности конечности.
- 2) *$\frac{1}{3}$ окружности конечности.*
- 3) $\frac{2}{3}$ окружности конечности.
- 4) $\frac{1}{6}$ окружности конечности.

83. Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе

- 1) *впереди козелка уха*
- 2) *в подбородочной области*
- 3) *в поднижнечелюстной области*
- 4) по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

84. Выполняя разрез при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства наружным доступом, можно повредить

- 1) язычный нерв
- 2) скуловую кость

- 3) диафрагмальный нерв
- 4) *краевую ветвь лицевого нерва*
- 5) околоушную слюнную железу

85. Какие ранения головы называют проникающими?

- 1) связанные с повреждением костей свода черепа
- 2) связанные с повреждением вещества головного мозга
- 3) *связанные с повреждением твёрдой оболочки головного мозга*
- 4) связанные с повреждением мягкой оболочки головного мозга
- 5) определяется зиянием раны

86. Как называется трепанация, при которой удаляется фрагмент кости?

- 1) **костно-пластическая**
- 2) *резекционная*
- 3) *ляминэктомия*
- 4) *одномоментная*
- 5) *двухмоментная*

87. Какими инструментами следует пользоваться при выделении костного лоскута при костно-пластической трепанации?

- 1) пила дуговая
- 2) пила листовая
- 3) *проволочная пила (Джигли)*
- 4) кусачки Янсена
- 5) *кусачки Дальгрена*

88. Как проводится проекционная линия выводного протока околоушной слюнной железы?

- 1) *от основания козелка уха до угла рта*
- 2) параллельно нижнему краю глазницы отступая книзу на 5мм
- 3) *от основания козелка уха к крылу носа*
- 4) от угла нижней челюсти к углу рта

89. В каком порядке от кожи к кости идут клетчаточные пространства височной области?

- 1) подкожное, подапоневротическое, межапоневротическое, подмышечное.
- 2) подкожное, подапоневротическое, подмышечное.
- 3) *подкожное, межапоневротическое, подапоневротическое, подмышечное.*
- 4) подкожное, подапоневротическое, подмышечное, поднадкостничное.

90. На какую границу трепанационного треугольника Шипо проецируется канал лицевого нерва?

- 1) *на передне-нижнюю.*
- 2) *на задне-нижнюю.*
- 3) *на передне-верхнюю.*
- 4) *на задне-верхнюю.*

91. Через какие вены может попасть инфекция в пещеристую пазуху при гнойном процессе в области носогубного треугольника?

- 1) *лицевую, угловую.*
- 2) *лицевую, наружную яремную.*
- 3) *лицевую, внутреннюю яремную.*
- 4) *лицевую, поверхностную височную.*

92. Анестезию какого нерва можно выполнить в области подглазничного отверстия?

- 1) *второй ветви тройничного нерва.*
- 2) *третьей ветви тройничного нерва.*
- 3) *первой ветви тройничного нерва.*
- 4) *лицевого нерва.*

93. Какая мышца составляет диафрагму рта?

- 1) *двубрюшная.*
- 2) *шилоподъязычная.*
- 3) *шилоязычная.*
- 4) *челюстно-подъязычная.*

94. В какой области лежит жировое тело Биша?

- 1) *в височной.*
- 2) *в околоушно-жевательной.*
- 3) *в позадичелюстной.*
- 4) *в щечной*

95. Взаиморасположение поверхностных височных сосудов и ушно-височного нерва

в направлении спереди назад

- 1) *артерия, вена, нерв.*
- 2) *нерв, артерия, вена.*
- 3) *нерв, вена, артерия.*
- 4) *закономерности в расположении чаще не наблюдается.*

96. Глубокая область лица расположена:

1) *между внутренней поверхностью ветви нижней челюсти и бугром верхней челюсти*

2) *между внутренними поверхностями тела нижней челюсти.*

3) *между внутренней поверхностью тела нижней челюсти и передней поверхностью тела верхней челюсти.*

4) *между внутренней поверхностью ветви нижней челюсти и глазничной поверхностью тела верхней челюсти.*

97. Какими анатомическими образованиями сформирована шило-диафрагма?

1) *глоточно-шиловидным фасциальным отростком.*

2) *пучком Риолана и его фасциальным футляром.*

3) *глоточно-шиловидным фасциальным отростком, пучком Риолана и его фасциальным футляром.*

4) окологлоточной фасцией.

98. Какой из инструментов целесообразнее использовать для остановки кровотечения из артерий подкожной клетчатки лобно-теменно-затылочной области?

- 1) зажим Кохера
- 2) зажим Бильрота
- 3) зажим Пеана
- 4) лигатурная игла Дешана

99. Какой нерв может быть поврежден во время резекции щитовидной железы?

- 1) truncus simpaticus
- 2) nervus vagus
- 3) nervus frenicus
- 4) nervus hipoglossus
- 5) *nervus laringeus recurens*

100. Укажите место, где определяют "френикус-симптом"?

- 1) *между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы*
- 2) в углу, образованном ключицей и наружным краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 3) в области яремной вырезки грудины
- 4) на 3 см выше середины ключицы
- 5) на середине заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы

101. Вид пластики местными тканями, при котором происходит прирост тканей в направлении основного разреза:

- 1) лоскутами на ножке;
- 2) мобилизация краев раны;
- 3) *треугольными лоскутами;*
- 4) пересадка свободной кожи.

102. Показания к процедуре контурная пластика:

- 1) *коррекция контура и объема губ*
- 2) коррекция мимических морщин верхней трети лица
- 3) коррекция морщин, складок, атрофических рубцов
- 4) *увеличение объема лица в скуловой и щечно-подбородочной области*

103. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

- 1) на питающей ножке;
- 2) *встречных треугольных;*
- 3) круглого стебельчатого;
- 4) на сосудистом анастомозе.

104. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют:

- 1) *при рубцовых выворотах век;*
- 2) при плоских рубцах;
- 3) при обширных дефектах костей лица;

4) при обширных дефектах мягких тканей.

105. При проводниковой анестезии наблюдается блокада какого вида чувствительности?:

- 1) тактильной;
- 2) болевой;
- 3) температурной;
- 4) вкусовой.

106. Основное правило пластики местными тканями:

- 1) не ушивать рану наглухо;
- 2) недопустима мобилизация тканей;
- 3) *отсутствие натяжения в краях раны;*
- 4) длина разреза должна быть минимальной.

107. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:

- 1) мостовидным;
- 2) опрокидывающимся;
- 3) *удвоенным по Рауэру;*
- 4) встречными треугольниками.

108. Для восстановления отсутствующей брови используют лоскут:

- 1) мостовидный;
- 2) из височной области;
- 3) забральный по Лексеру;
- 4) *на скрытой сосудистой ножке.*

109. Филатовский стебель, формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется:

- 1) острым;
- 2) шагающим;
- 3) ускоренным;
- 4) *классическим.*

110. Аллотрансплантат- это материал, взятый:

- 1) у пациента;
- 2) у животного;
- 3) *у другого индивида;*
- 4) у однояйцового близнеца.

111. При тотальном дефекте нижней губы используют методику:

- 1) Аббе;
- 2) Рауэра;
- 3) *Седилло;*
- 4) Евдокимова.

112. Преимущество методов пластики местными тканями заключается:

- 1) в многоэтапности лечения;
- 2) в широких пластических возможностях метода;
- 3) *в сходстве, однотипности тканей по строению;*
- 4) в узких пластических возможностях метода.

113. Укорочение верхней губы устраняется способом пластики местными тканями:

- 1) Седилло;
- 2) свободным кожным лоскутом;
- 3) *встречными треугольными лоскутами;*
- 4) Филатовским стеблем.

114. При индийской ринопластике лоскут на ножке берут:

- 1) с шеи
- 2) *с лобной области*
- 3) с щечной области
- 4) с губо-щечной складки

115. Лоскут на питающей ножке состоит из тканей

- 1) расщепленной кожи
- 2) *кожи и подкожно-жировой клетчатки*
- 3) кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
- 4) кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости

116. Местное осложнение при пластике лоскутами на ножке

- 1) неврит
- 2) миозит
- 3) *некроз*
- 4) диплопия

117. Первый этап пластической операции

- 1) разрез
- 2) *обезболивание*
- 3) определение показаний
- 4) планирование вмешательства

118. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится лечение

- 1) гидромассаж
- 2) криотерапия
- 3) **холод местно**
- 4) электрокоагуляция

119. Продолжительность пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета коррелирующих операций

- 1) 3 недели
- 2) 3 месяца
- 3) *6 месяцев*
- 4) 2 года

120. Чаще всего раневую поверхность на материнском ложе при формировании Филатовского стебля закрывают при помощи

- 1) свободной кожи
- 2) *ушивании на себя*
- 3) лоскутов на микроанастомозе
- 4) дополнительных треугольных лоскутов

121. Количество этапов пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета корригирующих операций

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

122. Способ переноса Филатовского стебля к месту дефекта

- 1) *"гусеничный" шаг*
- 2) свободная пересадка
- 3) аллогенная трансплантация
- 4) «улитка»

123. Показанием к применению свободной пересадки кожи является

- 1) сквозные дефекты кожи
- 2) дефекты тканей до кости
- 3) *послеоперационные дефекты кони*
- 4) незаживающие язвы после лучевой терапии

124. Свободный кожный лоскут по Тиршу называется

- 1) расщепленным
- 2) в три четверти толщины
- 3) *тонким дермоэпителиальным*
- 4) полнослойной кожей без клетчатки

125. Свободный кожный лоскут по Блеру-Брауну называется

- 1) расщепленным
- 2) *в три четверти толщины*
- 3) тонким дермоэпителиальным
- 4) полнослойной кожей без клетчатки

126. Дермабразию пересаженного кожного лоскута проводят

- 1) *при гиперпигментации*
- 2) при грубых рубцовых изменениях
- 3) при рубцовых изменениях слизистой оболочки
- 4) по просьбе пациента

127. Свободной пересадкой кожи называется

- 1) перенос кожи стебельчатого лоскута
- 2) *пересадка кожного аутоотрансплантата*
- 3) перемещение кожного лоскута на ножке
- 4) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

128. Местные ранние осложнения после пересадки свободной кожи

- 1) *некроз лоскута*
- 2) гиперпигментация
- 3) рубцовая трансформация
- 4) кровотечение из лоскута

129. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности:

- 1) тыла стопы
- 2) боковой шеи
- 3) наружной бедра
- 4) *передней живота*

130. Для ускорения приживления свободного кожного лоскута в послеоперационном периоде проводится лечение:

- 1) криотерапия
- 2) *ГБО-терапия*
- 3) гидромассаж
- 4) электрокоагуляция.

131. Особенности мимических мышц:

- 1) располагаются под кожей, покрыты фасцией
- 2) *располагаются под кожей, лишены фасций*
- 3) иннервируются тройничным нервом
- 4) *иннервируются лицевым нервом*

132. Вторичная костная пластика после основной операции проводится

- 1) через 10 дней
- 2) через 1-2 месяца
- 3) через 3-4 месяца
- 4) *через 6-8 месяцев*

133. Сроки проведения вторичной костной пластики обусловлены

- 1) восстановлением иннервации
- 2) *завершением формирования рубцов*
- 3) завершением формирования сосудов
- 4) завершением образования костной мозоли

134. Показанием для проведения вторичной костной пластики является

- 1) секвестрэктомия
- 2) врожденные деформации челюстей
- 3) удаление доброкачественных опухолей
- 4) *удаление злокачественных опухолей*

135. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут

- 1) из ключицы
- 2) из костей стопы
- 3) из бедренной кости
- 4) *из гребешка подвздошной кости*

136. Ксенотрансплантат- это материал, взятый

- 1) у пациента
- 2) *у животного;*
- 3) у другого индивида
- 4) у однояйцового близнеца

137. Способ пластика частичного дефекта крыла носа

- 1) по Рауэру
- 2) по Сулову
- 3) лоскутом на микроанастомозе
- 4) артеризированным лоскутом височной области

138. Способ пластики дефекта кожной части перегородки носа

- 1) по Рауэру
- 2) по Сулову
- 3) лоскутом на микроанастомозе
- 4) лоскутом на ножке с губо-щечной складки

139. Количество этапов при пластике губы по Аббе

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

140. Местные ранние осложнения после пластики дефекта губ

- 1) некроз лоскутов
- 2) гиперпигментация
- 3) неврит лицевого нерва
- 4) рубцовая трансформация.

141. Основными задачами пластики при врожденной расщелине верхней губы является устранение

- 1) выворота крыла носа
- 2) рубцовой деформации
- 3) искривления перегородки носа
- 4) дефекта губы и деформации крыла носа

142. При пластике верхней губы фиксация лоскутов осуществляется

- 1) узловым швом
- 2) непрерывным швом
- 3) гипсовой повязкой
- 4) разгрузочными швами

143. При тотальном дефекте нижней губы используют методику:

- 1) Аббе
- 2) Рауэра
- 3) Диффенбаха
- 4) Евдокимова

144. Аутооттрансплантат- это материал, взятый

- 1) у пациента
- 2) у животного
- 3) у другого индивида
- 4) у однояйцевого близнеца

145. Нижняя треть лица у больных с нижней микрогнатией

- 1) уплощена
- 2) уменьшена

- 3) увеличена
- 4) несимметрична

146. Средняя треть лица у больных с верхней ретрогнатией

- 1) *уплощена*
- 2) уменьшена
- 3) увеличена
- 4) несимметрична

147. Для твердой фибромы характерно наличие в ней

- 1) незрелой фиброзной ткани
- 2) зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном
- 3) *зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани*
- 4) грануляций

148. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней

- 1) зрелой жировой ткани
- 2) зрелой фиброзной ткани
- 3) *зрелой жировой и фиброзной ткани*
- 4) грануляций.

149. Основным методом лечения фибром является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное
- 4) *иссечение в пределах здоровых тканей*

150. Липома состоит из жировой ткани

- 1) *зрелой*
- 2) незрелой
- 3) незрелой и зрелой
- 4) незрелой с участками гиперкератоза.

151. Чаще всего липома локализуется в области

- 1) *щечной*
- 2) лобной
- 3) височной
- 4) околоушно-жевательной

152. Основным симптомом неврита тройничного нерва является

- 1) симптом Венсана
- 2) длительные парестезии
- 3) *длительные ноющие боли*
- 4) кратковременные парестезии

153. Триггерными (курковыми) зонами называются участки

- 1) парестезии
- 2) гипостезии
- 3) гиперстезии
- 4) *раздражение которых провоцирует приступ боли*

154. Основным методом лечения неврита тройничного нерва является

- 1) физиотерапия
- 2) химиотерапия .
- 3) хирургический
- 4) алкоголизация

155. Характерный симптом при невралгии тройничного нерва

- 1) тахикардия
- 2) слезотечение
- 3) иррадиация болей
- 4) болезненность точек Валле

156. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

- 1) невротомия
- 2) остеотомия
- 3) редрессация
- 4) гайморотомия
- 5) экзартикуляция

157. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

- 1) головная боль
- 2) носовое кровотечение
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

158. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

- 1) головная боль
- 2) носовое кровотечение
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

159. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР III

- 1) суббазальный
- 2) суборбитальный
- 3) отрыв альвеолярного отростка
- 4) отрыв верхней челюсти.

160. Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

- 1) дуга Энгля
- 2) остеосинтез
- 3) аппарат Збаржа
- 4) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

161. Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

- 1) дуга Энгля
- 2) остеосинтез
- 3) метод Адамса
- 4) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

162. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти

- 1) ЭОД
- 2) биопсия
- 3) *рентгенография*
- 4) радиоизотопный

163. Под действием тяга жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит

- 1) *книзу и кзади*
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху

164. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

- 1) нижней челюсти
- 2) *суббазальном верхней челюсти*
- 3) суборбитальном верхней челюсти
- 4) альвеолярного отростка верхней челюсти

165. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит

- 1) при отрыве альвеолярного отростка
- 2) *при суббазальном переломе верхней челюсти*
- 3) при суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) при отрыве нижней челюсти

166. Обязательным симптомом перелома основания черепа является

- 1) *ликворея*
- 2) кровотечение из носа
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхней челюсти

167. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

- 1) на скуловые кости снизу вверх
- 2) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- 3) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- 4) *на крючок крыловидного отростка снизу вверх*

168. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки

- 1) *озноб и лихорадка, бледность, сонливость*
- 2) судороги, гипертензия, тахикардия
- 3) гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
- 4) диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов.

169. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна

- 1) *для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка*

- 2) для нижнего первого моляра
- 3) для центральных нижних резцов
- 4) третьего нижнего моляра

170. Общим обезболиванием является

- 1) атаралгезия
- 2) *эндотрахеальный наркоз*
- 3) проводниковая анестезия
- 4) вагосимпатическая блокада

171. Показанием к проведению общего обезболивания является

- 1) травматичность операции
- 2) длительность вмешательства
- 3) нарушения психики больного
- 4) *всё перечисленное*

172. Общая характеристика лекарств, используемых в мезотерапии

1) растворимость в воде и изотоничность (преодоление клеточной мембраны; водорастворимые вещества электрически заряженные создают связи с водородом; всасываются медленно);

2) хорошая локальная переносимость (отсутствие болевого ощущения, не образуется локальный некроз, не повреждаются ткани, не образуется гранулема);

3) физико-химическая совместимость препаратов (разные pH – осадок);

4) отсутствие консервантов и наполнителей (токсические и аллергические реакции).

173 Свободной пересадкой кожи называется:

- 1) Перенос кожи стебельчатого лоскута
- 2) *Перенос фрагмента аутокожи из одного участка тела в другой без сохранения кровоснабжения и иннервации*
- 3) Перемещение лоскута на ножке
- 4) Перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

174. Свободный кожный лоскут по Тиршу называется:

- 1) Расщепленный кожный лоскут
- 2) Расщепленный кожный лоскут в $\frac{3}{4}$ толщины
- 3) *Тонкий дермоэпителиальный расщепленный кожный лоскут*
- 4) Полнослойный кожный лоскут без клетчатки

175. Наиболее оптимальное место для взятия свободного кожного лоскута для пересадки на веки:

- 1) внутренняя поверхность плеча внутренняя поверхность бедра живот
- 2) *внутренняя поверхность ушной раковины*

176. Идентичность цвета пересаженной кожи и окружающей кожи лица достигается при помощи:

- 1) криотерапии гидромассажа
- 2) *деэпидермизации электрокоагуляции*

177. Толщина свободного кожного лоскута по Блэру-Брауну составляет:

- 1) 0,2-0,4 мм
- 2) 0,5-0,6 мм
- 3) 0,6-0,7 мм
- 3) 0,8-1,0 мм

178. Толщина свободного лоскута по Педжету:

- 1) 0,2-0,4 мм
- 2) 0,5-0,6 мм
- 3) 0,6-0,7 мм
- 4) 0,8-1,0 мм

179. Толщина полнослойного свободного кожного лоскута составляет:

- 1) 0,2-0,4 мм
- 2) 0,5-0,6 мм
- 3) 0,6-0,7 мм
- 4) 0,8-1,0 мм

180. Характеристика рельефа атрофического рубца:

- 1) выступает над поверхностью окружающей его кожи
- 2) находится на одном уровне с окружающей его кожей
- 3) расположен ниже поверхности окружающей его кожи
- 4) Имеет неровную поверхность с участками депрессии и возвышения над поверхностью

181. Характеристики кожного рубца ухудшаются:

- 1) При соответствии оси раны силовым линиям кожи Лангера
- 2) При отклонении оси раны от силовых линий кожи Лангера
- 3) Не зависят от направления силовых линий кожи
- 4) Только при отклонении от силовых линий более чем на 90°

182. Для оптимального формирования послеоперационного рубца в области крупного сустава направление разреза должно проходить:

- 1) Вдоль подлежащих мышц и сухожилий
- 2) Перпендикулярно подлежащим мышцам
- 3) Под углом, максимально приближающимся к направлению подлежащих мышц
- 4) Не зависит от направления подлежащих мышц и сухожилий

183. Какой способ следует использовать для удлинения тканей в области линейного рубца:

- 1) пластика встречными треугольными лоскутами по Лимбергу
- 2) Иссечение рубца, мобилизация краев раны
- 3) Дермабразия рубца и окружающих его тканей
- 4) Буки-терапию

184. Лоскут на ножке может оптимально поворачиваться под углом:

- 1) 15°

- 2) 30°
- 3) 90°
- 4) 180°

185. Интерполированный лоскут это:

- 1) Лоскут, выдвигаемый вперед и закрывающий непосредственно прилегающий дефект
- 2) Лоскут, поворачивающийся вокруг точки вращения, закрывающий непосредственно прилегающий дефект, край которого является одной из сторон лоскута
- 3) Лоскут, поворачивающийся вокруг точки вращения, закрывающий близко лежащий, но непосредственно не прилегающий к донорскому месту дефект
- 4) Лоскут, переносимый из отдаленного региона в виде замкнутого стебля

186. К ротированным лоскутам не относится:

- 1) Встречный треугольный
- 2) Лоскут на сосудистой ножке
- 3) Лоскут по Бурову
- 4) Лоскут на кожном мостике

187. Опрокидывающиеся лоскуты используют для:

- 1) Устранения выворота век
- 2) Устранения дефектов кожи
- 3) Закрытия линейных разрезов
- 4) Создания внутренней выстилки

188. Способ поперечного рассечения рубцового тяжа с продольным соединением краев раны может быть применен в случае:

- 1) При рубцовых тяжах на вогнутой поверхности тела
- 2) При исключительно большой подвижности и эластичности прилегающих к рубцовому тяжу тканей
- 3) При рубцовых тяжах ограниченной протяженности
- 4.) При рубцовых тяжах на слизистой оболочке

189. Недостатком метода пластики рубцовых дефектов и деформаций путем иссечения боковых треугольников по Бурову является:

- 1) Неэкономное использование прилегающих тканей
- 2) Возможно использовать только на слизистых оболочках
- 3) Возможно использовать только на вогнутых поверхностях
- 4) Невозможность закрытия дефекта более, чем 0,5 x 0,5 см

190. Для устранения рубцового тяжа в области подмышечной впадины целесообразно использовать метод:

- 1) Метод пластики с иссечением треугольников по Бурову
- 2) Иссечение рубца с пластикой дефекта ротированным лоскутом
- 3) Метод множественных боковых разрезов на прямом крае раны

4) Широкое иссечение рубца и пластика свободным кожным трансплантатом

191. Пересадка тканей одного человека другому человеку:

- 1) изотрансплантация
- 2) аллотрансплантация
- 3) ксенотрансплантация
- 4) аутоотрансплантация

192. Начало периода регенерации (реваскуляризации) свободного кожного аутоотрансплантата:

- 1) с 1 дня
- 2) с 3 дня
- 3) 10 дня
- 4) 14 дня

193. Пересадку кожи на ожоговую рану производят:

- 1) Как можно позже
- 2) Как можно раньше
- 3) На 5 сутки после ожога
- 4) С момента эпителизации

194. Факторы, не влияющие на периферийную реваскуляризацию лоскутов

- 1) Степень кровоснабжения (рубцовые изменения) тканей, воспринимающего ложа
- 2) Качество сопоставления раневых поверхностей
- 3) *Гипоксия тканей лоскута*
- 4) Качество остановки кровотечения и дренирования раны

195. Период образования сосудистых связей между трансплантатом и реципиентным ложем

- 1) Сразу после наложения швов
- 2) *С 4-5 по 10-16 сут. после операции*
- 3) Через 3-4 недели после операции
- 4) Через 1 год после операции

196. К методам ускорения процессов периферической реваскуляризирующих сложных лоскутов не относится

- 1) Периодическое пережатие питающей ножки
- 2) Увеличение площади соприкосновения тканей лоскута с воспринимающим ложем
- 3) Местное введение вазоконстрикторов
- 4) *Постоянное пережатие ножки лоскута*

197. Причиной развития гематом после отслойки кожножирового лоскута передней брюшной стенки при абдоминопластике является:

- 1) Выполнение отслойки без предварительной инфильтрации
- 2) Нестабильное артериальное на протяжении операции
- 3) *Выполнение отслойки без выделения и коагуляции перфорантных сосудов*

- 4) Все вышеперечисленное
- 5) Ничего из вышеперечисленного

198. Укажите закрытые хирургические доступы, используемые при ринопластике

- 1) *подкрыльный краевой доступ*
- 2) *чрезхрящевой доступ*
- 3) *межхрящевой доступ*
- 4) *чрезколонный (трансколюмеллярный) доступ*
- 5) *чрезперегородочный доступ*

199. Укажите методы наложения сосудистого шва:

- 1) наложение механического шва
- 2) бесшовный
- 3) комбинированный
- 4) все вышеперечисленные
- 5) *ручные методы наложения шва*

200. Артеризированный лоскут на питающей ножке состоит из тканей:

- 1) *расщепленной кожи*
- 2) *кожи и подкожно-жировой клетчатки*
- 3) *кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы*
- 4) *кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы и кости*
- 5) *кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка*

201. Показанием для аугментации подбородка силиконовым имплантатом или инъекционной контурной коррекции подбородка путем введения наполнителя является

- 1) ретрогнатия
- 2) *ретрогения*
- 3) ортогнатия
- 4) прогения

202. Преимущество полнослойного кожного лоскута:

- 1) хорошая приживляемость
- 2) *возможность замещения опорных участков*
- 3) возможность замены сосудов
- 4) хорошая приживляемость к кости
- 5) возможность создания контуров лица

203. Какой из методов является оптимальным для устранения татуировок

- 1) СО 2 лазер
- 2) *Q-switch Nd:YAG – лазер*
- 3) Радионож (сургитрон)
- 4) Nd:YAG – лазер

204. Укажите виды остеотомии при ринопластике:

- 1) остеотомия снизу вверх
- 2) остеотомия снизу вниз

- 3) комбинированная
- 4) двухуровневая остеотомия
- 5) *все вышеперечисленные*

205. Успешная трансплантация кожного лоскута зависит:

- 1) от кровоснабжения воспринимающего ложа
- 2) от фиксации лоскута
- 3) от неподвижности воспринимающего ложа
- 4) *от всего вышеперечисленного*
- 5) ничего из вышеперечисленного

206. Через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза подкожная клетчатка ладони сообщается с:

- 1) *подапоневротическим клетчаточным пространством ладони*
- 2) подсухожильными клетчаточными пространствами ладони
- 3) синовиальными влагалищами 2–5 пальцев
- 4) клетчаточным пространством Пирогова
- 5) футлярами червеобразных мышц.

207. Развитие какого осложнения вероятно при избыточной резекции малых половых губ

- 1) расхождение краев раны
- 2) *вагинит*
- 3) гематома
- 4) бартолинит

208. Местные ранние осложнения после пластики дефекта губ:

- 1) *некроз лоскутов*
- 2) гиперпигментация
- 3) неврит лицевого нерва
- 4) рубцовая трансформация
- 5) парестезия

209. Функцией компрессионного белья не является:

- 1) Сдерживание отека
- 2) Равномерное формирование плоскостного рубца
- 3) Профилактика развития сером
- 4) *Остановка кровотечения*

210. При индийской ринопластике лоскут на ножке берут:

- 1) с шеи
- 2) *с лобной области*
- 3) со щечной области
- 4) с губо-щечной складки
- 5) с височной области

211. Участок поверхности тела для формирования классического или ускоренного филатовского стебля:

- 1) предплечье
- 2) внутренняя поверхность плеча
- 3) внутренняя поверхность бедра

4) *передне-боковая поверхность живота*

5) *надключичная область*

212. Особенностью вен лица является:

1) *поверхностное расположение*

2) *отсутствие клапанов*

3) *малый диаметр*

4) *концевой характер*

213. Максимальный допустимый угол поворота лоскута на ножке:

1) *до 90*

2) *до 180*

3) *до 210*

4) *до 360*

5) *до 60*

214. Наиболее частым осложнением высокочастотной ультразвуковой липосакции является:

1. *Серома*

2. *Синдром «стиральной доски»*

3. *Ожог*

215. Из перечисленных учёных наибольший вклад в изучение фасций и их отношений с кровеносными сосудами внёс:

1) *В. Гарвей*

2) *А. Везалий*

3) *Н.И. Пирогов*

4) *П.Ф. Лесгафт*

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

1) *Поверхностный и глубокий*

2) *Два слоя поверхностной клетчатки*

217. Врожденный порок развития (ВПР)- это..

1) *стойкое морфологическое изменение органа, части органа или участка тела, выходящее за пределы нормальных вариаций строения и нарушающее их функцию*

2) *явление обусловлено десинхронизацией процессов овуляции и оплодотворения*

3) *результат поражения половых клеток, приводящего к нарушению наследственных структур*

218. Эндогенные причины ВПР:

1) *мутации*

2) *эндокринные заболевания*

3) *метаболические дефекты*

4) *возраст родителей*

5) *верно все*

219. Полное врожденное отсутствие органа

1) *гипоплазия*

- 2) агенезия
- 3) атрезия
- 4) гетеротопия

220. У новорожденного врождённые расщелины верхней губы, укажите оптимальный срок проведения операции:

- 1) до 1 года
- 2) после полового созревания
- 3) до 6 месяцев
- 4) до 1 месяца

221. Методы хейлопластики:

- 1) линейный метод
- 2) перемещение треугольных лоскутов
- 3) перемещение четырехугольных лоскутов
- 4) метод свода
- 5) верно все
- 6) верно все кроме 4

222. Глубокий слой жировой клетчатки состоит из:

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

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

- 1) висцеральный
- 2) субфасциальный
- 3) подкожный

224. Чем характеризуются жировые отложения по женскому типу

- 1) относительно равномерным увеличением толщины подкожно-жирового слоя конечностей и туловища
- 2) частым наличием жировых ловушек в области фланков и в субментальной области
- 3) локальным увеличением объема преимущественно глубокого слоя жировой ткани в области бедер, коленей, живота

225. При значительно растянутой коже, незначительном количестве подкожножирового слоя и резко ослабленном тонусе мышечного каркаса передней брюшной стенки пациенту показано:

- 1) Стандартная классическая абдоминопластика
- 2) Закрытая мини-абдоминопластика
- 3) Мини-абдоминопластика

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

- 1) Мечевидный отросток
- 2) Край реберной дуги
- 3) Эпигастральная область

4) Зона отслойки может быть при необходимости продолжена на область грудной клетки

227. Причиной развития подапоневротических гематом после отслойки кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки является:

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

228. Зона препаровки кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки при классической абдоминопластике должна быть достаточной для:

- 1) Резекции излишка кожно-жирового лоскута
- 2) Подготовки реципиентного места для пупочной ямки
- 3) Расправления кожно-жировых складок
- 4) Обнажения зон диастаза прямых мышц живота и грыж
- 5) Предупреждения образования кожно-жировых складок после пликации апоневроза
- 6) *Все вышеперечисленное*

229. Наиболее популярный метод пластики диастаза прямых мышц живота:

- 1) *Пликация апоневроза нерассасывающейся нитью*
- 2) Метод раздельного соединения рассеченного переднего листка влагалища прямых мышц живота по Ramirez
- 3) Пластика диастаза проленовой сеткой

230. При необходимости сужения талии у пациента с пониженным тонусом мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки показано:

- 1) Пластика диастаза прямых мышц живота
- 2) *Пластика диастаза прямых мышц живота, пликация релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям*
- 3) Пластика диастаза прямых мышц живота, пластика релаксированных фасций косых мышц живота проленовой сеткой

231. При переносе пупочной ямки разметка реципиентного местоположения будущего пупка производится:

- 1) По средней линии на середине расстояния между лобком и лонным сочленением 30
- 2) *По средней линии на уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше этого уровня*
- 3) По средней линии на 18-20 см выше линии оволосения лобка

232. Предоперационное ношение компрессионного белья перед абдоминопластикой показано для:

- 1) Уменьшения степени релаксации мышц передней брюшной стенки

2) Уменьшения лимфостаза у пациентов с выраженным кожно-жировым фартуком

3) Улучшения микроциркуляции в зоне будущего вмешательства

4) *Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления*

233. Существенным отличием напряженно-боковой абдоминопластики по Lockwood от классической абдоминопластики по является:

1) Лучшие технические условия для пликаций релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям

2) Худшие условия кровоснабжения центральной части лоскута

3) *Резекция кожи преимущественно в латеральных отделах туловища и сокращение зоны отслойки кожно-жирового лоскута с сохранением подреберных перфорантов*

4) Невозможность сочетания методики с липосакцией тех или иных отделов живота

234. Недостатком напряженно-боковой абдоминопластики по Lockwood является:

1) *Специфическая форма послеоперационного рубца, особенности которой необходимо особо согласовывать с пациентом*

2) Значительное натяжение и плохие условия кровоснабжения центральной части лоскута

3) Недостаточные возможности коррекции кожно-жирового лоскута верхних отделов живота

4) Все вышеперечисленное

235. Особенностью вертикальной абдоминопластики является:

1) Выполняется только в тех случаях, когда необходимо устранить диастаз прямых Мышц живота

2) *Отсутствие необходимости широкой латеральной надапоневротической диссекции*

3) Широкие возможности удаления избытков подкожно-жирового слоя в гипогастральной и надлобковой зоне

4) Все вышеперечисленное

5) Ничего из вышеперечисленного

236. Показанием к проведению вертикальной абдоминопластики является:

1) Наличие патологического рубца после предшествующих срединных лапаротомий и нежелание пациента иметь дополнительный горизонтальный рубец

2) Необходимость улучшения качества существующего рубца после предшествующий срединных лапаротомий и одномоментного выполнения герниопластики и устранения диастаза прямых мышц живота

3) Необходимость улучшения качества существующего рубца после предшествующий срединных лапаротомий и одномоментной коррекции талии в необходимых пределах

4) Все вышеперечисленное

237. Показаниями к проведению реверсной абдоминопластики не являются:

1) Небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота

2) *Выполняется только в тех случаях, когда необходимо устранить диастаз прямых мышц живота*

3) Необходимость проведения симультанной редукционной маммопластики или мастопексии

4) Все вышеперечисленное

238. Какие виды абдоминопластики выполняются с целью убрать отвисшую подкожно - жировую складку живота

1) *Классическая абдоминопластика*

2) *Вертикальная абдоминопластика*

3) *Напряженно-боковая абдоминопластика*

4) Липосакция

5) *Сочетание абдоминопластики и липосакции*

239. При значительно растянутой коже, незначительном количестве подкожножирового слоя и резко ослабленном тонусе мышечного каркаса передней брюшной стенки пациенту показано:

1) Стандартная классическая абдоминопластика

2) Закрытая мини-абдоминопластика

3) *Мини-абдоминопластика*

240. Показанием к закрытой миниабдоминопластике является:

1) Вялость кожи и умеренно выраженный слой подкожной клетчатки

2) Наличие диастаза прямых мышц живота и ослабление тонуса мышечно- апоневротического каркаса

3) Небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота

4) Необходимость резекции избытка кожи преимущественно в латеральных отделах туловища

5) *Ничего из вышеперечисленного*

241. Показанием к открытой миниабдоминопластике является:

1) Эластичная, способная к сокращению кожа, незначительный слой подкожной клетчатки, изолированный диастаз прямых мышц живота

2) Перерастянутая кожа, значительный слой подкожной клетчатки в виде «фартука» ослабленный тонус мышечно-апоневротического каркаса

3) *Умеренный избыток кожи, умеренный слой подкожной клетчатки, умеренно сниженный тонус мышечно-апоневротического каркаса*

4) *Ничего из вышеперечисленного*

242. Какой из методов является оптимальным для устранения татуировок?

1) CO₂ лазер.

2) *Q-switch Nd:YAG – лазер.*

3) Радионож (сургитрон).

4) Nd:YAG – лазер.

243. Для уменьшения агрессивности процедуры лечение телеангиэктазий Nd:YAG – лазером нужно:

1) *Увеличить длительность импульса.*

2) Уменьшить длительность импульса.

3) Использовать контактный гель большей вязкости.

4) Нанести на кожу лидокаиновый крем.

244. Для уменьшения агрессивности процедуры фотолечения (IPL-терапия) телеангиэктазий нужно:

1) Увеличить длительность импульса.

2) *Уменьшить длительность импульса.*

3) Использовать контактный гель большей вязкости.

4) Нанести на кожу лидокаиновый крем.

245. Для увеличения агрессивности процедуры фотоэпиляции нужно:

1) Уменьшить мощность и увеличить длительность импульса.

2) Уменьшить мощность и уменьшить длительность импульса.

3) *Увеличить мощность и увеличить длительность импульса.*

4) Увеличить мощность и уменьшить длительность импульса

246. Какой из лазеров более опасен возникновением ожогов для смуглой кожи?

1) *Александритовый.*

2) Диодный.

3) Nd:YAG

4) Q-switch- Nd:YAG

247. Для чрескожного удаления телеангиэктазий эффективен какой лазер?

1) Александритовый.

2) Диодный.

3) *Nd:YAG*

4) Q-switch- Nd:YAG

248. Для удаления подошвенных бородавок не используется:

1) CO₂ лазер.

2) Радионож.

3) Электрокоагулятор.

4) *Скальпель.*

249. Для рассечения кожи при удалении липомы может использоваться:

1) CO₂ лазерный скальпель.

2) *Радионож.*

3) Электронож.

4) Q-switch- Nd:YAG – лазер.

250. Показаниями к применению дермабразии являются:

- 1) Морщины
 - 2) Шрамы, рубцы
 - 3) Постакне
 - 4) Татуировки
 - 5) *Все вышеперечисленное*
- 251. Укажите виды дермабразий:**

- 1) Механическая
- 2) Микrokристаллическая
- 3) Лазерная
- 4) Гидродермабразия
- 5) *Все вышеперечисленные*

252. Что такое липома?

- 1) Опухоль молочной железы,
- 2) Опухоль щитовидной железы,
- 3) Опухоль селезенки,
- 4) Опухоль сальной железы,
- 5) *Опухоль из жировой ткани.*

253. Выберите доброкачественное новообразование кожи из предложенного списка:

- 1) Базалиома
- 2) Меланома
- 3) *Атерома*
- 4) Саркома

254. Укажите способы аппаратного удаления папиллом:

- 1) Криодеструкция
- 2) Химическая деструкция
- 3) *Лазерная коагуляция*
- 4) *Электрокоагуляция*
- 5) *Радиоволновая коагуляция*

255. Клинически фиброма- это опухоль округлой формы

- 1) На ножке
- 2) *На широком основании*
- 3) На инфильтрированном основании
- 4) На гиперемизированном основании.

256. Основным методом лечения фибром является:

- 1) Химиотерапия
- 2) Лучевая терапия
- 3) Комбинированное
- 4) *Иссечение в пределах здоровых тканей*

257. Что такое ринофима?

1. *Инфильтративно- продуктивное осложнение розацеа*
2. *Гипертрофия всех элементов носа*
3. Доброкачественное образование уха
4. Острое воспалительное заболевание слизистой носа