



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации	
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия
Квалификация (специальность)	врач-пластический хирург
Форма обучения	очная

РЯЗАНЬ, 2023

Разработчик (и): кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Зайцев Олег Владимирович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Иванов Владислав Валериевич	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Филимонова Любовь Борисовна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Сучков Игорь Александрович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры  
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

## Нормативная справка.

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 10.06.2022 № 547 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Программа государственной итоговой аттестации (далее – ГИА) разработана в соответствии с требованиями приказа Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»; приказа Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры; ФГОС ВО по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 10.06.2022 № 547; Основной профессиональной образовательной программой высшего образования по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия.

Государственный экзамен по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

## **1. Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:**

1. Анатомическое обоснование. Варианты применения. Техника формирования.
2. Классификация ожогов. Диагностика глубины поражения. Оценка площади поражения. Первая помощь при термических ожогах.
3. Паховый лоскут. Анатомические предпосылки. Применение. Техника выкраивания
4. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация. Физиология приживления. Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.
5. Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии. Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении.
6. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.
7. Коррекция хрящевого отдела носа. Варианты вмешательств. Ведение
8. Особенности клинических проявлений и лечения келоидных рубцов кожи.
9. Ограниченные ожоги (термические). Определение. Принципы ведения.
10. Ожоговый шок и ожоговая болезнь. Этиология. Патогенез. Принципы лечения.
11. Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов.
12. Реконструкция молочных желез. Виды операций, применяемых с целью реконструкции. Отбор пациентов.
13. Основные принципы и виды современной цервикопластики. Отбор пациентов, профилактика осложнений.
14. Вертикальное деление лица на овалы. Границы. Объёмное старение лица. Варианты коррекции.
15. Прикладная анатомия верхнего века. Обоснование доступов при верхней блефаропластике.
16. Кантопексия. Показания и противопоказания. Техника различных видов кантопексии.
17. Понятие SMAS лоскута. Техника подъема SMAS, векторы перемещения и точки фиксации.
18. Манипуляции со SMAS при лифтинге боковых отделов лица и шеи: прикладная анатомия, основные виды вмешательств, отбор пациентов.
19. Лифтинги боковых отделов лица с «вертикальным вектором» подъёма. «Короткорубцовые» лифтинги: показания, противопоказания, основные принципы проведения.
20. Верхняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения верхних век. Осложнения, их профилактика.
21. Прикладная анатомия нижнего века. Ламеллы. Связки.
22. Вектор орбиты. Разделение круговой мышцы глаза. Жировые пакеты нижнего века. Анатомическое объяснение доступов при нижней блефаропластике.
23. Нижняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика.
24. Возрастные изменения лица и шеи: характеристика, оценка, общие принципы коррекции.
25. Фронтально-темпоро-орбито-малярный лифтинг (ФТМОЛ): современная концепция, принципы отбора пациентов, профилактика осложнений.
26. 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.
27. Оценка возрастных изменений тканей периорбитальной области. Принципы хирургической коррекции. Основные виды оперативных вмешательств.
28. Строение и функции кожи. Особенности кожи лица

- 29.Анатомо-функциональные особенности лица с точки зрения пластической хирургии
- 30.Основные «опасные» зоны лица
- 31.Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи
- 32.Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи
33. Пластика треугольными лоскутами: виды, показания, особенности проведения в области лица и шеи
- 34.Основные способы закрытия треугольного, круглого, четырёхугольного изъянов. Особенности планирования операции в области лица.
35. Свободная кожная пластика, нереваскуляризированные лоскуты: виды, показания к использованию, биологические основы их применения, донорские зоны, особенности планирования и проведения операции в области лица и шеи
36. Обоснования для проведения восстановительных операций в области лица с помощью лоскутов на временных питающих ножках. Классификация лоскутов, биологические основы их применения
37. Изъяны губ: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
- 38.Операция Эстляндера.
- 39.Операция Аббе.
- 40.Изъяны щёк: классификации изъянов, основные способы закрытия.
- 41.Изъяны наружного носа: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
- 42.Методы устранения приобретённых тотальных и субтотальных изъянов носа
- 43.Операция Суслова
- 44.Изъяны век: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
45. Изъяны ушных раковин: характеристика, классификации, основные принципы и способы устранения.
- 46.Операции при тотальных и субтотальных изъянах ушных раковин.
- 47.Возможности проведения экспандерной дермотензии для устранения изъянов в области головы и шеи. Показания и ограничения.
- 48.Коррекция перегородки носа в общем плане хирургической коррекции носа. Влияние формы перегородки на строение наружного носа. Коррекция верхнего отдела перегородки при сколиозе носа.
- 49.Методы коррекции деформации перегородки носа (техника «качающейся двери», метод диска, метод насечек, экстракорпоральная пластика перегородки носа).
- 50.Способы восстановления носового дыхания (коррекция перегородки носа, пластика носовых раковин, коррекция носовых клапанов), профилактика образования синячий полости носа.
- 51.Перфорация носовой перегородки, клинические проявления, способы коррекции.
- 52.Методы количественной оценки носа в фас и профиль (основные точки, линии, углы, индексы), приёмы оптической коррекции формы носа.
- 53.Принцип «треножника» при планировании коррекции кончика носа, способы изменения профильной линии кончика носа.
54. Способы коррекции ширины подвижной части носа, профилактика осложнений эстетического и функционального характера.
- 55.Реконструкция концевого отдела носа, понятие об эстетических единицах носа, основные техники при восстановлении кожи, слизистой оболочки, опорных структур.
- 56.Реконструкция опорных структур пирамиды носа, способы коррекции сквозных дефектов скатов носа.
- 57.Уменьшающая ринопластика, основные приёмы коррекции, особенности хирургической тактики у пациентов с разной толщиной мягкотканного компонента.

58. Принципы выполнения вторичной ринопластики, основные задачи и способы их решения.

59. Применение хрящевых трансплантатов в ринопластике. Особенности их использования при вторичных и первичных вмешательствах.

## **2. Примеры тестовых заданий:**

Необходимо указать один правильный ответ или утверждение.

### **1. Эмбриогенез молочной железы:**

1. Самостоятельный зародышевый зачаток с независимым (осевым, аксиальным) кровоснабжением и иннервацией
2. Производное репродуктивных зачатков
3. Производное мезенхимы
4. Производное эктодермы с мезенхимальными включениями в виде сосудов, нервов, связок

### **2. Действие гормона инсулина на молочные железы:**

1. Участие в дифференцировке альвеол
2. Участие в подготовке для восприятия действия глюкокортикоидов
3. Стимуляция синтеза альвеолярного эпителия
4. Вызывает деструкцию стромальных компонентов железы

### **3. Действие гормона прогестерона на молочные железы:**

1. Способствует росту млечных протоков
2. Участвует в дифференцировке альвеол
3. Усиливает действие пролактина на эпителиальную секрецию
4. Сокращает миоэпителиальные клетки

### **4. Действие тиреоидного гормона на молочные железы:**

1. Усиливает действие пролактина на эпителиальную секрецию
2. Способствует развитию млечных протоков у взрослых
3. Развивает альвеолярный аппарат, подготавливает ткани для восприятия инсулина, глюкокортикоидов, стимулирует продукцию пролактина
4. Участие в дифференциации альвеол

### **5. Секреция молока совершается:**

1. По апокриновому типу
2. По мерокриновому типу

### **6. Железы Монтгомери расположены:**

1. В ткани молочной железы
2. В области ареолы молочной железы
3. В области непигментированной части кожи молочной железы
4. В области подмышечной впадины

### **7. Птоз молочной железы обусловлен:**

1. Увеличением ее объема
2. Постлактационным уменьшением объема
3. Действием момента силы тяжести
4. Снижением упругости кожи

### **8. Постлактационная инволюция ткани молочной железы обусловлена преимущественно:**

1. Редукцией стромального компонента железы
2. Редукцией железистого компонента железы
3. Замещением ткани железы жировой клетчаткой

### **9. Куперовская трактовка поддерживающего аппарата молочной железы такова:**

1. Связки Купера анатомически постоянны, крепят паренхиму к грудной фасции, могут быть идентифицированы и реконструированы

2. Связки крепят железу к фасции в зонах наибольшей фиксации «чехла» - в субмаммарной и по медиальной границе
3. Поддерживающий связочный каркас непрерывен от дермы до глубокой фасции, присутствует в любой единице объема, но максимален в субмаммарной зоне и по медиальной границе
4. Антигравитационная поддержка молочной железы - функция упругости всех ее тканей

**10. Из глубины сосуда в молочную железу вступают:**

1. Как надфасциальное продолжение торакоакромиального, латерального грудного и других магистральных пучков
2. Как равномерная трехмерная сосудистая сеть
3. С периферии и через фасцию, с наибольшей концентрацией в зонах максимальных связочных кожнофасциальных сращений
4. Исключительно через анастомозы между субдермальными (терминали магистральных артерий) и паренхиматозными (редкие перфоранты межреберных артерий) сосудами

**11. Смещаемость железистого конуса молочной железы обусловлена:**

1. Эластичностью связок Купера
2. Растяжимостью кожного чехла
3. Наличием глубокого жирового слоя

**12. Оптимальный период для инструментального обследования молочной железы:**

1. В период овуляции
2. В 1-5 дни менструального цикла
3. На 7-10 дни менструального цикла
4. Перед началом месячного кровотечения

**13. Выявить наличие протоковых образований можно:**

1. При маммографии
2. При ультразвуковом исследовании молочной железы

**14. В кровоснабжении молочной железы не участвует:**

1. Наружная грудная артерия
2. Средостенные ветви грудной аорты
3. Внутренняя грудная артерия
4. Перфорирующие ветви из III-VII межреберных артерий

**15. Принципиальная разница между кожным и железистым птозом молочных желез:**

1. Положение сосково-ареолярного комплекса относительно субмаммарной складки
2. Степень растяжения кожного чехла
3. Степень уплощения верхнего полюса железы

**16. Первичная гипомастия отличается от эстетической гипомастии:**

1. Преимущественным дефицитом железистого компонента;
2. Наличием признаков нарушения гормонального гомеостаза;
3. Отсутствием лактации.

**17. Гипоплазия молочных желез характеризуется:**

1. Только дефицитом объема молочных желез;
2. Функциональной и морфологической незрелостью ткани молочных желез;
3. Преобладанием в молочных железах процессов апоптоза и обратной дифференциации железистой ткани;
4. Преобладание железистых долек III типа.

**18. Для молочных желез рожавших женщин женщин 25-40 лет характерно:**

1. Опережающее развитие стромы по сравнению с паренхимой;
2. Формирование качественно новых структур – тубулярных долек;
3. Преобладание дифференцированных долек III типа;
4. Преобладание железистых долек I-II типа.

**19. Основные требования, предъявляемые к имплантатам молочной железы:**

1. Химическая инертность, низкая проницаемость оболочки, когезивность наполнителя;



2. Наличие антибактериальных свойств и свойств, уменьшающих риск развития капсулярной контрактуры;
3. Безопасность, биосовместимость, стабильность свойств полимера в организме;
4. Соответствие формы имплантата, его плотности и эластичности, аналогичным параметрам молочной железы.

**20. Залогом стабильности и надежности послеоперационного результата является:**

1. Равное объемное соотношение имплантата и собственных тканей;
2. Оптимальное тканевое покрытие имплантата;
3. Отсутствие осложнений в раннем послеоперационном периоде;
4. Постоянное ношение эластичного бюстгальтера после операции.

**21. Форма молочных желез после аугментационной маммопластики главным образом зависит от:**

1. Исходной формы молочных желез;
2. Формы имплантата;
3. Формы грудной клетки;
4. Методики и техники операции.

**22. Ретропекторальное размещение имплантата:**

1. Снижает риск развития капсулярной контрактуры;
2. Уменьшает риск дистопии имплантата;
3. Уменьшает визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в условиях дефицита покровных тканей;
4. Дает хорошее наполнение верхнемедиальных отделов с более узкой зоной декольте;
5. Позволяет получить более глубокий инфрамаммарный сгиб.

**23. Ретромаммарное эндопротезирование:**

1. Предпочтительно при наличии небольшого птоза;
2. Позволяет более эффективно контролировать форму молочных желез;
3. Упрощает реализацию маммографии;
4. Характеризуется более выраженными и длительными послеоперационными болями.

**24. Размещение имплантата в двух плоскостях (по Tebbetts) позволяет:**

1. Избежать деформации, дистопии и ротации имплантата;
2. Более эффективно контролировать профиль молочной железы при небольшом птозе;
3. Снизить риск развития гематомы в раннем послеоперационном периоде;
4. Уменьшить визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в нижнемедиальных отделах молочных желез.

**25. Главным преимуществом инфрамаммарного доступа является:**

1. Наилучший контроль диссекции тканевого кармана и положения имплантата;
2. Наибольшая косметичность послеоперационного рубца;
3. Меньший риск сенсорных нарушений;
4. Малотравматичность.

**26. Для периареолярного доступа характерны:**

1. Наибольшая косметичность послеоперационного рубца;
2. Универсальность;
3. Малотравматичность;
4. Возможность коррекции тубулярной деформации молочной железы.

**27. Трансаксиллярный доступ – оптимальный выбор для коррекции:**

1. Микромастии без выраженной субмаммарной складки
2. Умеренной гипомастии без выраженного птоза;
3. Гипомастии с тубулярной деформацией;
4. Постлактационной инволютивной гипотрофии молочных желез с птозом.

**28. Выбор имплантата и методики операции:**

1. Выбор пациентки, основанный на собственных эстетических предпочтениях;
2. Выбор хирурга, основанный на четких алгоритмах подбора имплантата и хирургических принципах;

3. Компромисс между выбором пациентки и хирурга;
  4. Компромисс между ожидаемой пользой и неизбежными последствиями того или иного выбора.
- 29. Преимущества текстурированного имплантата по сравнению с гладким заключается в:**
1. Снижении риска развития капсулярной контрактуры при установке имплантата ретропекторально;
  2. Снижении риска смещения и ротации имплантата.
  3. Меньшей визуализации имплантата;
  4. Большем сроке службы.
- 30. Выбор имплантата анатомической формы даёт следующие преимущества:**
1. Большую проекцию при равном со сферическим эндопротезом объёме и ширине;
  2. Большую наполненность верхнего ската профиля молочной железы;
  3. Меньшую визуализацию латерального края имплантата;
  4. Возможность выбора имплантата разной ширины и высоты основания.
- 31. Эпонимическое (по имени автора) название маммопластики базируется на:**
1. Виде раскроя кожи
  2. Способе транспорта сосково-ареолярного комплекса
  3. Способе формирования нового контура молочной железы
  4. Хирургическом приеме любой направленности, который автор считал ключевым
- 32. Базовые хирургические задачи, без решения которых невозможна эстетическая маммопластика — это:**
1. Эстетическая коррекция контуров молочных желез и повышение качества жизни
  2. Модификация содержимого кожного «чехла» (паренхимы), размещение САК, редрапировка «чехла», антигравитационная стабильность
  3. Оптимизация сенсорной и лактационной функций молочной железы
  4. Минимальная травматичность
- 33. Эстетическая норма для молочных желез — это:**
1. Антропометрические показатели, имеющие цифровое выражение для каждой женщины
  2. Контур, которыми довольна пациентка
  3. Диапазон контуров, за пределами которого неэстетичность заметна непредвзятому наблюдателю
  4. Очертания, диктуемые чутьем хирурга
- 34. Ключевой элемент операции Thorek:**
1. Первый опыт Т-образного или горизонтального кожного шва
  2. Резекция кожи и «наполнителя» блоком до фасции без их разделения
  3. Пересадка кожного трансплантата САК
  4. Первая эстетическая маммопластика
- 35. Ключевой элемент операции Biesenberger:**
1. Т-образный кожный шов
  2. Резекция кожи и «наполнителя» по отдельности
  3. Хирургический транспорт САК на центральной (гландулярной) ножке
  4. Латеральная резекция паренхимы
- 36. Ключевой элемент операции Schwarzmann:**
1. Латеральная ножка САК
  2. Деэпидермизация ножки САК
  3. Медиальная ножка САК
  4. Закрытый транспорт САК с единственным горизонтальным рубцом
- 37. Источники кровоснабжения гландулярных лоскутов, используемых для аутоаугментации, такие же, как у паренхимы в операции:**
1. Schwarzmann
  2. Thorek
  3. Biesenberger
  4. Lexer
- 38. Главное условие транспорта САК с надежной васкуляризацией:**

1. Сохранение слоя подлежащих тканей в зоне САК не менее 2-3 см толщиной
  2. Отношение длины питающей ножки к ее ширине не более 1:2, как для лоскута со случайным кровоснабжением
  3. Нижнее основание ножки
  4. Сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне САК
- 39. Дезидермизация поверхности ножки САК направлена на сохранение:**
1. Артериального притока к САК
  2. Венозного оттока от САК
  3. Иннервации САК
  4. Механической прочности ножки против ее перегиба
- 40. Раскрой при резекции кожного «чехла», уменьшающий высоту конуса молочной железы:**
1. Перевернутая буква Т
  2. Вертикальный
  3. Циркумвертикальный
  4. Латеральный
- 41. Вертикальный (плюс циркумареолярный) рубец после маммопластики требует:**
1. Верхней ножки САК
  2. Медиальной ножки
  3. Нижней ножки
  4. Ничего из перечисленного выше
- 42. Вертикальная маммопластика со сшиванием glandулярных «колонн» подразумевает:**
1. Дискоидную резекцию основания паренхиматозного конуса
  2. Резекцию в виде кия
  3. Резекцию по бокам от дермогlandулярной ножки САК
  4. Ничего из перечисленного выше
- 43. При прочих равных условиях дистанция ключица-сосок должна быть оставлена наибольшей при:**
1. Маммопластике с кожным краем Вайза
  2. С периареолярным краем
  3. С вертикальным краем
  4. С горизонтальным краем
- 44. Наиболее действенное из перечисленных средств профилактики рецидивного птоза:**
1. Вертикальная пликация паренхимы
  2. Мышечный «ремень» или «балкон», поддерживающий паренхиму
  3. Уменьшение массы и высоты конуса молочной железы
  4. Укрепление кожно-подкожного чехла
- 45. На профилактику птоза геометрическими средствами направлены:**
1. Кожный раскрой Вайза
  2. Аутоаугментация glandулярным лоскутом
  3. Вертикальная пликация паренхимы
  4. Резекция нижних птозированных отделов железы
- 46. Усиливает антигравитационную стабильность молочной железы:**
1. Вертикальная маммопластика, сужающая основание путем пликации glandулярных колонн
  2. Аутоаугментация glandулярными лоскутами, увеличивающая высоту конуса молочной железы
  3. Краниальное смещение молочной железы и мастопексия швами к фасции
  4. Ни одно из перечисленных выше средств
- 47. Какие из следующих факторов наиболее связаны с риском развития рака молочной железы:**
1. Семейный анамнез
  2. Первая беременность в возрасте старше 40 лет
  3. Доброкачественные опухоли молочной железы
  4. Внутрипротоковая и внутридольковая карцинома in situ
  5. Все вышеперечисленное

**48. Основным скрининговым методом диагностики опухолей молочной железы является:**

1. УЗИ
2. КТ
3. МРТ
4. Маммография
5. Позиционно-эмиссионная томография

**49. Преимуществами одномоментной реконструкции молочной железы после мастэктомии по сравнению с отсроченной:**

1. Уменьшение анестезиологического риска
2. Снижение стоимости лечения
3. Отсутствие периода утраты органа
4. Более высокие эстетические результаты
5. Все вышеперечисленное

**50. Реконструкция соска после формирования груди свободным лоскутом:**

1. Должна производиться одновременно с пересадкой лоскута
2. Может сопровождаться развитием асимметрии по сравнению со здоровой стороной, если выполнена одновременно с реконструкцией
3. Часто заканчивается неудачей, если выполнена одномоментно с реконструкцией железы
4. Должна во всех случаях выполняться на завершающем этапе реконструкции
5. Лучше получается из малой половой губы

**51. В состав DIEP-лоскута для реконструкции молочной железы не входит:**

1. Кожа
2. Подкожная клетчатка
3. Прямая мышца живота

**52. К перфорантным лоскутам не относится:**

1. Лоскут Рубенса
2. DIEP-лоскут
3. TRAM-лоскут
4. IGAP-лоскут

**53. Основным недостатком лоскута на перфорантах нижних ягодичных сосудов является:**

1. Деформация донорской зоны
2. Невозможность взятия лоскута после кругового бодилифтинга
3. Невозможность взятия лоскута после липосакции
4. Короткая сосудистая ножка

**54. Основой для DIEP-лоскута является**

1. Перфоранты глубоких, окружающих подвздошную кость сосудов
2. Нижняя надчревная артерия
3. Поверхностные надчревные сосуды
4. Перфоранты верхней ягодичной артерии
5. Околопупочные перфоранты

**55. Влияние лучевой терапии на результаты реконструкции молочной железы после мастэктомии:**

1. Гиперпигментация облученной кожи
2. Атрофия подкожного жира
3. Атрофия и контрактура кожи и подкожной клетчатки
4. Повышение частоты фиброза и контрактуры любого из лоскутов
5. Все вышеперечисленное

**56. Максимальные размеры кожно-мышечного осевого торакодорзального лоскута:**

1. 10 x 20 см
2. Не менее 15-18 x 20 см
3. 8-10 x 15 см
4. 15 x 25 см

**57. Дезэпителизация со сбориванием кожи DIEP-лоскута в околопупочной зоне проводится**

**для:**

1. Предупреждения чрезмерной полноты наружного края молочной железы
2. Заполнения верхнемедиального квадранта тканями лоскута и создания достаточной полноты подключичной области
3. Обеспечения конического выступа нижнего полюса

**58. К ротированным лоскутам не относится:**

1. Лоскут на кожном мостике
2. Лоскут на сосудистой ножке
3. Аксиальный лоскут

**59. К какой группе аксиальных аутотрансплантатов относится торакодорсальный лоскут (ТДЛ)?**

1. Простой составной
2. Сложный составной
3. Комбинированный составной
4. Префабрикованный

**60. К простым составным аксиальным аутотрансплантатам не относится:**

1. Фрагмент лучевой кости
2. Большой сальник
3. Лопаточная фасция
4. Торакодорсальный лоскут (ТДЛ)
5. Паховый лоскут

**61. Префабрикация лучевого лоскута для формирования неоуретры проводится с целью:**

1. Истончения лоскута
2. Усиления ригидности лоскута
3. Уничтожения волосяных фолликулов

**62. Выбор метода первичной маскулинизирующей маммопластики главным образом зависит от:**

1. Размера молочной железы
2. Размера ареолы
3. Степени птоза молочных желез
4. Длительное тугое бинтование молочных желез в анамнезе

**63. Методика пластики встречными треугольными лоскутами:**

1. Аббе
2. Миларда
3. Седилло
4. Лимберга
5. Лапчинского

**64. Верхней границей скуловой области является:**

1. скуловисочный шов
2. скулолобный шов
3. передневерхний отдел щечной области
4. передненижний отдел височной области
5. нижний край глазницы

**65. Нижнюю микрогнатию устраняют:**

1. по Кохеру
2. по Бильроту
3. костной пластикой
4. пластикой лоскутом Филатова
5. свободной пересадкой кожи с клетчаткой

**66. Полнослойный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности**

1. тыла стопы
2. боковой поверхности шеи

3. наружной бедра
4. передней живота
- 5.внутренней плеча

**67. Наиболее частой причиной иатрогенной седловидной деформации носа является:**

1. Реконструкции хрящевого отдела носа
2. Остеотомия и репозиция костей носа
- 3.Сочетание подслизистой резекции перегородки носа и реконструкции костного отдела носа

**68. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:**

1. мостовидными
2. опрокидывающимися
- 3.удвоенными по Рауэру
4. встречными треугольными

**69. Опрокидывающиеся лоскуты используют для:**

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

**70. Продолжительность пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета коррегирующих операций:**

1. 3 недели
2. 3 месяца
- 3.6 месяцев

**71. Толщина свободного кожного лоскута по Тиршу составляет мм:**

- 1.0,2 –0,4
2. 0,5 –0,6
3. 0,6 –0,7
4. 0,8 –1,0

**72. Пересадку кожи на ожоговую рану без предшествующей некрэктомии производят:**

1. Как можно позже
2. Как можно раньше
3. На 5 сутки после ожога
4. С момента эпителизации
5. После отторжения струпа и развития грануляций

**73. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности**

- 1.Тыла стопы
2. Боковой шеи
3. Наружного бедра
4. Передней живота
5. Внутренней плеча

**74. В чем отличие гиперпластического ожирения от гипертрофического:**

1. в количестве адипоцитов и их размере
2. в количестве адипоцитов
3. в размере адипоцитов

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

- 1.висцеральный
2. субфасциальный
3. подкожный

**76. Чем характеризуются жировые отложения по женскому типу**

1. относительно равномерным увеличением толщины подкожножирового 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

**77. Противопоказанием для проведения липосакции не является: 78. Фасция Скарпа делит жировую клетчатку передней брюшной стенки на:**

1. Поверхностный и глубокий
2. Два слоя поверхностной клетчатки

**79. Глубокий слой жировой клетчатки состоит из:**

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

**80. 1-2 степень алиментарного ожирения характеризуется:**

1. Индексом массы тела 20
2. ИМТ 30-40
3. ИМТ 50

**81. Гиноидный и андройдный тип ожирения относятся к:**

1. Эндокринному типу ожирения
2. Симптоматическому типу ожирения
3. Экзогенно-конституциональному типу ожирения

**82. Чаще всего сопровождается сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом 2 типа:**

1. Гипотиреоидное ожирение
2. Гипоовариальное ожирение
3. Церебральное ожирение
4. Андройдное ожирение
5. Все вышеперечисленное

**83. Соотношение объема талии к объему бедер ОТ/ОБ используется для определения:**

1. Характера течения ожирения
2. Определения индекса массы тела
3. Определения типа жиротложения (андройдное, гиноидное)

**84. Действие соматотропного гормона на жировую ткань:**

1. Препятствует формированию висцерального ожирения
2. Стимуляция адипогенеза в висцеральных депо
3. Перераспределение жира в область бедер

**85. Что является основной целью липоспирации**

1. коррекция контуров фигуры
2. устранение избыточного веса
3. коррекция контуров и устранение избыточного веса

**86. Какое минимальное количество разрезов(проколов) необходимо для равномерной обработки жировой ловушки:**

1. один
2. два
3. два и более

**87. В каких направлениях должна происходить обработка жировой ловушки канюлями из двух разрезов**

1. параллельных
2. перпендикулярных

**88. Впервые предложил жидкостную липоспирацию:**

1. Fischer
2. Kesstling
3. Illouz

**89. Наиболее частым осложнением высокочастотной липосакции является:**

1. Серома
2. Синдром «стиральной доски»
3. Ожог

**90. При проведении трансплантации аутожира (липофилинга) из одного вкола можно**

**сделать:**

1. Не более 5 каналов
2. Не более 3 каналов
3. Каждый канал предполагает отдельный вкол

**91. Снизить риск развития осложнений при ультразвуковой комбинированной липоаспирации помогает:**

1. Увеличение объема тумесценции
2. Уменьшение мощности ультразвуковой волны
3. Соблюдение глубины слоя и непрерывный ход канюли

**92. Функцией компрессионного белья не является:**

1. Сдерживание отека
2. Равномерное формирование плоскостного рубца
3. Профилактика развития сером
4. Остановка кровотечения

**93. Полной васкуляризации жирового трансплантата при липофилинге можно ожидать при диаметре канала**

1. 4-6 мм
2. Не более 5 мм
3. 2-3 мм

**94. При механической липосакции средняя потеря крови на 1 литр жировой эмульсии составляют:**

1. 250 мл
2. 500 мл
3. 100 мл

**95. Длина хода при пересадке жировой ткани (липофилинге) определяется:**

1. Не более 3 см
2. Не более 5 см
3. Определяется длиной канюли и разметкой

**96. При значительно растянутой коже, незначительном количестве подкожно-жирового слоя и резко ослабленном тонусе мышечного каркаса передней брюшной стенки пациенту показано:**

1. Стандартная классическая абдоминопластика
2. Закрытая мини-абдоминопластика
3. Мини-абдоминопластика
4. Модифицированная абдоминопластика (дермолипэктомия и пластика апоневроза)

**97. 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

**98. Причиной развития подапоневрологических 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

**99. 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

**100. Оптимальный уровень повышения внутрибрюшного давления после пластики апоневроза передней брюшной стенки не должен превышать:**

1. 10-15 мм водного столба по сравнению с предоперационным показателем
2. 20-30 мм водного столба по сравнению с предоперационным показателем
3. 40-50 мм водного столба по сравнению с предоперационным показателем

**3. Примеры ситуационных задач:**

**Ситуационная задача 1.** Больной не согласен с результатами операции, выполненной по эстетическим показаниям. Объективных оснований нет. Согласие на операцию оформлено правильно.

1. Варианты разрешения конфликта.
2. Оцените полноту обследования. При необходимости обоснуйте дальнейшие исследования
3. Определите показания к госпитализации
4. Оцените нуждаемость в хирургической помощи.

**Ситуационная задача 2.** В клинику доставлен пострадавший с травматической ампутацией правой кисти. Травма произошла 3 часа назад на производстве при работе с циркулярной пилой. Вместе с пострадавшим доставлена ампутированная кисть, которая находится в полиэтиленовом пакете со льдом.

**Вопросы:**

- Поставьте диагноз.
- Какую операцию можно провести в данном случае?
- Укажите последовательность этапов предполагаемой операции.
- Укажите основные мероприятия в послеоперационном периоде.
- Укажите основные методы предупреждения послеоперационных осложнений при открытых травмах конечностей.

**Ситуационная задача 3.** В ожоговое отделение доставлен больной с обширными ожогами кипятком живота и передней брюшной клетки. Поставлен диагноз: термический ожог (около 15%) III А-Б степени брюшной стенки и передней поверхности грудной клетки. Через 2 недели ожоговые раны покрыты грануляционной тканью, в нескольких участках эпителизация. Учитывая степень ожога, больному показана кожная пластика ожоговой поверхности.

**Вопросы:**

- Какой из вариантов кожной пластики лучше применить в данном случае?
- Перечислите способы кожной пластики.
- С какого участка тела чаще всего производят забор кожи для аутотрансплантата?
- Какими аппаратами пользуются для забора кожи при аутопластике?

**Ситуационная задача 4.** В клинику детской хирургии обратились родители с ребенком 8 месяцев с жалобами на невозможность кормления ребенка грудью, так как молоко затекает в полость носа. Ребенка кормят с ложечки или поильника. При осмотре выявлено несращение твердого неба и расщелина мягкого неба.

**Вопросы:**

- Какой порок развития у ребенка?
- Укажите распространенность этого порока среди новорожденных.
- В чем заключается хирургическое лечение данного порока развития?
- каком возрасте необходимо выполнять операцию у детей с данным пороком развития?

**Ситуационная задача 5.** В хирургической клинике больному в плановом порядке проводится операция по поводу послеоперационной вентральной грыжи больших размеров. По ходу операции предполагается пластика грыжевого дефекта и пластика кожного дефекта, образовавшегося после иссечения грыжевого выпячивания окаймляющими разрезами.

**Вопросы:**

Какой вид пластики можно применить для укрепления брюшной стенки?

Какие виды пластики можно применить для устранения дефекта кожи?

Назовите виды местной кожной пластики.

В каких случаях применяется пластика перемещением лоскута с отдаленных участков тела?

**Критерии итоговой оценки междисциплинарного государственного экзамена:**

- оценки «отлично» заслуживает выпускник, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, демонстрирующий клиническое мышление, владеющий современными методами диагностики, принципами лечения, реабилитации больных, оказанием неотложной помощи при угрожающих жизни ситуациях, умеющий ориентироваться в профессиональной среде, вести аргументированную дискуссию.

- оценки «хорошо» заслуживает выпускник, обнаруживший полные знания учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные экзаменом задания, владеющий на достаточном уровне сформированности компетенциями в области всех видов деятельности, определённых ФГОС ВО.

- оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, обнаруживший знания учебно-программного материала в объёме, необходимом для дальнейшей профессиональной деятельности, но допускающий неточности в отдельных видах заданий, предусмотренных программой экзамена, имеющий слабое развитие отдельных компетенций, владеющий на уровне пороговой сформированности компетенциями.

- оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой экзамена заданий; у выпускника не сформированы компетенции, характеризующие профессиональную деятельность акушера-гинеколога.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.