

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Специальность 31.08.60 Пластическая хирургия
код, наименование

Кафедра: травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В.Колокольцева

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2024

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Пластическая хирургия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Пластическая хирургия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Пластическая хирургия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2.	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1; УК-2; УК-3; УК-4; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ПК-1; ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6; ПК-7, ПК-8; ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15	Текущий контроль	Раздел 1. Введение в специальность. Общие вопросы пластической хирургии. Правовые основы работы пластического хирурга	Тестовые задания
		Раздел 2. Показания к пластическим операциям. Методы обследования в пластической хирургии	
		Раздел 3. Предмет эстетической хирургии. Каноны красоты в произведениях искусства разных эпох	
		Раздел 4. Планирование пластических операций. Реабилитация после пластических операций	
		Раздел 5. Заживление ран. Рубцы и их лечение	
		Раздел 6 Общие закономерности	

		кровообращения тканей	
		Физиология кровообращения	
		поверхностных тканей	
		организма	
		Раздел 7. Пластика местными	
		тканями и регионарными	
		лоскутами.	
		Раздел 8. Пластика лоскутами на	
		питающей ножке из отдаленных	
		областей. Филатовский стебель.	
		Раздел 9. Свободная пересадка	
		кожи	
		Раздел 10. Свободная пересадка	
		опорных тканей	
		Раздел 11 Теоретические и	
		практические аспекты	
		трансплантации и имплантации.	
		Материалы для пластической	
		хирургии	
		Раздел12 Теоретические основы	
		микрохирургической техники	
		Раздел 13 Пластическая	
		хирургия молочных желез.	
		Общие вопросы	
		Раздел 14. Эстетическая	
		хирургия молочных желез	
		Раздел 15. Реконструктивная	
		хирургия молочных желез	
		Раздел 16. Пластическая	
		хирургия головы и шеи	
		Раздел 17. Пластика тела.	
		Пластика передней брюшной	
		стенки (абдоминопластика).	
		Контурная пластика	
		Раздел 18. Пластика тела.	
		Хирургическая коррекция	
		контуров тела после	
		радикального снижения веса и	
		бариатрических операций	
		(торсоластика, бодилифтинг)	
		Раздел 19. Современные	
		технологии в пластической	
		хирургии (клеточные, 3Д	
		технологии, аппаратные	
		методики коррекции)	
		Раздел 20. Ошибки и	
		осложнения в пластической	
		хирургии	
	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Вопросы для
			собеседования

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций:

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
1. 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. 2. 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 3. Деэпидермизация 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 4. Методика пластики встречными треугольными лоскутами: 1. Аббе 2. Миларда 3. Седилло 4. Лимберга 5. Лапчинского 5. 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 6. Секреция молока совершается: 1. По апокриновому типу 2. По мерокриновому типу 3. По смешанному типу 7. Железы Монтгомери расположены: 1. В ткани молочной железы	УК-1; УК-2; УК-3; УК-4; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ПК-1; ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6; ПК-7, ПК-8; ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК- 12, ПК-13, ПК-14, ПК-15

2. В области ареолы молочной железы 3. В области непигментированной части кожи молочной железы 4. В области подмышечной впадины 8. 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 9. 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 10. Действие тиреоидного гормона на молочные железы: 1. Усиливает действие пролактина на эпителиальную секрецию 2. Способствует развитию млечных протоков взрослых 3. Развивает альвеолярный аппарат, подготавливает ткани для восприятия инсулина, глюкокортикоидов, стимулирует продукцию пролактина 4. Участие в дифференциации альвеол 11. Источники кровоснабжения glandулярных локусов, используемых для аутоаугментации, такие же, как у паренхимы в операции: 1. Schwarzm ann 2. Thorek 3.Biesenberger 4.Lexer 12. 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 13. Из глубины сосуды в молочную железу вступают: 1. Как надфасциальное продолжение торакоакромиального, латерального грудного и других магистральных пучков 2. Как равномерная трехмерная сосудистая сеть 3. С периферии 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 14. В кровоснабжении молочной железы неучаствует:	
--	--

1. Наружная грудная артерия 2. Средостенные ветви грудной аорты 3. Внутренняя грудная артерия 4. Перфорирующие ветви из III-VII межреберных артерий 15. К перфорантным лоскутам не относится: 1. Лоскут Рубенса 2. DIEP-лоскут 3. TRAM-лоскут 4. IGAP-лоскут 16. К ротируемым лоскутам не относится: 1. Лоскут на кожном мостике 2. Лоскут на сосудистой ножке 3. Аксиальный лоскут 17. К простым составным аксиальным аутооттрансплантатам не относится: 1. Фрагмент лучевой кости 2. Большой сальник 3. Лопаточная фасция 4. Торакодорсальный лоскут (ТДЛ) 5. Паховый лоскут 18. 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 19. 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 20. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности 1. Тыла стопы 2. Боковой шеи 3. Наружного бедра 4. Передней живота 5. Внутренней плеча 21. 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 22. К ротированным лоскутам не относится: 1. Лоскут на кожном мостике 2. Лоскут на сосудистой ножке 3. Аксиальный лоскут 23. Нижнюю микрогнатию устраняют: 1. по Кохеру 2. по Бильроту 3. костной пластикой 4. пластикой лоскутом Филатова 5. свободной пересадкой кожи с клетчаткой 24. Наиболее частой причиной ятрогенной седловидной деформации носа является: 1. Реконструкция хрящевого отделаноса 2. Остеотомия и репозиция костей носа 3. Сочетание подслизистой резекции перегородки носа и реконструкции костного отдела носа 25. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами: 1. Мостовидными 2. Опрокидывающимися 3. Удвоенными по Рауэру 4. Встречными треугольными 26. Продолжительность пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета коррегирующих операций: 1. 3 недели 2. 3 месяца 3. 6 месяцев 27. Ранения и травмы лица подразделяются на: 1. Смертельные и не смертельные. 2. С повреждением дыхательных путей или без. 3. Проникающие и непроникающие. 4. Взрослые и детские 28. Назовите самую частую врожденную патологию молочной железы: 1. Инверсия соска 2. Амастия 3. Полителия и полимастия 4. Дистопия млечных ходов 29. Оптимальной донорской зоной для забора полнослойного кожного лоскута, предназначенного для замещения раневого дефекта в области нижнего века у мужчины 68 лет является:	
--	--

1. Крайняя плоть 2. Заушная область 3. Верхнее веко 4. Внутренняя поверхность плеча 30. Основными особенностями первичной хирургической обработки при ранениях мягких тканей лица являются: 1. Сохранение краев раны не иссечёнными, за исключением заведомо нежизнеспособных участков. 2. Применение перекиси водорода. 3. Возможность проведения ПХО только в первые 12 часов после ранения. 4. Второстепенность сохранения эстетических ориентиров лица, в приоритете функция. 31. Пострадавшему от отграниченного ожога лица IIIA – IIIB ст. открытым пламенем показано восстановление кожного покрова. Какой способ аутодермопластики подходит в данном случае: 1. По Моулем-Джексону (методом «почтовых марок»); 2. Расщепленным сетчатым трансплантатом; 3. Толстым расщепленным трансплантатом; 4. Полнослойным кожным лоскутом с учетом анатомических областей лица 32. Способ пластики частичного дефекта концевого отдела носа: 1. По Рауэру 2. По Сулову 3. лоскутом на микроанастомозе 4. Артеризированным лоскутом височной области 5. Лоскутом на ножке с губо-щечной складки 33. При наличии множественных повреждений на лице с неуточненной степенью вовлечения нервно-сосудистых компонентов, вмешательство проводят: 1. Поэтапно. Сначала восстанавливая эстетически значимые структуры и планируя восстановление нервов следующим этапом. 2. Максимально точно выясняют глубину и степень поражения нервов и сосудов, с максимально возможным одноэтапным восстановлением их непрерывности, а также восстановлением анатомических ориентиров покровных тканей. 3. Поэтапно. Сначала восстанавливая поврежденные нервные стволы, а в последующие этапы корректируя эстетику. 4. Назначают пациенту консервативную терапию, для минимизации рисков раневой инфекции. Планируют отсроченную операцию. 34. Повреждение Ramus marginalis N. Facialis характеризуется: 1. Нарушением функции мышцы опускающей угол рта, невозможности опустить угол рта на стороне поражения. 2. Спонтанным восстановлением в 90% случаев за счёт	
--	--

анастомозов, в течении 2 месяцев. 3. Нарушением функции скуловых мышц, мышцы поднимающей угол рта, невозможности нормально улыбнуться, проблемам с приемом пищи. 4. Стойким выпадением полей чувствительности в области щеки, передне-боковой поверхности шеи 35. При пластике верхней губы фиксация лоскутов осуществляется 1. Узловым швом 2. Непрерывным швом 3. Гипсовой повязкой 4. Разгрузочными швами 5. Коллодийной повязкой 36. Птоз молочной железы обусловлен: 1. Увеличением ее объема 2. Постлактационным уменьшением объема 3. Действием момента силы тяжести 4. Снижением упругости кожи 37. Постлактационная инволюция ткани молочной железы обусловлена преимущественно: 1. Редукцией стромального компонента железы 2. Редукцией железистого компонента железы 3. Замещением ткани железы жировой клетчаткой 38. 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 непрерывно 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 39. 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 40. Смещаемость железистого конуса молочной железы обусловлена: 1. Эластичностью связок Купера 2. Растяжимостью кожного чехла	
--	--

3. Наличиемглубокого жирового слоя 41.Выявить наличие протоковых образований можно: 1. При маммографии 2. При ультразвуковом исследовании молочной железы 42. 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 полюсажелезы 43. Первичная гипомастия отличается от эстетической гипомастии: 1. Преимущественным дефицитом железистого компонента; 2. Наличием признаков нарушения гормонального гомеостаза; 3. Отсутствием лактации. 44. Гипоплазия молочных желез характеризуется: 1. Только дефицитом объёма 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. 45. Для молочных желез рожавших 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. 46. 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. 47. Залогом стабильности и надежности послеоперационного результата является: 1. Равное объемное соотношение имплантата исобственныхтканей; 2. Оптимальное тканевоепокрытие имплантата; 3. Отсутствие осложненийв раннемпослеоперационном периоде; 4. Постоянное ношениеэластичного бюстгальтерапослеоперации.	
---	--

48. 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. 49. 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. Даёт хорошее наполнение верхнемедиальных отделов с более узкой зоной декольте; 5. Позволяет получить более глубокий инфрамаммарный сгиб. 50. 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. 51. 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. 52. 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. 53. Для периареолярного доступа характерны: 1. Наибольшая косметичность послеоперационного рубца; 2. Универсальность; 3. Малотравматичность; 4. Возможность коррекции тубулярной деформации молочной железы. 54. 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 55. Раскрой при резекции кожного «чехла», уменьшающий высоту конуса молочной железы: 1. Перевернутая буква Т 2. Вертикальный 3. Циркумвертикальный 4. Латеральный 56. Повреждение ветвей лицевого нерва возможно при эндоскопической диссекции в следующем слое: 1. Под надкостницей при формировании центрального лобного кармана; 2. Над глубокой височной фасцией при формировании височного кармана; 3. Под надкостницей и фасцией masseter при высвобождении тканей средней зоны лица; 4. Между поверхностным листком собственной височной фасции (промежуточной височной фасцией) и SMAS в области скуловой дуги. 57. Над верхнечелюстной костью эндоскопическая диссекция осуществляется в следующем слое: 1. Над надкостницей; 2. Под надкостницей; 3. Над SMAS; 4. Под SMAS 58. Эндоскопическую диссекцию в области подглазничного отверстия следует осуществлять с особой осторожностью, под надкостницей и бимануально поскольку в этой зоне: 1. Есть риск повреждения скуловой ветви лицевого нерва и развития в п/о периоде птоза мягких тканей скуловой области; 2. Есть риск повреждения щечной ветви лицевого нерва и развития в п/о периоде птоза одноименной области; 3. Есть риск повреждения нижнеглазничной ветви тройничного нерва и развития в п/о периоде нарушений чувствительности средней зоны лица. 4. Нет правильного ответа. 59. Соединение центрального и височного карманов при эндоскопической диссекции верхней трети лица осуществляется в направлении: 1. Из центрального кармана в латеральный; 2. С латерального кармана в центральный; 3. Карманы не соединяются; 4. Эндоскопическая диссекция этой зоны осуществляется одномоментно без формирования карманов. 60. При эндоскопической подтяжке верхней трети лица диссекция в центральной зоне осуществляется в следующем слое:	
--	--

1. Под надкостницей; 2. Над надкостницей; 3. Подкожно; 4. Надфасциально. 61. У пациентки с опущением одной брови эндоскопическая миотомия круговой мышцы глаза выполняется: 1. Со стороны нормальной брови; 2. С обеих сторон; 3. Со стороны опущенной брови; 4. Миотомия не выполняется; 62. При формировании височного кармана эндоскопическим способом диссекция осуществляется в следующем слое: 1. Над височно – теменной фасцией; 2. Между височно – теменной фасцией и поверхностным листком собственной височной фасции; 3. Над собственной височной фасцией; 4. Под глубоким листком собственной височной фасции; 63. При стандартной эндоскопической подтяжке верхней трети лица диссекция тканей заканчивается на уровне: 1. Скуловой кости; 2. Горизонтальной линии, проведенной через нижнюю точку нижнего века; 3. Горизонтальной линии, проведенной через основание носа; 4. Горизонтальной линии, проведенной через латеральный кантус глаза. 64. Отек после эндоскопических вмешательств на тканях лица в поднадкостничном слое разрешается в течение: 1. 3 мес.; 2. 6 мес.; 3. 9 мес.; 4. 12 мес. 65. В области скуловой дуги предпочительно выполнять эндоскопическую диссекцию в следующем слое: 1. В толще промежуточной височной жировой подушки; 2. Непосредственно над глубоким листком собственной височной фасции; 3. Между поверхностным листком собственной височной фасции и SMAS; 4. В толще глубокой височной жировой подушки. 66. Возможные осложнения после эндоскопической подтяжки верхней трети лица: 1. Парез (паралич) височной ветви лицевого нерва; 2. Парастезии; 3. Несимметричное расположение бровей; 4. Всё вышеперечисленное. 67. Наиболее грозные осложнения эндоскопических вмешательств на лице: 1. Парез (паралич) височной/скуловой ветвей лицевого нерва; 2. Местные хирургические осложнения: гематома, серома, несостоятельность швов.	
---	--

3. Окологлазничный отек, хемоз, фоточувствительность 4. Всё вышеперечисленное 68. Наиболее целесообразное сочетание операций: 1. Эндоскопическая подтяжка верхней трети лица + нижняя блефаропластика; 2. Эндоскопическая подтяжка средней трети лица + нижняя блефаропластика; 3. Эндоскопическая подтяжка любой зоны лица + пластика m. platysma; 4. Эндоскопическая подтяжка верхней трети лица + верхняя и нижняя блефаропластика. 69. Посредством чего глубокая область лица отделена от боковой области (щечной, околоушно-жевательной)? 1. жевательной мышцы 2. нижней челюсти 3. околоушной слюнной железы 4. латеральной крыловидной мышцы 70. Посредством каких вен осуществляется прямая связь между системой поверхностных и глубоких вен мозгового отдела головы? 1. подкожных 2. эмиссарных 3. диплоэтических 4. синусов твердой мозговой оболочки 71. В каком клетчаточном пространстве находится крыловидное венозное сплетение? 1. жевательно-челюстном 2. челюстно-крыловидном 3. межкрыловидном 4. окологлоточном 72. Вы производите трепанацию черепа в височной области с подковообразным разрезом мягких тканей. Куда Вы откинете лоскут? 1. кверху 2. кпереди 3. кзади 4. книзу 73. Какой из слоев не зашивается при выполнении декомпрессионной трепанации черепа по Кушингу? 1. кожа 2. височная мышца 3. твердая оболочка головного мозга 4. подкожная клетчатка	
--	--

74. Куда вводят тампоны для остановки кровотечения из поврежденного синуса твердой оболочки головного мозга?

1. непосредственно в синус
2. между внутренней пластинкой кости черепа и твердой мозговой оболочкой
3. между твердой и мягкой оболочками головного мозга
4. под паутинную оболочку

75. В какое клетчаточное пространство возможен прорыв гноя через медиальный (глоточный) отрог околоушной слюнной железы в случае гнойного паротита?

1. в околоушно-жевательное
2. в межкрыловидное
3. в передний отдел бокового окологлоточного пространства
4. в задний отдел бокового окологлоточного пространства

76. Какие раны головы называются открытыми?

1. с повреждением кожи
2. с повреждением кости
3. с повреждением твердой мозговой оболочки
4. с повреждением вещества головного мозга

77. Повреждение какой артерии возможно в межкрыловидном клетчаточном пространстве при вскрытии флегмоны?

1. верхнечелюстной
2. язычной
3. ствола наружной сонной
4. внутренней сонной

78. Как следует выполнять первичную хирургическую обработку ран мягких тканей мозгового отдела головы?

1. по типу некрэктомии с минимальным захватом здоровых тканей
2. с широким захватом мягких тканей и последующим сопоставлением краев
3. принципиальной тактики нет

79. Какой нерв можно повредить в толще околоушной слюнной железы, выполняя вскрытие гнойного паротита?

1. нижнечелюстной
2. верхнечелюстной
3. лицевой
4. языкоглоточный

80. Чем обусловлено более частое повреждение внутренней

компактной пластинки кости свода (например, теменной) по сравнению с наружной компактной?

1. более тонким ее строением
2. амортизирующим действием губчатого вещества кости
3. тем, что деформация внутренней пластинки идет «на растяжение», тогда как наружной – «на сжатие»

81. В каких случаях возможно повреждение сигмовидного синуса при выполнении трепанации сосцевидного отростка?

1. при отклонении от границ трепанационного треугольника кзади
2. при отклонении от границ трепанационного треугольника кпереди
3. при отклонении от границ трепанационного треугольника кверху
4. при отклонении от границ трепанационного треугольника книзу

82. 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.

83. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

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

84. 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.

85. Наиболее простой вид пластики местными тканями:

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

86. 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. 87. 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. 88. Опрокидываемые лоскуты используются: 1. для устранения выворота век; 2. для устранения дефектов кожи; 3. для закрытия линейных разрезов; 4. для создания внутренней выстилки. 89. Максимальный допустимый угол поворота лоскута на ножке: 1. до 90°; 2. до 180°; 3. до 210°; 4. до 360°. 90. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами: 1. мостовидным; 2. опрокидываемым; 3. удвоенным по Рауэру; 4. встречными треугольниками. 91. Для восстановления отсутствующей брови используют лоскут: 1. мостовидный; 2. из височной области; 3. забральный по Лексеру; 4. на скрытой сосудистой ножке. 92. Для восстановления дефектов губы у женщин используют мостовидный лоскут: 1. с шеи; 2. Лексера; 3. со щеки; 4. Лапчинского. 93. Филатовский стебель, формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется: 1. острым; 2. шагающим; 3. ускоренным; 4. классическим.	
--	--

94. Участок поверхности тела для острого Филатовского стебля: 1. предплечье; 2. внутренняя поверхность плеча; 3. внутренняя поверхность бедра; 4. передне-боковая поверхность живота. 95. Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после: 1. периостита; 2. секвестрэктомии; 3. постлучевой некрэктомии; 4. удаления доброкачественных опухолей. 96. Аллотрансплантат- это материал, взятый: 1. у пациента; 2. у животного; 3. у другого индивида; 4. у однояйцового близнеца. 97. При тотальном дефекте нижней губы используют методику: 1. Аббе; 2. Рауэра; 3. Седилло; 4. Евдокимова. 98. 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. 99. Укорочение верхней губы устраняется способом пластики местными тканями: 1. Седилло; 2. свободным кожным лоскутом; 3. встречными треугольными лоскутами; 4. Филатовским стеблем. 100. При выкраивании лоскута на ножке соотношение его ширины к длине должно быть: 1. 1:3; 2. 1:4; 3. 1:5; 4. 1:8.	
---	--

101. При индийской ринопластике лоскут на ножке берут: 1. с шеи 2. с лобной области 3. с щечной области 4. с губо-щечной складки 102. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами 1. мостовидным 2. опрокидывающимся 3. удвоенным по Рауэру 4. встречными треугольными 103. 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 104. 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, подкожной клетчатки и сосудистого пучка 105. Местное осложнение при пластике лоскутами на ножке 1. неврит 2. миозит 3. некроз 4. диплопия 106. Первый этап пластической операции 1. разрез 2. обезболивание 3. определение показаний 4. планирование вмешательства 107. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится лечение 1. гидромассаж 2. криотерапия 3. холод местно 4. Электрокоагуляция 108. Для синдрома кубитального канала характерны следующие симптомы, кроме:	
---	--

- а) формирования «когтеобразной» деформации на пальцах кисти, короткие мышцы которых иннервируются локтевым нервом;
- б) боли и парестезии в пальцах, иннервируемых локтевым нервом;
- в) слабости кисти, выпадения предметов из нее;
- г) атрофии мышц тенара.

109. Перелом крючка крючковидной кости может стать причиной компрессионной невропатии:

- а) двигательной ветви локтевого нерва; б) переднего межкостного нерва;
- в) тыльного межкостного нерва;
- г) срединного нерва в карпальном канале.

110. Выполнение эндоневролиза срединного нерва показано:

- а) во всех случаях декомпрессии срединного нерва в карпальном канале; б) только при наличии очевидной невромы в толще нерва;
- в) если продолжительность заболевания более 10 месяцев; г) противопоказано во всех случаях.

111. Введение стероидных гормонов для лечения синдрома карпального канала показано при:

- а) возникновении симптомов заболевания во время беременности;
- б) появлении симптомов после перелома лучевой кости в «типичном месте»; в) продолжительности заболевания более 10 мес.;
- г) ничего из вышеперечисленного.

112. Какая из мимических мышц оказывает наибольшее воздействие на формирование деформации носа при врожденных расщелинах верхней губы?

- а) щечная мышца;
- б) круговая мышца рта;
- в) большая скуловая мышца.

113. Основание колумеллы и перегородки носа при врожденных расщелинах верхней губы и альвеолярного отростка:

- а) смещено в здоровую сторону; б) расположено по средней линии;
- в) смещено в сторону расщелины.

114. При врожденных расщелинах верхней губы колумелла на стороне расщелины:

- а) симметрична здоровой стороне; б) укорочена.

115. Операция первичная ринопейлопластика предусматривает:

а) восстановление анатомической формы губы; б) восстановление анатомической формы губы и устранение деформации носа; в) восстановление анатомической формы губы, устранение деформации носа, костную пластику альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба. 116. Использование оперативных методик, предусматривающих рассечение или иссечение участков нижних латеральных хрящей в детском возрасте а) способствует коррекции деформации носа; б) вызывает возникновение грубых вторичных деформаций носа; в) не влияет на процессы развития и роста хрящевого отдела носа 117. Хирургическое лечение келоидного рубца по задней поверхности ушной раковины после выполнения эстетической отоластики должно включать в себя иссечение рубца в пределах здоровой кожи, повторное наложение шва с использованием атравматической техники и наложение давящей повязки. а) да; б)нет. 118. Проведение операции отоластики под общим обезболиванием снижает вероятность развития такого грозного осложнения, как злокачественная гипертермия. а) да; б)нет. 119. Наиболее важным фактором в лечении открытого перелома голени является: а) стабильный остеосинтез; б) закрытие дефекта мягких тканей хорошо кровоснабжаемыми тканями; в)тщательное удаление всех нежизнеспособных тканей; г) хорошее дренирование раны. 120. Для правильного понимания возможностей реконструкции нижней конечности при сахарном диабете ошибочно следующее положение: а) проблемы нарушения трофики связаны с поражением мелких сосудов стопы; б) ответственной за поражение стоп является диабетическая нейропатия; в) операции микрососудистой пластики у больных сахарным диабетом достаточно надежны и эффективны; г) частота местных осложнений и повторных операций у больных диабетом закономерно выше, чем у других пациентов с дефектами нижней конечности.	
---	--

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

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

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

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

122. Куперовская трактовка поддерживающего аппарата молочной железы такова:

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

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

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

124. 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 125. 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 126. 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 127. При переносе пупочной ямки разметка реципиентного местоположения будущего пупка производится: 1. По средней линии на середине расстояния между лобком и лонным сочленением 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 128. 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 5. Все вышеперечисленное 129. Существенным отличием напряженно-боковой абдоминопластики по Lockwood от классической абдоминопластики по является: 1. Лучшие технические условия для пликации 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 5. Все вышеперечисленное 6. Ничего из вышеперечисленного 130. 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 5. Ничего из вышеперечисленного 131. Особенностью вертикальной абдоминопластики является: 1. Выполняется только в тех случаях, когда необходимо устранить диастаз прямых мышц живота 2. Отсутствие необходимости широкой латеральной надaponевротической диссекции 3. Широкие возможности удаления избытков подкожно-жирового слоя в гипогастральная и надлобковой зоне 4. Все вышеперечисленное 5. Ничего из вышеперечисленного 132. 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 5. ничего из вышеперечисленного 133. 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 5. Ничего из вышеперечисленного 134. 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 135. 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 136. Височная ветвь лицевого нерва находится между следующими анатомическими слоями: 1. Апоневротическим шлемом и надкостницей; 2. Височной мышцей и поверхностным листком глубокой височной фасции; 3. Височной мышцей и глубоким листком глубокой височной фасции; 4. Темпоропариетальной фасцией и поверхностным листком глубокой височной фасции; 5. Темпоропариетальной фасцией и подкожным жиром. 137. Основная цель консультирования перед увеличивающей маммопластикой: 1. Информирование пациентки о возможностях и проблемах	
--	--

УМ; 2. Выбор оптимального эндопротеза; 3. Сведение до минимума пропорции недовольных результатом; 4. Юридическая защита хирурга подписью пациентки под «информированным согласием» 138. Какие физиотерапевтические методы применяются в качестве реабилитации после пластических операций: 1. Ультразвуковая терапия 2. Гирудотерапия 3. Ручной массаж 4. Микротоковая терапия	
---	--

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы для собеседования

5.1.1 Вопросы для индивидуального опроса к экзамену по дисциплине «Пластическая хирургия»:

Тестовые задания	Код компетенции и (согласно РПД)
1. Цели и задачи пластической хирургии 2. Специфика разрезов в пластической хирургии 3. Показания и планирование пластических операций 4. Правовые вопросы и профессиональных правонарушений, уголовной ответственности за их совершение. Юридические вопросы в решении спорных проблем с пациентами 5. Виды рубцов. И способы их лечения 6. Отличие лоскута от трансплантата. 7. Теории старения. Теория свободных радикалов. Нейроэндокринная теория. Теория теломер. Воспалительная теория. 8. Анестезия в пластической хирургии. Местная анестезия. Общая анестезия. Особенности проведения при операциях на лице. 9. Дефекты наружного носа. Методы коррекции деформаций концевой отдела носа. 10. Пороки развития тела. Пластические и реконструктивные операции на нижних конечностях 11. Врожденные расщелины лица, верхней губы, неба. Эстетическая хейлопластика. Y, V-пластика. Булхорн 12. Пороки развития ушной раковины – анотия, микротия. Дефекты, врожденные деформации и реконструкция ушных раковин 13. Дефекты и деформации нижнего отдела лица и шеи. Пороки развития шеи. Подтяжка нижней трети лица. Платизмопластика 14. Пороки развития век. Птоз век. Посттравматические операции на веках. Вторичная эстетическая блефаропластика 15. Ранения (травма) лица. Классификация. 16. Перечислите способы абдоминопластики. Чем отличается дермолипэктомия от абдоминопластики.	УК-1; УК-2; УК-3; УК-4; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ПК-1; ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6; ПК-7, ПК-8; ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, ПК-15

17. Виды абдоминопластики. Показания. Диастаз прямых мышц живота 18. Риски и осложнения абдоминопластики 19. История появления и виды липосакции. 20. Верхняя блефаропластика – показания, противопоказания, осложнения 21. Отопластика – показания, противопоказания, основные варианты вмешательств. 22. Изменение каких структур уха приводит к лопухости. 23. Птоз молочных желез – классификация, варианты корректирующих вмешательств 24. Врожденные деформации уха. Эмбриология. Классификация. Хирургические техники. Сроки проведения оперативного лечения. Осложнения 25. Составьте необходимый набор хирургических инструментов для проведения риносептопластики. 26. Увеличивающая маммопластика – ранние и поздние осложнения, их лечение. 27. Блефаропластика. Основные виды. Показания. Предоперационная разметка. Ход операций. Послеоперационное ведение пациентов. Возможные осложнения, их профилактика. 28. Анатомия молочных желез. Строение. 29. Основные характеристики импланта, на которые следует опираться при подборе. Способ расчета LVC. 30. Увеличение груди. Выбор доступа в зависимости от результатов предоперационных измерений. Разметка перед операцией. Ход хирургического вмешательства. Потенциальные осложнения в раннем послеоперационном периоде, способы их профилактики. 31. Профилактика и лечение капсулярной контрактуры имплантов молочной железы. 32. Липофилинг груди. Система «BRAVA». 33. Мастопексия. Виды. Выбор варианта операции с учетом анатомических особенностей. Противопоказания. Потенциальные осложнения в раннем послеоперационном периоде, способы их предотвращения 34. Липосакция. Классификация. Показания к проведению. Современные методики выполнения. Противопоказания. Потенциальные осложнения и их профилактика. 35. Использование водоструйной липосакции, совмещение с липофилингом. 36. Какие виды канюль используются для липосакции. 37. Роль дренирования в профилактике ранних и отдалённых послеоперационных осложнений при операциях. 38. На основании чего осуществляется подборка имплантов молочных желез 39. Инновационные технологии в пластической хирургии. Эндовидеохирургия. Характеристика эндоскопической пластической хирургии. Показания и противопоказания 40. Остеотомии носа: виды, технические аспекты. 41. Седловидный нос. Основные способы лечения данной деформации.	
--	--

42.	Инновационные технологии в пластической хирургии.	
43.	Эндовидеохирургия.	
44.	Характеристика эндоскопической пластической хирургии. Показания и противопоказания	
45.	Оборудование требуемое для проведения эндоскопических операций.	
46.	Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация.	
47.	Физиология приживления. Применение. Техника формирования и ведение послеоперационного периода.	
48.	Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии.	
49.	Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении.	
50.	Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.	
51.	Коррекция хрящевого отдела носа. Варианты вмешательств.	
52.	Особенности клинических проявлений и лечения келоидных рубцов кожи.	
53.	Ограниченные ожоги (термические). Определение. Принципы ведения.	
54.	Ожоговый шок и ожоговая болезнь. Этиология. Патогенез. Принципы лечения	
55.	Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов.	
56.	Реконструкция молочных желез. Виды операций, применяемых с целью реконструкции. Отбор пациентов.	
57.		
58.	Основные принципы и виды современной цервикопластики. Отбор пациентов, профилактика осложнений.	
59.	Вертикальное деление лица на овалы. Границы. Объёмное старение лица. Варианты коррекции.	
60.	Прикладная анатомия верхнего века. Обоснование доступов при верхней блефаропластике.	
61.	Кантопексия. Показания и противопоказания. Техника различных видов кантопексии.	
62.	Понятие SMAS лоскута. Техника подъема SMAS, векторы перемещения и точки фиксации.	
63.	Манипуляции со SMAS при лифтинге боковых отделов лица и шеи: прикладная анатомия, основные виды вмешательств, отбор пациентов.	
64.	Лифтинги боковых отделов лица с «вертикальным вектором» подъёма.	
65.	Короткорубцовые лифтинги: показания, противопоказания, основные принципы проведения	
66.	Верхняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания.	
67.	Современная концепция хирургического омоложения верхних век. Осложнения, их профилактика.	
68.	Прикладная анатомия нижнего века. Ламеллы. Связки.	
69.	Вектор орбиты. Разделение круговой мышцы глаза. Жировые	

пакеты нижнего века. 70. Анатомическое объяснение доступов при нижней блефаропластике. 71. Нижняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. 72. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика. 73. Возрастные изменения лица и шеи: характеристика, оценка, общие принципы коррекции. 74. Фронтотемпорорбитомалиарный лифтинг (ФТМОЛ): современная концепция, принципы отбора пациентов, профилактика осложнений. 75. 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. 76. Оценка возрастных изменений тканей периорбитальной области. Принципы хирургической коррекции. Основные виды оперативных вмешательств. 77. Строение и функции кожи. Особенности кожи лица 78. Анатомо-функциональные особенности лица с точки зрения пластической хирургии 79. Основные «опасные» зоны лица 80. Диагностика и анализ дефектов в области лица и шеи 81. Местная пластика: определение, виды, особенности местнопластических операций в области лица и шеи 82. Способы коррекции ширины подвижной части носа, профилактика осложнений эстетического и функционального характера. 83. Реконструкция концевого отдела носа, понятие об эстетических единицах носа, основные техники при восстановлении кожи, слизистой оболочки, опорных структур. 84. Реконструкция опорных структур пирамиды носа, способы коррекции сквозных дефектов скатов носа 85. Уменьшающая ринопластика, основные приемы коррекции, особенности хирургической тактики у пациентов с разной толщиной мягкотканного компонента. 86. Принципы выполнения вторичной ринопластики, основные задачи и способы их решения. 87. Применение хрящевых трансплантатов в ринопластике. Особенности их использования при вторичных и первичных вмешательствах. 88. Нехирургические способы коррекции формы носа (филлеры, жир, ботокс) показания, осложнения. 89. Способы коррекции назолабиального комплекса (крылья носа, основание ноздрей, колюмеллы, свободного края крыла). 90. Предоперационная оценка наружного носа и внутриносовых структур, принципы планирования хирургического вмешательства. 91. Способы коррекции профильной линии спинки носа, понятие о точке ротации линии спинки носа. 92. Классификация липосакции по способу разрушения адипоцитов. Показания и противопоказания к липосакции 93. Классификация имплантов для аугментации молочных	
--	--

желез. Подбор имплантов.Предоперационное обследование и осмотр. 94. Виды доступов и варианты расположения имплантов при аугментационной маммопластики. Концепция 2-х плоскостного расположения имплантов. 95. Торакодорзальный лоскут и лоскут на основе прямых мышц живота. 96. Анатомическое обоснование. Варианты применения. Техника формирования. 97. Классификация ожогов. Диагностика глубины поражения. Оценка площади поражения. Первая помощь при термических ожогах. 98. Паховый лоскут. Анатомические предпосылки. Применение. Техника выкраивания 99. Полнослойный и расщепленный кожные трансплантаты. Классификация. 100. Физиология приживления Применение. Техника 101. Место дермотензии среди других методов кожной пластики. Виды дермотензии. Морфологические изменения мягких тканей при их дозированном растяжении. 102. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии. 103. Коррекция хрящевого отдела носа. Варианты вмешательств. Ведение 104. Особенности клинических проявлений и лечения рубцов кожи. 105. Пластика встречными треугольными лоскутами. Виды лоскутов. 106. Реконструкция молочных желез. Виды операций, применяемых с целью реконструкции. Отбор пациентов. 107. Способы реабилитации в ранний послеоперационный период после эстетических операций 108. План реабилитации после эстетических операций.	
---	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не	Продемонстрированы основные умения. Решены	Продемонстрированы все основные	Продемонстрированы все основные

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
	продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продemonстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Короткова Н.Л., д.м.н. университетской клиники ПИМУ.

Митрофанов Н.В., к.м.н. ассистент кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева