Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 23.10.2026 10:32:15
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e367220b6b2ae

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института
_____ / Костив Е.П. /
«25» июня 2026г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.О.01 ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Специальность	31.08.60 Пластическая хирургия
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере пластической хирургии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	5 лет
Институт	хирургии

Владивосток, 2026

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия, направленности 02 Здравоохранение (в сфере пластической хирургии) **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/riw/31.08.60_Plasticheskaya_xirurgiya(6).pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Тесты
		Вопросы для собеседования

3. Содержание оценочных средств текущего контроля для текущей и промежуточной аттестации осуществляется преподавателем дисциплины

Тестовый контроль

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.60	Пластическая хирургия
К	УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
К	ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
К	ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
К	ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
К	ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
К	ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому населения просвещению
К	ОПК-9	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

К	ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Ф	А/01.8	Диагностика повреждений, врожденных и приобретенных дефектов и деформаций и (или) состояний у пациентов
Ф	А/02.8	Назначение и проведение лечения пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	В/01.8	Проведение лечения пациентов с повреждениями врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и(или) состояниями головы и шеи
Ф	В/03.8	Проведение лечения пациентов с изолированными и синдромальными краниосинтозами и врожденными пороками развития челюстно-лицевой области
Ф	В/04.8	Проведение лечения пациентов с повреждениями врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и(или) состояниями кисти и нуждающихся в реплантации сегментов конечностей
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)**
Т		**1. Пластическая хирургия — это специальность, которая:** а) устраняет деформации и корректирует недостатки внешности человека; б) занимается операциями на поверхностных тканях тела; в) посвящена вопросам заживления ран с целью восстановления форм и функций частей тела; г) является синонимом «хирургии красоты». Ответ: а **2. Роль макрофагов заключается в следующем:** а) синтезируют и выделяют факторы роста ТФР-8, оФРФ и ФРСЭ; б) их присутствие обеспечивает рост грануляций; в) с их участием фибробласты превращаются в миофибробласты и рана контрагирует; г) участвуют в процессе фагоцитоза Ответ: г **3. Факторы, играющие роль в образовании тонкого линейного рубца, следующие:** а) атравматичная техника оперирования; б) направление рубца, совпадающее с кожными линиями, в зависимости от области тела; в) возраст пациента; г) все вышеперечисленное. Ответ: г **4. Оптимальными донорскими зонами для закрытия дефектов лица трансплантатами являются:** а) передняя брюшная стенка; б) заушная и надключичная области; в) внутренняя поверхность плеча; г) наружная поверхность бедра. Ответ: в **5. Участок покровных тканей, который перемещен на другой участок тела, но при этом сохраняет свое основание и непрерывное кровоснабжение, носит название:**

а) саженец;
б) трансплантат;
в) лоскут;
г) свободный лоскут.
Ответ: в

6. При замещении дефектов лица трансплантатом у лиц молодого возраста следует прежде всего учитывать:
а) деление лица на анатомические подзоны;
б) пожелания пациента;
в) направление кожных линий;
г) тип кожи по Фитцпатрику
Ответ: в

7. Для обеспечения оптимального приживления кожных трансплантатов большой площади после иссечения послеожоговых рубцов щечной области целесообразно:
а) проводить отсрочку пластики на 24 часа по достижении полного гемостаза;
б) шинировать зубы;
в) проводить кормление через назогастральный зонд;
г) все вышеперечисленное.
Ответ: г

8. Ногтевой комплекс пальцев кисти:
а) увеличивает площадь опоры мякоти дистальной фаланги;
б) обеспечивает стабильность кончика пальца;
в) состоит из матрикса и ногтевой пластинки;
г) все вышеперечисленное.
Ответ: г

9. Наиболее важна чувствительность мякоти дистальных фаланг следующих поверхностей пальцев, за исключением:
а) лучевые (наружные) II и III пальцев;
б) ладонные I пальца;
в) локтевая IV пальца;
г) локтевая поверхность V пальца.
Ответ: г

10. Какие поверхности пальцев кисти отличаются наименьшей тактильной чувствительностью и наибольшим расстоянием при дискриминации двух точек:
а) ладонные поверхности основных фаланг пальцев;
б) ладонная поверхность дистальной фаланги I пальца;
в) тыльная поверхность пальцев;
г) локтевая поверхность подушечки IV пальца.
Ответ: в

11. По сравнению с полнослойными трансплантатами расщепленные трансплантаты кожи, как правило не рекомендуются для пересадки на ладонную поверхность пальцев кисти, поскольку:
а) в большей мере контрагируют;
б) в них хуже восстанавливается чувствительность;
в) вызывают большее рубцевание и дают худшие косметические результаты;
г) в них происходит натяжение тканей и некроз.
Ответ: в

12. У 23-летнего мужчины 4 месяца назад размозжен кончик указательного пальца правой доминирующей кисти по лучевому краю. При поступлении рана была закрыта расщепленным кожным

трансплантатом. Рана зажила, но затем кость обнажилась и кончик пальца стал болезненным. Какой способ пластики следует предпочесть:
а) пересадка полнослойного трансплантата кожи;
б) замещение дефекта нейроваскулярным осевым лоскутом;
в) замещение дефекта расщепленным лоскутом;
г) замещение дефекта аллотрансплантатом.
Ответ: б

13. К свободным лоскутам, применяемым для закрытия дефектов пальцев кисти, относят:
а) венозные лоскуты;
б) лоскут височной фасции;
в) перфорантные лоскуты предплечья;
г) все вышеперечисленное.
Ответ: г

14. Большой по площади и глубине дефект тыла проксимальной фаланги I пальца может быть ликвидирован:
а) I метакарпальным лоскутом;
б) тыльным островковым лоскутом средней фаланги;
в) тыльным межкостным лоскутом;
г) всем вышеперечисленным.
Ответ: г

15. Причиной нарушения притока крови в не свободных осевых лоскутах может являться:
а) перекрут артерии;
б) слишком большое натяжение ножки;
в) тромбоз сосудов конечности;
г) все вышеперечисленное.
Ответ: г

16. В сгибании межфаланговых суставов пальца участвуют следующие мышцы, за исключением:
а) червеобразных;
б) поверхностного сгибателя пальцев;
в) межкостных мышц;
г) собственная ладонная мышца.
Ответ: г

17. Для восстановления функции поврежденного сухожилия сгибателя в зоне II необходимыми условиями являются:
а) наличие кровоснабжения сухожилия в зоне повреждения;
б) целостность синовиального влагалища);
в) наличие кровоснабжения сухожилия в зоне повреждения и целостность синовиального влагалища);
г) раннее активное или пассивное выполнение реабилитационной программы и прочная, устойчивая к растяжению техника шва.
Ответ: г

18. Зона III сухожилий сгибателей ограничена проксимально:
а) дистальным краем карпальной связки;
б) проксимальным краем карпальной связки;
в) проксимальным краем связки А1 фиброзного влагалища;
г) проксимальным краем синовиального влагалища.
Ответ: б

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

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

20. Шов сухожилий сгибателей противопоказан при определенных условиях, кроме:
а) повреждения обоих сосудисто-нервных пучков пальца;
б) дистального конца глубокого сгибателя длиной менее 1 мм;
в) разрушения фиброзного влагалища пальца;
г) ни при одном из вышеперечисленных исключений.
Ответ: г

21. Двухэтапная пластика сухожилия показана в определенных случаях, кроме:
а) целостности сухожильного влагалища);
б) дефекта сухожилия сгибателя в зоне II;
в) повреждения сухожилия на нескольких уровнях;
г) застарелого повреждения сухожилия.
Ответ: а

22. Утрата фиброзного влагалища на пальце:
а) увеличивает необходимую амплитуду сокращения мышцы для достижения полного сгибания суставов;
б) уменьшает эту амплитуду;
в) не влияет на амплитуду сокращения мышцы для достижения полного сгибания суставов;
г) не влияет на амплитуду сокращения мышцы для достижения полного разгибания суставов.
Ответ: б

23. Завершение процесса восстановления формы сухожилия после сшивания происходит:
а) через 5 недель;
б) через 16 недель;
в) через 8 недель;
г) через 25 недель.
Ответ: б

24. Наиболее опасной манипуляцией для возникновения несостоятельности сухожильного шва в первые три недели после операции является:
а) активное сгибание пальца;
б) активное разгибание пальца;
в) пассивное разгибание пальца;
г) пассивное сгибание пальца.
Ответ: б

25. Местное применение стероидных гормонов имеют определенные действия, кроме:
а) ограничения формирования рубцов вокруг сухожилия;
б) увеличения вероятности развития инфекционных осложнений;
в) удлинения времени заживления раны;
г) снижения вероятности несостоятельности сухожильного шва.
Ответ: б

26. При изолированном повреждении поверхностного сгибателя пальца:
а) становится невозможным сгибание дистального межфалангового сустава;

б) выпадает сгибание только проксимального межфалангового сустава;
в) возможно только сгибание пястно-фалангового сустава;
г) возможно только разгибание пястно-фалангового сустава.
Ответ: а

27. Болезненные ощущения при поколачивании в надключичной области обычно указывают на:
а) заживление перелома ключицы;
б) ложную аневризму подключичной артерии;
в) скопление жидкости;
г) наличие связей корешка со спинным мозгом.
Ответ: б

28. Положительный симптом Горнера означает наличие:
а) повреждения верхних корешков плечевого сплетения;
б) нормальной функции верхней конечности;
в) сопутствующих офтальмологических проблем;
г) повреждения нижних корешков.
Ответ: в

29. Сочетанные травмы магистральных сосудов и плечевого сплетения обычно являются признаком подключичного уровня повреждения:
а) да;
б) нет;
в) не всегда
г) в зависимости от анатомических особенностей.
Ответ: а

30. При огнестрельных ранениях плечевого сплетения показаны первичная ревизия и восстановление поврежденных нервных стволов:
а) да;
б) нет;
в) не всегда
г) в зависимости от анатомических особенностей.
Ответ: а

31. При обнаружении невром на корешках необходимо их:
а) стимулировать;
б) иссечь и заместить трансплантатами;
в) направить на биопсию;
г) выжидательная тактика.
Ответ: в

32. Наиболее часто для восстановления сгибания предплечья используют несвободную пересадку мышц, за исключением:
а) широчайшей спины;
б) группы мышц сгибателей и пронаторов
предплечья;
в) грудино-ключично-сосцевидной;
г) большой грудной.
Ответ: в

33. Реиннервация широчайшей мышцы спины на стороны повреждения плечевого сплетения представляется важной для:
а) косметических причин;
б) стабилизации лопатки;
в) перемещения на плечо как несвободного мышечного лоскута для восстановления сгибания предплечья;
г) для восстановления функции плечевого сустава.

Ответ: в

34. Наиболее эффективной для восстановления сгибания предплечья представляется пересадка свободных мышечных лоскутов из:
а) широчайшей мышцы спины с противоположной стороны и прямой мышцы бедра;
б) длинной приводящей мышцы бедра;
в) нежной мышцы;
г) портняжной мышцы бедра.
Ответ: а

35. Боль при повреждениях плечевого сплетения:
а) является физиологической по своей природе и лечится в ходе регулярных повторных консультаций;
б) может быть очень сильной при высокоэнергетических проникающих ранениях;
в) всегда требует хирургического лечения;
г) сопровождает отрыв верхних корешков.
Ответ: г

36. Наилучший прогноз при повреждениях плечевого сплетения ожидается:
а) у пожилых пациентов;
б) при множественных отрывах корешков;
в) при значительном сроке денервации;
г) ни в одной из перечисленных выше ситуаций.
Ответ: г

37. Для пронатор-синдрома не характерны симптомы:
а) усиление боли при сгибании III пальца с сопротивлением;
б) усиление боли и парестезии при активном сгибании и пронации предплечья;
в) усиление боли при разгибании III пальца с сопротивлением;
г) ночные боли и онемение
Ответ: г

38. Разрез кожи при синдроме карпального канала производится:
а) вдоль тенарной складки отступя на 5 мм от нее в локтевую сторону;
б) вдоль тенарной складки отступя на 5 мм от нее в лучевую сторону;
в) непосредственно по тенарной складке;
г) выполняется в проекции входа срединного нерва в карпальный канал.
Ответ: г

39. 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) отека предплечья;
г) атрофии мышц тенара.
Ответ: в

40. 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.
Ответ: в

42. 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.
Ответ: а

43. Введение стероидых 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.
Ответ: а

44. 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;
г) малая скуловая мышца.
Ответ: б

45. 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;
г)не смещается.
Ответ: а

46. При врожденных расщелинах верхней губы колумелла на стороне расщелины:
а) симметрична здоровой стороне;
б) укорочена;
в) не изменяется значительно
г) искривлена значительна.
Ответ: б

47. Операция первичная ринохейлопластика предусматривает:
а) восстановление анатомической формы губы;
б) восстановление анатомической формы губы и устранение деформации носа;
в) восстановление анатомической формы губы, устранение деформации носа, костную пластику альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба;
г) восстановление анатомической формы твердого неба и носа.
Ответ: в

48. 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;
г) вызывает рубцовые осложнения.
Ответ: б

49. Окончательная коррекция всех измененных структур носа с использованием приемов эстетической пластической хирургии может быть выполнена в возрасте:
а) 5—6 лет;
б) 12—14 лет;
в) 20 лет и старше;
г) 50-60 лет.
Ответ: в

50. Остаточными называются деформации носа:
а) не устраненные во время первичной операции;
б) возникшие после воспалительных осложнений или рубцовых процессов;
в) возникшие после неправильно спланированного оперативного лечения;
г) возникшие после гнойной инфекции.
Ответ: а

51. Способ вторичной ринохеилопластики по В.А. Виссарионову предусматривает устранение дефицита носовой слизистой оболочки:
а) кожно-хрящевым трансплантатом из ушной раковины;
б) «скользящим» лоскутом, содержащим рубцово-измененные ткани верхней губы;
в) лоскутом из нижней носовой раковины;
г) расщепленным кожным лоскутом из рубцовых тканей верхней губы.
Ответ: б

52. Предпочтительнее выполнять коррекцию рубцовой деформации губы и остаточной деформации носа:
а) одновременно;
б) в два этапа;
в) в три этапа;
г) в четыре этапа.
Ответ: б

53. Если деформация носа сопровождается искривлением костно-хрящевой перегородки носа, вторичная ринохеилопластика должна предусматривать ее коррекцию?
а) да;
б) нет;
в) нет, если не нарушено носовое дыхание;
г) нет, если затруднен прием пищи.
Ответ: а

54. При остаточных деформациях носа после устранения двусторонней расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба основания крыльев носа смещены:
а) вверх и медиально;
б) вниз и латерально;
в) соответствуют возрастной норме;
г) в сторону и латерально.
Ответ: г

55. При переломах костей лица наиболее часто повреждается:
а) нижняя челюсть;
б) верхняя челюсть;
в) скуловая кость;
г) кости носа.
Ответ: а

56. Первичная хирургическая обработка мягких тканей лица проводится в

		сроки: а) до 12 часов после ранения; б) до 24 часов после ранения; в) до 48 часов после ранения; г) до 72 часов после ранения. Ответ: в **57. Переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда без смещения отломков считаются закрытыми:** а) да; б) нет; в) нет, если выбиты зубы; г) да, если есть рана ротовой полости. Ответ: б **58. Причиной возникновения диплопии при переломе скуловой кости является:** а) травма глазного яблока; б) травма зрительного нерва; в) смещение глазного яблока; г) внутриглазничная гематома. Ответ: в **59. Наиболее стабильная фиксация костных фрагментов при переломах челюстей осуществляется при помощи:** а) проволочного шва; б) спиц Киршнера; в) титановых мини-пластин; г) назубных проволочных шин с межчелюстной резиновой тягой. Ответ: в **60. Смещение средней линии нижней челюсти в здоровую сторону отмечается:** а) при одностороннем вывихе нижней челюсти; б) при переломе мыщелкового отростка; в) при ангулярном переломе; г) при деформирующем остеартрозе височно-нижнечелюстного сустава. Ответ: а **61. Наиболее грозным осложнением двустороннего ангулярного перелома нижней челюсти является:** а) травматический остеомиелит; б) нарушение чувствительности в области подбородка; в) асфиксия; г) нарушение прикуса. Ответ: а **62. При переломах верхней челюсти по среднему типу определяется симптом "ступеньки" в области:** а) верхне-наружного края глазницы; б) нижнего края глазницы; в) корня носа; г) нижнего края грушевидного отверстия. Ответ: а **63. При переломах скуловой кости ограничение подвижности нижней челюсти обусловлено:** а) рефлекторным сокращением жевательных мышц; б) болевым синдромом;

		в) давлением смещенного отломка скуловой дуга на венечный отросток челюсти; г) отеком мягких тканей. Ответ: в **64. «Взрывными» переломами называют переломы:** а) нижнего края орбиты; б) латерального края орбиты; в) верхнего края орбиты; г) дна орбиты. Ответ: а **65. Вторичными ранящими снарядами считаются:** а) разрывные пули; б) стреловидные элементы; в) осколки зубов и костей лица; г) осколки снаряда. Ответ: г **66. Смещение тела скуловой кости при переломах может привести к сдавлению:** а) глазодвигательного нерва; б) блокового нерва; в) зрительного нерва; г) подглазничного нерва. Ответ: в **67. Какой способ оперативного лечения переломов челюстей относится к открытому очаговому остеосинтезу?** а) спицами Киршнера; б) минипластинами с шурупами; в) наложение внеротовых аппаратов; г) окружающий шов. Ответ: в **68. При ударе в подбородок отраженный перелом нижней челюсти чаще всего локализуется в области:** а) тела нижней челюсти; б) угла нижней челюсти; в) мыщелковых отростков; г) по средней линии. Ответ: б **69. Особенности первичной хирургической обработки укушенных ран лица заключается в следующем:** а) наложение швов не производится; б) рана зашивают наглухо; в) накладывают редкие швы с обязательным дренированием глубоких ран; г) накладывают пластиночные швы. Ответ: а **70. Какая из носовых раковин первично ответственна за обструкцию носовых ходов?** а) нижняя; б) средняя; в) верхняя; г) самая верхняя. Ответ: а

71. Внутренний носовой клапан сформирован:
а) крылом носа, колумеллой и порогом ноздри;
б) крылом носа, нижним латеральным хрящом и порогом ноздри;
в) верхним латеральным хрящом, дном носа и перегородкой;
г) нижним латеральным хрящом, верхним латеральным хрящем и перегородкой;
Ответ: в

72. Носовой клапан в открытом состоянии поддерживает:
а) носовая мышца;
б) мышца, опускающая перегородку носа;
в) мышца, поднимающая верхнюю губу и крыло носа;
г) передний расширитель ноздрей.
Ответ: г

73. В плане возможного некроза кончика носа при открытой ринопластике особо опасным представляется двустороннее повреждение следующих артерий:
а) тыльной артерии носа из верхнечелюстной артерии
б) подглазничной артерии из верхнечелюстной артерии
в) передней решетчатой артерии из верхнечелюстной артерии
г) артерии колумеллы из верхней губной артерии
Ответ: г

74. Особенно важной в ходе эстетической ринопластики представляется анестезия:
а) надблокового нерва;
б) переднего решетчатого нерва;
в) подглазничного нерва;
г) всех перечисленных выше.
Ответ: г

75. Горб спинки носа в основном состоит из хрящевой части:
а) да;
б) нет;
в) нет, если был перелом;
г) да, если это врожденный дефект.
Ответ: а

76. Повторные латеральные остеотомии костей пирамидки носа связаны с меньшим риском кровотечения и образования гематом:
а) да;
б) нет;
в) да, если не сделана тампонада
г) нет, если есть хороший гемостаз
Ответ: б

77. Остеотомию носовых костей не рекомендуется проводить выше уровня медиальных кантусов в связи с:
а) большей толщиной носовых костей;
б) опасностью повреждения лобной пазухи;
в) возможностью повреждения слезных путей;
г) опасностью внутричерепных осложнений;
Ответ: б

78. Для операции на носовой перегородке под местной анестезией достаточно добиться анестезии:
а) внутренних носовых ветвей подглазничного и переднего решетчатого нервов;

б) внутренних носовых ветвей подглазничного и заднего решетчатого нервов;
в) переднего и заднего решетчатого нервов;
г) внутренних носовых ветвей подглазничного нерва;
Ответ: а

79. К динамическим эффектам ринопластики относят все, за исключением:
а) смещения крыльев носа в каудальном направлении при резекции оснований крыльев носа;
б) снижения проекции кончика носа при удалении передней ости верхней челюсти;
в) сплющивания кончика при иссечении полосок нижних латеральных хрящей в области куполов;
г) выступания спинки носа при ротации кончика книзу.
Ответ: г

80. Для развития возможной гипертензии, связанной с особенностями анестезиологического пособия в ходе ринопластики, опасным является:
а) слишком поверхностное проведение анестезии;
б) использование ингаляционных анестетиков, а не наркотических препаратов;
в) применение адреналина при наркозе галотаном;
г) все перечисленное выше.
Ответ: г

81. Возможность развития головных болей, неукротимого чихания, формирования гематом перегородки носа, олеогранулем и обострения хронического гайморита непосредственно связана с:
а) постановкой тампонов в нос;
б) редукцией горба спинки носа;
в) септопластикой;
г) всем перечисленным выше.
Ответ: г

82. Оптимальным сроком для удаления носовых тампонов является:
а) 1—2 суток;
б) 3—5 суток;
в) 5—7 суток;
г) 7—10 суток;
Ответ: а

83. Какие из следующих ниже положений, касающихся эмбриологии уха, представляются правильными?
а) внутреннее ухо и среднее ухо развиваются из ушной плакоды, которая делится на эмбриональный слуховой пузырек и слуховые косточки;
б) в процессе развития наружное ухо мигрирует из краниального в каудальном направлении;
в) ушная раковина развивается из шести бугорков первой жаберной дуги;
г) в развитии ушной раковины участвуют первая и вторая жаберные дуги;
Ответ: г

84. Основными источниками чувствительной ин нервации ушной раковины являются следую щие нервы:
а) подглазничный и большой затылочный;
б) ушно-височный и большой ушной;
в) ушно-височный и большой затылочный;
г) большой ушной и большой затылочный;
Ответ: б

85. Согласно современным представлениям, этиопатогенез гемифациальной микросомии может быть связан с изменениями следующих артерий, все кроме:
а) лицевой;
б) внутренней сонной;
в) глоточный;
г) поверхностной височной.
Ответ: в

86. Использование метода постоянного растяжения кожи с помощью тканевых экспандеров перед выполнением тотальной реконструкции ушной раковины значительно улучшает непосредственные и отдаленные результаты этой операции:
а) да;
б) нет;
в) нет, если пациент среднего возраста;
г) да, если пациент молодого возраста.
Ответ: а

87. Хирургическое лечение келоидного рубца по задней поверхности ушной раковины после выполнения эстетической отопластики должно включать в себя иссечение рубца в пределах здоровой кожи, повторное наложение шва с использованием атравматической техники и наложение давящей повязки:
а) да;
б) нет;
в) да, если возникло осложнение-рецидив;
г) нет, если пациент носит компрессионное белье.
Ответ: б

88. Проведение операции отопластики под общим обезболиванием снижает вероятность развития такого грозного осложнения, как злокачественная гипертермия.
а) да;
б) нет;
в) нет, если есть метастазирование
г) да, если соблюдены принципы абластики.
Ответ: б

89. Наиболее важным фактором в лечении открытого перелома голени является:
а) стабильный остеосинтез;
б) закрытие дефекта мягких тканей хорошо кровоснабжаемыми тканями;
в) тщательное удаление всех нежизнеспособных тканей;
г) хорошее дренирование раны.
Ответ: в

90. Для правильного понимания возможностей реконструкции нижней конечности при сахарном диабете ошибочно следующее положение:
а) проблемы нарушения трофики связаны с поражением мелких сосудов стопы;
б) ответственной за поражение стоп является диабетическая нейропатия;
в) операции микрососудистой пластики у больных сахарным диабетом достаточно надежны и эффективны;
г) частота местных осложнений и повторных операций у больных диабетом закономерно выше, чем у других пациентов с дефектами нижней конечности.
Ответ: в

91. Справедливы все положения, касающиеся техники наложения

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

92. Методом выбора закрытия дефекта покровов 8 и 6 см с обнажением Ахиллова сухожилия является:
а) свободная пересадка микрососудистого лоскута;
б) перемещениеурального лоскута на дистальной ножке;
в) кросс-пластика с противоположной голени;
г) пластика Филатовским стеблем.
Ответ: а

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

94. При прочих равных условиях дистанция ключица- сосок должна быть оставлена наибольшей при:
а) маммопластике с кожным кроем Вайза;
б) с периареолярным кроем;
в) с вертикальным кроем;
г) с горизонтальным кроем.
Ответ: а

95. Птоз молочной железы обусловлен:
а) увеличением ее объема;
б) постлактационным уменьшением объема;
в) действием момента силы тяжести;
г) снижением упругости кожи
Ответ: а

96. Наиболее действенное из перечисленных средств профилактики рецидивного птоза:
а) вертикальная пликация паренхимы;
б) мышечный «ремень» или «балкон», поддерживающий паренхиму;
в) уменьшение массы и высоты конуса молочной железы;
г) укрепление кожно-подкожного чехла.
Ответ: б

97. Риск возникновения местных рецидивов после выполнения кожесохраняющей мастэктомии находится в следующих пределах:
а) 0—10%;

		б) 10—20%; в) 20—30%; г) 30—35%; Ответ: а **98. В течение раннего послеоперационного периода после РМЖ TRAM-лоскутом произошло «проседание» лоскута с западением тканей в подключичной области и избытком их по нижнему краю. Через 6 месяцев после операции пациентка расстроена и настаивает на повторном вмешательстве. Что делать?** а) установить анатомический имплантат для заполнения вмятины в подключичной области и резецировать нижнюю часть лоскута; б) поставить круглый имплантат для устранения контурного дефекта по верхнему краю воссозданной железы; в) мобилизовать верхний край лоскута и заново фиксировать его в правильном положении подшиванием к большой грудной мышце; г) верхний край в зоне депрессии заполнить липофилингом, а нижний край лоскута уменьшить липосакцией. Ответ: г **99. Наиболее удобным прикроватным средством мониторинга свободного лоскута при реконструкции груди является:** а) дуплексный сканер; б) имплантируемый допплер; в) ручной (переносной) допплер; г) интравенозный флуоресцин. Ответ: в **100.Через 6 недель после операции в верхнем крае свободного TRAM-лоскута обнаружено уплотнение. Выберите правильную тактику:** а) продолжение наблюдения за возможным липонекрозом (липосклерозом); б) эксцизионная биопсия; в) консультация онколога и радиотерапевта на предмет местного рецидива опухоли; г) игольчатая биопсия; Ответ: в

Критерии оценивания
«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Вопросы для собеседования

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	31.08.60	Пластическая хирургия
К	УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
К	ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
К	ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-

		статистических показателей
К	ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность
К	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
К	ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
К	ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому населения просвещению
К	ОПК-9	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
К	ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
К	А/01.8	Диагностика повреждений, врожденных и приобретенных дефектов и деформаций и (или) состояний у пациентов
К	А/02.8	Назначение и проведение лечения пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
К	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
К	В/01.8	Проведение лечения пациентов с повреждениями врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и(или) состояниями головы и шеи
Ф	В/03.8	Проведение лечения пациентов с изолированными и синдромальными краниосинтозами и врожденными пороками развития челюстно-лицевой области
Ф	В/04.8	Проведение лечения пациентов с повреждениями врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и(или) состояниями кисти и нуждающихся в реплантации сегментов конечностей
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ** 1. Классификация аксиальных микрохирургических трансплантатов (лоскутов) (простые составные, сложные составные, комбинированные составные, префабрикованные). 2. Топографическая и клиническая анатомия орбиты и периорбитальной области. 2.1 Характеристика возрастных изменений периорбитальной области и средней зоны лица. 2.2 Хирургическая коррекция возрастных изменений периорбитальной области: варианты вмешательств и их сочетания. 3. Планирование местнопластических операций. Классификация лоскутов по способу перемещения (скользящие, ротационные). 4. Контурная пластика костей лица при возрастных изменениях, косметических диспропорциях, посттравматических и ятрогенных деформациях. 4.1 Источники пластического материала: ауто-, аллотрансплантаты, имплантаты, доступы, способы фиксации. Показания, отбор пациентов, планирование вмешательств, сочетания методов. 5. Раневой процесс и виды заживления ран; формирование рубцовой ткани; общие принципы проведения разрезов и закрытия ран в эстетической хирургии.

		6. Клиническая, топографическая анатомия носа и околоносовых пазух, общие принципы выполнения вмешательств, предоперационное обследование, 6.1 Первичная реконструкция наружного носа. Реконструкция костного и хрящевого отдела носа; полная реконструкция носа; осложнения, методы устранения, отдаленные результаты. 7. Систематизация пластического материала. Трансплантаты, имплантаты, лоскуты, донорские зоны. 8. Современноелечение ожогов и послеожоговых деформаций. Классификация повреждений, планирование вмешательств. Хирургическое лечение, отдаленные результаты, перспективы. 9. Классификация лоскутов по составу тканей (сложные и простые) и по числу источников кровоснабжения (монолоскуты, поликомплексы, мегакомплексы, лоскуты с «подкачкой»). 10. Лифтинг верхней и средней зон лица. Особенности анатомии и варианты вмешательств, доступы, хирургические слои. Классические и эндоскопические методы, показания, отдаленные результаты. 11. Основы фотографии и фотографические стандарты в пластической и эстетической хирургии. Фотодокументирование, как обязательная часть препоперационной подготовки к пластическим реконструктивным и эстетическим вмешательствам. 12. Особенности клинической и топографической анатомии головы и шеи, анатомические отделы лица (SACS, SMAS, DMAS). Эволюция представлений о хирургической анатомии лица. Теория лицевых пространств. Инволюционные изменения мягких тканей лица при старении. 13. Первичное консультирование перед пластическими, реконструктивными и эстетическими вмешательствами. Психологические проблемы, синдром дисморфофобии. Обследование, подготовка к операции, фотодокументирование. 14. Общие вопросы и перспективы липомоделирования. Физиология и строение жировой ткани, анатомические основы метода. Механическая липоаспирация. Особенностипредоперационной подготовки пациентов, показания, противопоказания, осложнения, методы устранения, отдаленные результаты. 15. Трансплантат. Определение, типы трансплантатов. 16. Синдром Поланда. Этиология, патогенез, клиническая картина, методы коррекции. 17. Имплантаты и эндопротезы в пластической и эстетической хирургии. Области применения, требования к имплантатам, способы фиксации различных типов имплантатов. 18. Коррекция возрастных изменений мягких тканей лица. Виды фейслифтинга (поврехностный, SMAS-лифтинг). Сравнительная характеристика методов коррекции субментальной области и формирования шейно-подбородочного угла. Виды платизмопластики. 19. Типы кожных трансплантатов (расщепленные, полнослойные). Использование, донорские зоны, взятие кожного трансплантата, увеличение площади, фиксация, условия выживания, послеоперационный уход. Характеристика пересаженной кожи. 20. Увеличивающая маммопластика. Сравнительная характеристика и принципы подбора эндопротезов молочных желез. Техника эндопротезирования молочных желез: оперативные доступы, способы размещения эндопротезов. Осложнения, методы их устранения, отдаленные результаты и перспективы эндопротезирования молочных желез.

4. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Оценка **«*отлично*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка **«*хорошо*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка **«*удовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка **«*неудовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.