Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 23.10.2026 10:32:16
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
Практики Б2.О.02(П) НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

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

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
	Промежуточная аттестация	Тесты

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-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
К	УК-2	Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
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-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-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому населения просвещению
Ф	А/01.8	Диагностика повреждений, врожденных и приобретенных дефектов и деформаций и (или) состояний у пациентов

Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	A/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	B/01.8	Проведение лечения пациентов с повреждениями врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и(или) состояниями головы и шеи
Ф	B/03.8	Проведение лечения пациентов с изолированными и синдромальными краниосинтозами и врожденными пороками развития челюстно-лицевой области
Ф	B/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) перемещение сурального 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

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.