Ситуационные задачи
Пластическая хирургия

medkeys.ru/product/plasticheskaya/

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 29 лет на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
На неудовлетворительную форму и провисание, большой объём и асимметрию молочных желез, боли в грудном отделе позвоночника, перетяжки от лямок бюстгальтера, повышенную потливость в области подгрудных складок, эстетический дискомфорт.
Анамнез заболевания
Молочные железы начали постепенно увеличиваться с начала периода пубертата, формировались больших размеров, однако, это не беспокоило пациентку, поскольку по материнской линии в семье у всех женщин наблюдались молочные железы больших размеров. Во время беременности отметила резкое увеличение молочных желез. К концу беременности в 2012 г. железы еще больше увеличились и опустились до уровня пупка. Родоразрешение кесаревым сечением. После родов со слов пациентки, молочные железы железы достигли уровня паха, имела место выраженная отечность нижних отделов желез с периодической мацерацией кожного покрова. В связи с выраженными сложностями при сцеживании молока, возник тотальный лактостаз с риском развития некрозов молочных желез. В связи с этим было принято решение о медикаментозном подавлении лактации. Назначен препарат Достинекс, лактация подавлена в течение недели. Далее в течение 2—3 мес. молочные железы несколько уменьшились в объеме, но кожные покровы не сократились.
Анамнез жизни
Росла и развивалась нормально В анамнезе: * детские и респираторные инфекции ; * 2002 и 2005 гг. — прерывание беременности; * 2002 г. — удаление липомы правого плеча; * наследственность не отягощена; * отмечает большие размеры молочных желез у бабушки по материнской линии; * онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает
Объективный статус
При поступлении рост 170 см, масса тела 64 кг, ИМТ —20,1 кг/м^2^, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психо-эмоционально - стабильна
Необходимыми для постановки диагноза клиническими и лабораторными методами обследования являются
Результаты клинических и лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальными методами обследования являются
Результаты обследования

Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки +_____+ день менструального цикла

- 1-4
- 20-28 (30)
- 14-18
- 5-12

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- 1-4
- 20-28 (30)
- 14-18
- 5-12

Диагноз

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций, необходимо выполнить фотографирование

- анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками
- полупрофиль и профиль с поднятыми руками
- анфас в положении лежа
- анфас, полупрофиль и профиль в положении сидя и в положении руки на талии

Оптимальным вариантом хирургической коррекции является

- периареолярная мастопексия
- липосакция молочных желез с иссечением избытка кожи по периметру ареолы (периареолярно)
- редукционная маммопластика по Тореку
- редукционная маммопластика с транспортом САК на питающей ножке

Учитывая клиническую ситуацию, оптимальный для транспорта сосково-ареолярного комплекса является +_____+ питающая ножка

- нижне-медиальная
- верхнее-медиальная
- центральная
- верхняя

Раскрой при резекции кожного «чехла» и результирующий рубец в данном случае следует планировать

- в виде инвертированной буквы Т
- горизонтальный

- циркумвертикальный
- периареолярный

Главным условием для транспорта САК с надежной васкуляризацией является

- нижнее основание ножки
- отношение длины питающей ножки к ее ширине не более 1:2
- сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне САК
- толщина слоя подлежащих тканей в зоне САК не менее 2 см

Наиболее вероятным местным осложнением для данного типа операций является

- рецидив гипертрофии молочных желез
- ишемия сосково-ареолярного комплекса
- лимфостаз верхних конечностей
- развитие фиброзно-кистозной мастопатии

В качестве профилактической противорубцовой терапии при отсутствии склонности к гипертрофическому рубцеванию в анамнезе пациентке следует назначить

- магнитотерапию
- Букки-терапию
- местную гормонотерапию
- применение силиконовых тейпов

Частота планового ультразвукового исследования в отдаленном послеоперационном периоде у данной пациентки – 1 раз в

- магнитотерапию
- Букки-терапию
- местную гормонотерапию
- применение силиконовых тейпов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 75 лет, обратилась в отделение эстетической и реконструктивной хирургии.
Жалобы
Пациентка предъявляет жалобы на наличие опухолевидного образования на коже крыла носа слева, выступающее в полость носа.
Анамнез заболевания
Больной себя считает в течении нескольких лет, когда на кончике носа слева,

пациентка обнаружила безболезненный узелок величиной чуть больше спичечной головки. Узелок слегка возвышается над поверхностью кожи, имел плотную консистенцию. За медицинской помощью не обращалась. В последующем, узелок увеличивался в размерах, безболезненный. Обратился за помощью к дерматокосметологу, была направлена на обследование в онкодиспансер. Было проведено цитологическое обследование, цитограмма N 8040-1 Базалиома.

Анамнез жизни

Наследственность в поколениях: Базальноклеточный рак кожи носа.

Объективный статус

Общий осмотр Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Осанка правильная, походка не изменена. Конституциональный тип телосложения – нормостенический. Голова – мезоцефалической формы, нормальной величины. Выражение лица – спокойное. Кожные покровы телесного цвета, чистые, умеренной влажности, эластичные, тургор сохранен. Дериваты кожи без изменений. Глазные яблоки, придаточный аппарат без особенностей. Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Толщина подкожного жирового слоя на уровне пупка около 2 см. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не определяются. Видимых отёков нет. Мышцы развиты достаточно, безболезненны. Костная система без видимых деформаций. Суставы обычной конфигурации, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Мягкие ткани в области суставов не изменены. Антропометрическое исследование. Рост 176 см масса 79 кг. Температура 36,7 ОС. Status localis: На коже крыла носа имеется образование 3 см в диаметре выступающее в полость носа, на передней поверхности рубец. Регионарные л/узлы не определяются.

Для постановки диагноза необходимо провести

- магнитотерапию
- Букки-терапию
- местную гормонотерапию
- применение силиконовых тейпов

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- магнитотерапию
- Букки-терапию
- местную гормонотерапию
- применение силиконовых тейпов

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является

- магнитотерапию

- Букки-терапию
- местную гормонотерапию
- применение силиконовых тейпов

Диагноз

Признаками базалиомы, не характерными для злокачественной опухоли, являются

- развитие кахексии и астенизации
- четкие границы и прорастание в окружающие ткани и регионарные лимфоузлы
- микроскопически — «атипичные» клетки, четкие границы
- четкие границы опухоли, отсутствие метастазов

Пациентке показано лечение в виде

- хирургического иссечения
- химиотерапии
- радиотерапии на область базалиомы
- лазерной абляции образования

Для замещения дефекта крыла носа после удаления данного новообразования следует использовать

- артеризированный лоскут височной области
- лоскут по Суслову
- мостовидный лоскут
- лоскут на ножке с губо-щечной складки

При выкраивании лоскута на ножке соотношение его ширины к длине должно быть 1 к

- 4
- 3
- 5
- 6

При использовании данного метода самым вероятным местным осложнением является

- кровотечение из лицевой артерии
- некроз лоскута
- неврит
- миозит

В состав данного лоскута следует включить

- фасцию
- кожу и подкожную клетчатку
- деэпидермизированную кожу и подкожную клетчатку
- расщепленную кожу и мышцу

Дополнительным вариантом для замещения дефекта крыла носа после удаления данного новообразования возможно использовать _____ лоскут (ы)

- встречные треугольные
- интерполированный
- транспозиционный двудольковый
- мостовидный с ипсилатеральной щеки

Максимально допустимый угол поворота лоскута на ножке считается угол до +_____+ градусов

- 90^0^
- 120°
- 180°
- 200°

Восстановление чувствительности пересаженного лоскута можно ожидать в срок от +_____+ недель

- 90^0^
- 120°
- 180°
- 200°

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 57 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.
Жалобы
Жалобы на избыток кожи верхних век, проблемы в наложении макияжа. Усиление симптомов при малейшей водной нагрузке и по утрам после сна. Прочие возрастные изменения лица у пациентки дискомфорт не вызывают. При дополнительном расспросе отмечает плохую переносимость ветра и кондиционированного воздуха, в результате чего возникает чувство жжения и инородного тела в глазах.
Анамнез заболевания
Изменения возрастные. Усилились с момента менопаузы (последние 8 лет). Ранее к пластическому хирургу не обращалась. Из консервативных процедур

отмечает только домашний уход и инъекции ботулотоксина типа А в область межбровья 2 года назад.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции. Хронический тонзиллит (тонзиллэктомия в возрасте 20 лет), желчно-каменная болезнь (лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 42 лет). * Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает. * Отмечает редкие (раз в 7-8 месяцев) эпизоды подъема давления до 140-150/90 мм рт. ст. Однако регулярно по данному поводу нигде не наблюдается, системно не обследовалась и гипотензивных препаратов регулярно не принимает. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает. * Пенсионерка, профессиональных вредностей не имела.

Объективный статус

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 90^0^
- 120°
- 180°
- 200°

Результаты обследования

Для уточнения диагноза, определения тактики коррекции и исключения возможных осложнений и отрицательного результата выполняют пробы

- 90^0^
- 120°
- 180°
- 200°

Результаты обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования пациентки, следует поставить диагноз

- 90^0^
- 120°
- 180°
- 200°

Диагноз

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- осложнением ботулинотерапии в анамнезе
- ложным блефарохалязисом
- псевдоптозом

- апоневротическим птозом

Назначение медикаментозного лечения пациентке показано в виде

- профилактической антибиотикотерапии
- антикоагулянтной терапии
- сосудистой терапии
- заместительной терапии препаратами искусственных слез

Для лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать

- хирургическое лечение
- фракционное омоложение периорбитальной области
- инъекция ботулотоксина в круговую мышцу левого глаза
- фотоомоложение периорбитальной области

Учитывая характер возрастных изменений верхних век, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме

- хирургической коррекции верхней зоны лица (лобно-височной области)
- хирургической коррекции положения бровей (бровпексия)
- малоинвазивной коррекции бровей (нитевая имплантация)
- эстетической блефаропластики верхних век

Данная методика предусматривает +_____+ разрез кожи

- треугольный
- полулунный
- веретенообразный
- квадрилатеральный

Выбранному методу соответствует разметка
Снятие швов после оперативного вмешательства выполняют на +_____+ сутки

- 3-5
- 1-2
- 8-10
- 6-7

При возникновении в раннем послеоперационном периоде боли, асимметричного отека, ухудшении зрения следует заподозрить

- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- острую ретробульбарную гематому
- лагофтальм
- гематому в области века

В раннем послеоперационном периоде пациенту следует обеспечить

- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- острую ретробульбарную гематому
- лагофтальм
- гематому в области века

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 58 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.
Жалобы
Жалобы на ограничение поля зрения и невозможность полностью открыть левый глаз, утомление, связанное с постоянным напряжением лобной мышцы для удержания века в открытом состоянии
Анамнез заболевания
Жалобы появились постепенно в течение последних 5 лет, последний год жалобы не прогрессируют, данное состояние ни с чем не связывает. Неврологическая патология исключена. В поликлинике по месту жительства рекомендована консультация пластического хирурга.
Анамнез жизни
* наблюдается по поводу гипертонической болезни в течение последних 7 лет, получает соответствующее медикаментозное лечение; * аллергологический анамнез не отягощен; * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает; * пенсионерка, работала экономистом, профессиональных вредностей не имела.
Объективный статус
* Определяется выраженный косметический дефект, выраженный асимметрией верхних век и неравномерностью ширины глазных щелей. Определяется умеренный истинный блефарохалязис верхних и нижних век. Имеются грыжевые выпячивания ретросептальной клетчатки: минимальные в области медиальных групп грыжевых выпячиваний верхних век, а так же умеренно выраженные медиальные и срединные в области нижних век. * Статус по заключению офтальмолога поликлиники по месту жительства: VisOD: 0,4sph +1,25=1.0 Tn= 14 мм.рт.ст.; VisOS: 0,6 sph +1,0=1.0 Tn= 13 мм.рт.ст.; Зрение бинокулярное. OD – Глаз спокоен. Экзофтальм, энофтальм отсутствует. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, зрачок круглый в центре, фотореакция сохранена. Начальные помутнения в кортикальных слоях хрусталика. Нитчатая деструкция стекловидного тела. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация 0.4, сосудистый пучок по центру. Артерии сужены, вены нормального калибра, ход их не изменен, симптом Салюса-Гуна отсутствует. В макулярной области и на периферии без очаговой патологии. OS – Глаз спокоен. Экзофтальм, энофтальм отсутствует. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, зрачок круглый в

центре, фотореакция сохранена. Начальные помутнения в кортикальных слоях хрусталика. Нитчатая деструкция стекловидного тела. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация 0.4, сосудистый пучок по центру. Артерии сужены, вены нормального калибра, ход их не изменен, симптом Салюса-Гуна отсутствует. В макулярной области и на периферии без очаговой патологии.

Для постановки диагноза необходимо

- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- острую ретробульбарную гематому
- лагофтальм
- гематому в области века

Результаты обследования

Необходимым дополнительным обследованием для уточнения диагноза является

- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- острую ретробульбарную гематому
- лагофтальм
- гематому в области века

Результаты обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- острую ретробульбарную гематому
- лагофтальм
- гематому в области века

Диагноз

Данную патологию необходимо дифференцировать с

- асимметрией глазных щелей
- парезом глазодвигательного нерва
- блефарохалазисом
- хронической прогрессирующей офтальмоплегией
- псевдоптозом

Назначение медикаментозного лечения пациентке

- с целью улучшения нервно-мышечной проводимости в сочетании с гимнастикой и электростимуляцией мышцы, поднимающей верхнее веко, необходимо как альтернатива хирургическому лечению

- показано с целью улучшения нервно-мышечной проводимости
- показано после хирургического лечения
- не показано

Для лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать

- динамическое наблюдение, т.к. данная патология считается возрастной нормой и не подлежит лечению
- инъекцию ботулотоксина в круговую мышцу левого глаза
- хирургическое лечение
- иглорефлексотерапию для стимуляции леватора верхнего века левого глаза

Учитывая характер птоза и функцию леватора верхнего века, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме

- резекции/дупликатуры апоневроза леватора
- «подвешивания» верхнего века к брови
- тарзомиоэктомии
- субмаксимальной резекции леватора

После хирургического лечения швы с кожи век

- удаляют на 3-4 сутки
- снимают на 7-8 сутки
- удаляют на 18-20 сутки
- не удаляют, т.к. рану век следует ушивать саморассасывающимися нитками, снимать их нет необходимости

Мерой временной профилактики птоза до хирургического лечения является

- ношение специальных очков, имеющих упор для поднятия верхнего века
- окклюзия правого глаза на 2-3 часа в сутки
- электростимуляция леватора верхнего века
- фиксация лейкопластырем верхнего века к брови

Перед хирургическим лечением пациентка должна быть предупреждена о

- необходимости усиления гипотензивной терапии за 7 дней до и 7 дней после операции
- лагофтальме в пределах 2-3 мм, ретракции верхнего века
- необходимости приема антибиотиков за 7 дней до операции
- полной симметрии положения век парному глазу после хирургического лечения

Хирургическое лечение необходимо

- отложить на 1-1,5 года для исключения прогрессирования птоза верхнего века
- выполнить по срочным показаниям в ближайшее время
- провести в плановом порядке в ближайшие 6 месяцев
- отложить до появления птоза на парном глазу для оперативного лечения птоза на обоих веках сразу

Примерные сроки нетрудоспособности после хирургического лечения

- отложить на 1-1,5 года для исключения прогрессирования птоза верхнего века
- выполнить по срочным показаниям в ближайшее время
- провести в плановом порядке в ближайшие 6 месяцев
- отложить до появления птоза на парном глазу для оперативного лечения птоза на обоих веках сразу

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 23 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.
Жалобы
Жалобы на деформирующий, эстетически неприемлемый рубец в области правого плеча; чувство натяжения при разгибании конечности в локтевом суставе и отведении конечности назад.
Анамнез заболевания
Пять лет назад по поводу оскольчатого перелома (спортивная травма) выполнена оперативная репозиция правого плеча. Плечевой и локтевой суставы повреждены не были. Заживление первичным натяжением. В течение 4-5 месяцев после операции сформировался утолщенный рубец неравномерной ширины темно-розового цвета. В течении 1,5-2-х лет после травмы пациентка прошла несколько курсов физиотерапии, в том числе магнитотерапию, а также лечебную физкультуру с целью реабилитации конечности. По окончании реабилитационных программ пациентка обратилась к хирургу с целью коррекции рубца. Было выполнено иссечение рубца; заживление первичным натяжением. В качестве местной противорубцовой терапии пациентка применяла мазь Контрактубекс в течении 2,5-3-х месяцев. Начиная с 6 месяца после коррегирующего вмешательства рубец стал деформироваться, присоединились болезненные ощущения при определенных движениях, рубец стал постепенно утолщаться. Выполнена повторная попытка иссечения двух фрагментов рубца. Заживление осложнилось образованием лигатурных свищей и длительно текущим воспалительным процессом. В настоящее время рубец стабилен, не увеличивается и не уменьшается в объеме
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; с детства и до травмы верхней конечности

активно занималась спортом (баскетбол, хоккей на траве). * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции. * Прочие травмы: перелом костей носа в возрасте 9 лет. * Хронические заболевания, прочие оперативные вмешательства отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.
Объективный статус

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- отложить на 1-1,5 года для исключения прогрессирования птоза верхнего века
- выполнить по срочным показаниям в ближайшее время
- провести в плановом порядке в ближайшие 6 месяцев
- отложить до появления птоза на парном глазу для оперативного лечения птоза на обоих веках сразу

Результаты обследования

Наиболее вероятной причиной многократного рецидива гипертрофического рубца является

- расположение разреза вдоль оси конечности
- заживление вторичным натяжением
- неадекватная послеоперационная профилактика гипертрофических рубцов
- генетическая предрасположенность пациентки к формированию гипертрофических рубцов

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз +_____+ рубец

- расположение разреза вдоль оси конечности
- заживление вторичным натяжением
- неадекватная послеоперационная профилактика гипертрофических рубцов
- генетическая предрасположенность пациентки к формированию гипертрофических рубцов

Диагноз

Данную патологию необходимо дифференцировать с

- системной склеродермией
- атрофическим рубцом
- келоидным рубцом
- нормотрофическим рубцом

Назначение медикаментозного лечения показано

- до хирургического лечения с целью иммуностимуляции и с целью улучшения микроциркуляции
- как альтернатива хирургического лечения в программе противорубцовой терапии
- в рамках профилактической антибиотикотерапии
- после хирургического лечения в программе противорубцовой терапии

Учитывая жалобы, анамнез и данные осмотра, основным методом лечения является

- инъекции кортикостероидов и противорубцовые наружные средства
- букки-терапия
- инъекция ботулотоксина в рубец
- хирургическое лечение

Учитывая характер рубца, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме иссечения рубца и

- широкой мобилизации краев раны с ушиванием раны послойно
- пластики встречными треугольными лоскутами по Лимбергу
- пластики выдвижным лоскутом
- пластики ротационным лоскутом

Выбранной тактике соответствует схема предоперационной разметки
Целью вмешательства является +_____+ рубца

- сужение
- фрагментация
- камуфлирование
- удлинение

Величина угла разрезов к продольной оси рубца для обеспечения оптимальных условий кровоснабжения перемещаемых лоскутов должна приближаться к +_____+ градусам

- 30
- 60
- 20
- 25

В качестве местной противорубцовой инъекционной терапии после хирургической коррекции пациентке следует рекомендовать инъекции

- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- кортикостероидов
- актовегина

В качестве средств противорубцовой терапии для самостоятельного применения после хирургической коррекции в домашних условиях следует рекомендовать

- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- кортикостероидов
- актовегина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 27 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга
Жалобы
Жалобы на деформирующий, тянущий рубец в области левого локтевого сгиба; чувство натяжения при разгибании конечности в локтевом суставе.
Анамнез заболевания
Три года назад при поднятии тяжелого предмета (чемодан) имел место разрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча. Была выполнена пластика сухожилия в травматологическом отделении по месту жительства в течении ближайших суток после травмы. Течение полеоперационного периода – без особенностей, заживление первичным натяжением; рекомендации по реабилитационному периоду тщательно выполнял. Через 3-3,5 месяца после операции сформировался очень плотный, утолщенный рубец неравномерной ширины темно-розового цвета, в связи с чем обратился к хирургу с целью его иссечения. Было выполнено иссечение рубца; заживление первичным натяжением. В качестве местной противорубцовой терапии пациентк применял мазь Дерматикс в течении 6-и месяцев. Начиная с 6 месяца после коррегирующего вмешательства рубец стал деформироваться, присоединились болезненные ощущения при определенных движениях, рубец стал постепенно утолщаться. Выполнена повторная попытка иссечения двух фрагментов рубца. Заживление осложнилось образованием лигатурных свищей и длительно текущим воспалительным процессом. Стягивание рубца началось практически в процессе заживления раны После завершения эпителизации было проведено 2 процедуры местной гормонотерапии. Существенной динамики при этом пациент не отметил.
Анамнез жизни
* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции. * Прочие травмы: сотрясение мозга перелом двух ребер в возрасте 12 лет. * Хронические заболевания, прочие перативные вмешательства отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.
Объективный статус

Необходимым для постановки диагноза является

- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- кортикостероидов
- актовегина

Результаты обследования

Причиной многократного рецидива гипертрофического рубца является

- заживление вторичным натяжением
- неадекватная противорубцовая терапия в послеоперационном периоде
- склонность к гипертрофическому рубцеванию у пациента
- направление разреза вдоль оси конечности

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациенту следует поставить диагноз _____ рубец

- заживление вторичным натяжением
- неадекватная противорубцовая терапия в послеоперационном периоде
- склонность к гипертрофическому рубцеванию у пациента
- направление разреза вдоль оси конечности

Диагноз

Данную патологию необходимо дифференцировать с

- келоидным рубцом
- системной склеродермией
- атрофическим рубцом
- нормотрофическим рубцом

Назначение медикаментозного лечения показано

- с целью улучшения микроциркуляции
- в рамках профилактической антибиотикотерапии
- после хирургического лечения
- с целью иммуностимуляции

В качестве основного вида лечения данной патологии пациенту следует рекомендовать

- хирургическое лечение
- букки-терапию
- инъекции ботулотоксина в рубец
- инъекции кортикостероидов и противорубцовые наружные средства

Учитывая характер рубца, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме иссечения рубца и

- пластики выдвижным лоскутом
- широкой мобилизации краев раны с последующим ушиванием рубца
- пластики ротационным лоскутом
- пластики встречными треугольными лоскутами по Лимбергу

Выбранной тактике соответствует схема предоперационной разметки
Целью вмешательства является +_____+ рубца

- удлинение
- фрагментация
- сужение
- камуфлирование

Величина угла разрезов к продольной оси рубца для обеспечения оптимальных условий кровоснабжения перемещаемых лоскутов должна приближаться к +_____+ градусам

- 60
- 20
- 25
- 30

Осложнением деформирующего рубца у данного пациента является дерматогенная сгибательная контрактура +_____+ степени

- 2
- 4
- 1
- 3

В качестве средств противорубцовой терапии для самостоятельного применения после хирургической коррекции в домашних условиях следует рекомендовать

- 2
- 4
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка Ш., 47 лет, поступила в отделение микрохирургии.
Жалобы
На асимметрию лица, отсутствие движений мышц лица справа: невозможность поднять бровь, зажмурить глаз, надуть щеку.

Анамнез заболевания
Пациентке, 6 месяцев назад, было выполнено хирургическое лечение по поводу рака околоушной слюнной железы справа в объеме: радикальной паротидэктомии справа вместе с опухолью, ветвями лицевого нерва и верхнезональной лимфаденэктомии на шее справа (I—III группы лимфатических узлов).
Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает * Не курит, алкоголем не злоупотребляет * Аллергических реакций не было * В анамнезе у пациентки холецистэктомия в возрасте 35 лет по поводу острого калькулезного холецистита.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 166 см. Температура тела 36,6^0^C. * Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. * Дыхание через нос свободное. Область груди правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной стенки одинаково участвуют в акте дыхания. * При пальпации грудная стенка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной стенки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной стенкой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной стенки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыхания – 17 в минуту. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальные знаки отсутствуют. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением. * Неврологический статус: односторонний паралич мимических мышц справа. Отмечается полная обездвиженность мимических мышц справа - больная не может поднять бровь на пораженной стороне, нахмурить ее, наморщить нос, плотно зажмурить глаз - положительный симптом "ресниц", надуть щеку, вытянуть губы трубочкой, свистнуть; тонус мышц на пораженной стороне отсутствует, щека "парусит"; изменение ширины глазных щелей; при оскаливании зубов ротовая щель перетягивается в здоровую сторону. Веки не смыкаются (лагофтальм - заячий глаз).
К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- 2
- 4
- 1
- 3

Результаты обследования

Необходимыми исследованиями для постановки диагноза являются

- 2
- 4
- 1
- 3

Результаты обследования

На основании данных анамнеза и обследования пациенту можно предположить диагноз

- 2
- 4
- 1
- 3

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится

- в условиях «дневного стационара»
- амбулаторно (на дому)
- в стационаре (в отделение интенсивной терапии)
- в стационаре

Пациенту показано +_____+ лечение

- ультразвуковое
- медикаментозное нейропротективное
- физиотерапевтическое
- хирургическое

Учитывая, что срок после повреждения лицевого нерва составляет 6 месяцев, пациенту показано хирургическое лечение в виде

- кросс-трансплантата и отсроченной пересадки лоскута
- нервных трансплантатов или перекрестной иннервации
- статической реконструкции
- шва нерва

Для пластики лицевого нерва в виде нервного трансплантата предпочтительнее использовать +_____+ нерв

- большой ушной
- межреберный

- латеральный грудной
- диафрагмальный

При наличии метастазов злокачественной опухоли в области шеи для пластики лицевого нерва используется +_____+ нерв

- суральный
- латеральный кожный
- добавочный
- подъязычный

К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся

- антибиотики
- бронхолитики
- ингибиторы протоновой помпы
- муколитики

Для кросс-пластики лицевого нерва в качестве нервного трансплантата используют

- медиальный кожный нерв предплечья
- суральный (икроножный) нерв
- медиальный кожный нерв плеча
- поверхностную ветвь лучевого нерва

Операцию «детской сиделки» при повреждении лицевого нерва выполняют для

- восстановления вибрационного чувства
- предупреждения потери чувствительности в зонах иннервируемых ветвями лицевого нерва
- предупреждения атрофии языка и обеспечения быстрой реиннервации лицевых мышц
- обеспечения раннего восстановления тактильной функции

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать

- восстановления вибрационного чувства
- предупреждения потери чувствительности в зонах иннервируемых ветвями лицевого нерва
- предупреждения атрофии языка и обеспечения быстрой реиннервации лицевых мышц
- обеспечения раннего восстановления тактильной функции

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка Б., 43 лет, поступила в отделение микрохирургии.
Жалобы
На асимметрию лица, отсутствие движений мышц лица слева, невозможность поднять бровь, зажмурить глаз, надуть щеку.
Анамнез заболевания
Пациентке 1 год назад было выполнено хирургическое лечение по поводу опухоли задней черепной ямки, с сохранением ствола и ветвей лицевого нерва.
Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает * Не курит, алкоголем не злоупотребляет * Аллергических реакций не было * В анамнезе у пациентки холецистэктомия в возрасте 35 лет по поводу острого калькулезного холецистита.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 166 см. Температура тела 36,6^0^C. * Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. * Дыхание через нос свободное. Область груди правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной стенки одинаково участвуют в акте дыхания. * При пальпации грудная стенка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной стенки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной стенкой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной стенки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыхания – 17 в минуту. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальные знаки отсутствуют. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением. * Неврологический статус: односторонний паралич мимических мышц. Отмечается полная обездвиженность мимических мышц слева - больной не может поднять бровь на пораженной стороне, нахмурить ее, наморщить нос, плотно зажмурить глаз - положительный симптом "ресниц", надуть щеку, вытянуть губы трубочкой, свистнуть; тонус мышц на пораженной стороне отсутствует, щека "парусит"; изменение ширины глазных щелей; при оскаливании зубов ротовая щель перетягивается в здоровую сторону. Из-за паралича круговых мышц глаз веки не смыкаются (лагофтальм - заячий глаз).
К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- восстановления вибрационного чувства

- предупреждения потери чувствительности в зонах иннервируемых ветвями лицевого нерва
- предупреждения атрофии языка и обеспечения быстрой реиннервации лицевых мышц
- обеспечения раннего восстановления тактильной функции

Результаты обследования

Необходимыми исследованиями для постановки диагноза являются

- восстановления вибрационного чувства
- предупреждения потери чувствительности в зонах иннервируемых ветвями лицевого нерва
- предупреждения атрофии языка и обеспечения быстрой реиннервации лицевых мышц
- обеспечения раннего восстановления тактильной функции

Результаты обследования

На основании данных анамнеза и обследования пациенту можно предположить диагноз

- восстановления вибрационного чувства
- предупреждения потери чувствительности в зонах иннервируемых ветвями лицевого нерва
- предупреждения атрофии языка и обеспечения быстрой реиннервации лицевых мышц
- обеспечения раннего восстановления тактильной функции

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться

- в стационаре
- в стационаре (в отделение интенсивной терапии)
- амбулаторно (на дому)
- в условиях «дневного стационара»

Пациенту показано +_____+ лечение

- медикаментозное нейропротективное
- физиотерапевтическое
- хирургическое
- ультразвуковое

Оптимальным вариантом хирургической реконструкции, учитывая, что было произведено удаление опухоли задней черепной ямки с сохранением

ствола и ветвей лицевого нерва, и срок после повреждения лицевого нерва составляет 6 месяцев является

- принцип «детской сиделки» или «няньки»
- статическая реконструкция
- шов нерва
- кросс-трансплантат и отсроченная пересадка лоскута

Операцию «детской сиделки» при повреждении лицевого нерва выполняют для

- восстановления вибрационного чувства
- предупреждения потери чувствительности в зонах иннервируемых ветвями лицевого нерва
- предупреждения атрофии языка и обеспечения быстрой реиннервации лицевых мышц
- обеспечения раннего восстановления тактильной функции

Для пластики лицевого нерва в виде нервного трансплантата предпочтительнее использовать +_____+ нерв

- латеральный грудной
- большой ушной
- межреберный
- диафрагмальный

При наличии метастазов злокачественной опухоли в области шеи для пластики лицевого нерва используется +_____+ нерв

- латеральный кожный
- подъязычный
- суральный
- добавочный

Для кросс-пластики лицевого нерва в качестве нервного трансплантата используют

- медиальный кожный нерв плеча
- суральный нерв
- поверхностная ветвь лучевого нерва
- медиальный кожный нерв предплечья

К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся

- бронхолитики
- муколитики
- ингибиторы протоновой помпы

- антибиотики

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать

- бронхолитики
- муколитики
- ингибиторы протоновой помпы
- антибиотики

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 75 лет, обратилась в отделение эстетической и реконструктивной хирургии.
Жалобы
Пациентка предъявляет жалобы на наличие опухолевидного образования на коже крыла носа слева выступающее в полость носа.
Анамнез заболевания
Больной себя считает в течении нескольких лет, когда на кончике носа слева, пациентка обнаружила безболезненный узелок величиной чуть больше спичечной головки. Узелок слегка возвышается над поверхностью кожи, имел плотную консистенцию. За медицинской помощью не обращалась. В последующем, узелок увеличивался в размерах, безболезненный. Обратился за помощью к дерматокосметологу, была направлена на обследование в онкодиспансер. Было проведено цитологическое обследование, цитограмма N 8040-1 Базалиома.
Анамнез жизни
Наследственность в поколениях: Базальноклеточный рак кожи носа.
Объективный статус
Общий осмотр Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Осанка правильная, походка не изменена. Конституциональный тип телосложения – нормостенический. Голова – мезоцефалической формы, нормальной величины. Выражение лица – спокойное. Кожные покровы телесного цвета, чистые, умеренной влажности, эластичные, тургор сохранен. Дериваты кожи без изменений. Глазные яблоки, придаточный аппарат без особенностей. Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Толщина подкожного жирового слоя на уровне пупка около 2 см. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не определяются. Видимых отёков нет. Мышцы развиты достаточно, безболезненны. Костная система без видимых деформаций. Суставы обычной конфигурации, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Мягкие ткани в области суставов не изменены. Антропометрическое исследование. Рост 176 см масса 79 кг. Температура 36,7 ОС. Status localis: На коже крыла носа имеется образование 3 см в диаметре выступающее в полость носа, на передней поверхности рубец. Регионарные л/узлы не определяются.

Необходимым для постановки диагноза является

- бронхолитики
- муколитики
- ингибиторы протоновой помпы
- антибиотики

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- бронхолитики
- муколитики
- ингибиторы протоновой помпы
- антибиотики

Результаты обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- бронхолитики
- муколитики
- ингибиторы протоновой помпы
- антибиотики

Диагноз

Признаками базалиомы, не характерными для злокачественной опухоли являются

- развитие кахексии и астенизации
- четкие границы опухоли, отсутствие метастазов
- четкие границы и прорастание в окружающие ткани и регионарные лимфоузлы
- микроскопически — «атипичные» клетки, четкие границы

Пациентке показано лечение в виде

- химиотерапии
- лазерной абляции образования
- хирургического иссечения
- радиотерапии на область базалиомы

Для замещения дефекта крыла носа после удаления данного новообразования следует использовать

- артеризированный лоскут височной области

- мостовидный лоскут
- лоскут на ножке с губо-щечной складки
- лоскут по Суслову

При выкраивании лоскута на ножке соотношение его ширины к длине должно быть следующим

- 1 к 4
- 1 к 5
- 1 к 6
- 1 к 3

При использовании данного метода самым вероятным местным осложнением является

- кровотечение из лицевой артерии
- некроз лоскута
- миозит
- неврит

В состав данного лоскута следует включить

- фасцию
- кожу и подкожную клетчатку
- расщепленную кожу и мышцу
- деэпидермизированную кожу и подкожную клетчатку

Дополнительным вариантом для замещения дефекта крыла носа после удаления данного новообразования возможно использовать _____ лоскут (ы)

- интерполированный
- мостовидный с ипсилатеральной щеки
- транспозиционный двудольковый
- встречные треугольные

Максимально допустимый угол поворота лоскута на ножке считается угол до +_____+ градусов

- 200°
- 120°
- 90°
- 180°

Восстановление чувствительности пересаженного лоскута можно ожидать в срок от +_____+ недель

- 200°

- 120°
- 90°
- 180°

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 57 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.
Жалобы
Жалобы на избыток кожи верхних век, проблемы в наложении макияжа. Усиление симптомов при малейшей водной нагрузке и по утрам после сна. Прочие возрастные изменения лица у пациентки дискомфорт не вызывают. При дополнительном расспросе отмечает плохую переносимость ветра и кондиционированного воздуха, в результате чего возникает чувство жжения и инородного тела в глазах.
Анамнез заболевания
Изменения возрастные. Усилились с момента менопаузы (последние 8 лет). Ранее к пластическому хирургу не обращалась. Из консервативных процедур отмечает только домашний уход и инъекции ботулотоксина типа А в область межбровья 2 года назад.
Анамнез жизни
* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции. Хронический тонзиллит (тонзиллэктомия в возрасте 20 лет), желчно-каменная болезнь (лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 42 лет) * Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает * Отмечает редкие (раз в 7-8 месяцев) эпизоды подъема давления до 140-150/90 мм рт. ст. Однако регулярно по данному поводу нигде не наблюдается, системно не обследовалась и гипотензивных препаратов регулярно не принимает.; * аллергологический анамнез не отягощен; * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает; * пенсионерка, профессиональных вредностей не имела.
Объективный статус

Необходимым для постановки диагноза является

- 200°
- 120°
- 90°
- 180°

Результаты обследования

Для уточнения диагноза, определения тактики коррекции и исключения возможных осложнений и отрицательного результата выполняют пробы

- 200°

- 120°
- 90°
- 180°

Результаты обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз: Возрастные изменения периорбитальной области

- 200°
- 120°
- 90°
- 180°

Диагноз

Данную патологию необходимо дифференцировать с

- псевдоптозом
- асимметрией глазных щелей
- ложным блефарохалязисом
- апоневротическим птозом

Назначение медикаментозного лечения пациентке показано в виде

- профилактической антибиотикотерапии
- заместительной терапии препаратами искусственных слез
- антикоагулянтной терапии
- сосудистой терапии

Для лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать

- хирургическое лечение
- инъекцию ботулотоксина в круговую мышцу левого глаза
- фотоомоложение периорбитальной области
- фракционное омоложение периорбитальной области

Учитывая характер возрастных изменений верхних век, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме

- хирургической коррекции верхней зоны лица (лобно-височной области)
- эстетической блефаропластики верхних век
- малоинвазивной коррекции бровей (нитевая имплантация)
- хирургической коррекции положения бровей (бровпексия)

Данная методика предусматривает +_____+ разрез кожи

- квадрилатеральный

- треугольный
- веретенообразный
- полулунный

Выбранному методу соответствует разметка
Снятие швов после оперативного вмешательства выполняют на +_____+ сутки

- 1-2
- 6-7
- 3-5
- 8-10

При возникновении в раннем послеоперационном периоде боли, асимметричного отека, ухудшении зрения следует заподозрить

- лагофтальм
- гематому в области века
- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- острую ретробульбарную гематому

В раннем послеоперационном периоде пациенту следует обеспечить

- лагофтальм
- гематому в области века
- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- острую ретробульбарную гематому

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 23 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.
Жалобы
Жалобы на деформирующий, эстетически неприемлемый рубец в области правого плеча; чувство натяжения при разгибании конечности в локтевом суставе и отведении конечности назад.
Анамнез заболевания
Пять лет назад по поводу оскольчатого перелома (спортивная травма) выполнена оперативная репозиция правого плеча. Плечевой и локтевой суставы повреждены не были. Заживление первичным натяжением. В течение 4-5 месяцев после операции сформировался утолщенный рубец неравномерной ширины темно-розового цвета. В течении 1,5-2-х лет после травмы пациентка прошла несколько курсов физиотерапии, в том числе магнитотерапию, а также лечебную физкультуру с целью реабилитации конечности. По окончании реабилитационных программ пациентка обратилась к хирургу с целью

коррекции рубца. Было выполнено иссечение рубца; заживление первичным натяжением. В качестве местной противорубцовой терапии пациентка применяла мазь Контрактубекс в течении 2,5-3-х месяцев. Начиная с 6 месяца после коррегирующего вмешательства рубец стал деформироваться, присоединились болезненные ощущения при определенных движениях, рубец стал постепенно утолщаться. Выполнена повторная попытка иссечения двух фрагментов рубца. Заживление осложнилось образованием лигатурных свищей и длительно текущим воспалительным процессом. В настоящее время рубец стабилен, не увеличивается и не уменьшается в объеме

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально; с детства и до травмы верхней конечности активно занималась спортом (баскетбол, хоккей на траве); * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Прочие травмы: перелом костей носа в возрасте 9 лет * Хронические заболевания, прочие оперативные вмешательства отрицает; * Аллергологический анамнез не отягощен; * Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает;.

Объективный статус

Необходимым для постановки диагноза обследования является

- лагофтальм
- гематому в области века
- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- острую ретробульбарную гематому

Результаты обследования

Причиной многократного рецидива гипертрофического рубца является

- направление разреза вдоль оси конечности
- заживление вторичным натяжением
- склонность к гипертрофическому рубцеванию у пациентки
- неадекватная противорубцовая терапия в послеоперационном периоде

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз +_____+ рубец

- направление разреза вдоль оси конечности
- заживление вторичным натяжением
- склонность к гипертрофическому рубцеванию у пациентки
- неадекватная противорубцовая терапия в послеоперационном периоде

Диагноз

Данную патологию необходимо дифференцировать с

- келоидным рубцом

- системной склеродермией
- атрофическим рубцом
- нормотрофическим рубцом

Назначение медикаментозного лечения показано

- до хирургического лечения с целью иммуностимуляции и с целью улучшения микроциркуляции
- в рамках профилактической антибиотикотерапии
- после хирургического лечения в программе противорубцовой терапии
- как альтернатива хирургического лечения в программе противорубцовой терапии

В качестве основного вида лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать

- хирургическое лечение
- инъекции кортикостероидов и противорубцовые наружные средства
- инъекция ботулотоксина в рубец
- букки терапию

Учитывая характер рубца рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме иссечения рубца и

- пластики встречными треугольными лоскутами по Лимбергу
- пластики выдвижным лоскутом
- пластики ротационным лоскутом
- широкой мобилизации краев раны с ушиванием раны послойно

Выбранной тактике соответствует схема предоперационной разметки Целью вмешательства является +_____+ рубца

- удлинение
- фрагментация
- сужение
- камуфлирование

Величина угла разрезов к продольной оси рубца для обеспечения оптимальных условий кровоснабжения перемещаемых лоскутов должна приближаться к +_____+ градусам

- 25
- 60
- 20
- 30

В качестве местной противорубцовой инъекционной терапии после хирургической коррекции пациентке следует рекомендовать инъекции

- актовегина
- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- кортикостероидов

В качестве средств противорубцовой терапии для самостоятельного применения после хирургической коррекции в домашних условиях следует рекомендовать

- актовегина
- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- кортикостероидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 35 лет на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
На малый объем молочных желез.
Анамнез заболевания
С момента пубертатного периода отмечает крайне незначительный рост молочных желез. В анамнезе 15 лет назад - беременность, роды и грудное вскармливание в течении 4-5 месяцев с самопроизвольным прекращением лактации без видимой причины. Объем и форма молочных желез после деторождения существенно не изменилась. Повторное деторождение не исключает. Ранее к пластическому хирургу не обращалась. Особые пожелание при консультировании: пациентка выражает желание увеличить объем молочных желез не менее, чем на 2 размера; акцентирует внимание на отсутствии полноты верхнего полюса молочных желез и желание увеличить данный регион.
Анамнез жизни
Росла и развивалась нормально В анамнезе: * Детские и респираторные инфекции; * Травмы и оперативные вмешательства – отрицает; * Наличие сопутствующих заболеваний отрицает; * Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 29-30 дней. Месячное кровотечение 3-4 дня, умеренного количества, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет. * Аллергологический анамнез – без особенностей; * Наследственность не отягощена; * Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нормы; * Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает
Объективный статус
При поступлении рост 167 см, масса тела 62 кг, телосложение – гиперстеническое, питание – умеренное, дыхательная, сердечно-сосудистая

системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психо-эмоционально – стабильна.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- актовегина
- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- кортикостероидов

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является

- актовегина
- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- кортикостероидов

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки +_____+ день менструального цикла

- 14-18
- 5-12
- 1-4
- 20-28 (30)

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- 14-18
- 5-12
- 1-4
- 20-28 (30)

Диагноз

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций, необходимо выполнить фотографирование

- анфас и профиль с наклоном вперед
- полупрофиль и профиль в положении сидя
- полупрофиль и профиль с поднятыми руками
- анфас в положении лежа

Основным методом хирургической коррекции в данном случае является

- аугментационная маммопластика ретропекторальная
- периареолярная мастопексия
- аугментационная маммопластика субгландулярная
- редрапировка ткани молочных желез

Оптимальным оперативным доступом в данном случае является

- трансумбиликальный
- субмаммарный
- трансареолярный
- аксиллярный

Недостатком аксиллярного доступа является

- более частое образование послеоперационных сером
- более длительный период ограничения физической активности
- наиболее выраженный болевой синдром
- ограниченная зона для манипулирования

Желательным условием применения данного доступа является использование

- физиодиспенсера
- видеоассистенции
- портативного ультразвукового сонографа
- специальных зажимов

Оптимальным имплантатом/эндопротезом в данном случае является

- круглый имплантат среднего/среднего плюс профиля, диаметр в диапазоне – 11,2-11,5 см, объемом 250-275 мл
- круглый имплантат среднего профиля, диаметр в диапазоне 13,4-13,7, объемом 375-450 мл
- анатомический имплантат высокий, с высокой проекцией – ширина в диапазоне 11,0-11,5 см, высота в диапазоне 11,5-12,0 см, объёмом в диапазоне 330-380 мл
- круглый имплантат ультра высокого профиля, диаметром в диапазоне 10,3-10,8, объемом 350-400 мл

Период обязательного ношения компрессионного белья после данной операции составляет +____+ недель (и)

- 2-3
- 10-12
- 8-10
- 4-5

Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет +____+ недель (и)

- 2-3
- 10-12
- 8-10
- 4-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 34 года на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
Уменьшение объема молочных желез после лактации.
Анамнез заболевания
В анамнезе 3 года назад - беременность, роды и грудное вскармливание в течении 9 месяцев; прекращением лактации в связи с выходом на работу. Отмечает изменение объема и формы молочных желез после деторождения. Планирует повторное деторождение через 2-3 года. Ранее к пластическому хирургу не обращалась.
Анамнез жизни
Росла и развивалась нормально В анамнезе: * Детские и респираторные инфекции; * Травмы и оперативные вмешательства – отрицает; * Наличие сопутствующих заболеваний отрицает; * Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 28 дней. Месячное кровотечение 3-5 дней, умеренного количества, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет. * Аллергологический анамнез – без особенностей; * Наследственность не отягощена; * Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нормы; * Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает
Объективный статус
При поступлении рост 170 см, масса тела 66 кг, телосложение – нормостеническое, питание – умеренное, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психо-эмоционально – стабильна.
Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- 2-3
- 10-12
- 8-10
- 4-5

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является

- 2-3
- 10-12
- 8-10
- 4-5

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки +_____+ день менструального цикла

- 20-28 (30)
- 5-12
- 1-4
- 14-18

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- 20-28 (30)
- 5-12
- 1-4
- 14-18

Диагноз

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций, необходимо выполнить фотографирование

- анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками
- полупрофиль и профиль с поднятыми руками и руками на поясе
- полупрофиль и профиль в положении сидя
- анфас в положении лежа

Основным методом хирургической коррекции в данном случае является

- периареолярная мастопексия
- редрапировка ткани молочных желез
- аугментационная маммопластика субгландулярная
- аугментационная маммопластика ретропекторальная

Оптимальным оперативным доступом в данном случае является

- трансаксиллярный
- трансареолярный
- субмаммарный

- трансабдоминальный

Преимуществом субмаммарного доступа является

- менее длительный период ограничения физической активности
- возможность установки имплантата в разных плоскостях (ретропекторально, субгландулярно)
- менее выраженный болевой синдром
- меньший процент развития капсулярных контрактур

Оптимальным в данном случае является анатомический имплантат/эндопротез

- большой/полной высоты, высокой проекции с шириной 13,5-14,0, объемом 530-680 см³/г
- малой высоты, средней проекции проекции с шириной 12,5-13,0, объемом 250-300см³/г
- средней высоты , средней/средней плюс проекции с шириной 12,5-13,0, объемом 360-375 см³/г
- средней высоты, высокой/экстравысокой проекции с шириной 10,5-11,0, объемом 225-260см³/г

Оптимальным в данном случае является круглый имплантат/эндопротез

- высокого профиля, диаметром в диапазоне 13,2-13,5, объемом 485-520 см³/г
- среднего/среднего плюс профиля, диаметр в диапазоне – 12,7-13,0 см, объемом 360-375 см³/г
- ультра/экстра высокой проекции, высота в диапазоне 13,2-13,5 см, объемом в диапазоне 545-560 см³/г
- низкого профиля, диаметр в диапазоне 14,5-15,0, объемом 380-410 см³/г

Период обязательного ношения компрессионного белья после данной операции составляет +_____+ недель (и)

- 10-12
- 2-3
- 4-5
- 8-10

Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет +_____+ недель(и)

- 10-12
- 2-3
- 4-5
- 8-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 28 лет на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
Уменьшение объема молочных желез после лактации.
Анамнез заболевания
У пациентки двое детей. В анамнезе 7 и 5 лет назад - беременность, роды и грудное вскармливание в течении в течении 3-х и 4 месяцев соответственно; прекращением лактации в связи с выходом на работу. Исходно молочные железы небольшого объема, психологического дискомфорта у пациентки не вызывали. Отмечает уменьшение объема молочных желез после деторождения, изменения формы – несущественны для пациентки. Деторождение в будущем не планирует. Ранее к пластическому хирургу не обращалась. Обратилась с целью восстановления исходного объема молочных желез и небольшого увеличения. При обсуждении возможностей и результатов увеличивающей маммопластики пациентка делает акцент на увеличении проекции верхнего полюса молочных желез.
Анамнез жизни
Росла и развивалась нормально. В анамнезе: * Детские и респираторные инфекции; * Травмы и оперативные вмешательства – оперативное родоразрешение; * Наличие сопутствующих заболеваний отрицает; * Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 33-35 дней. Месячное кровотечение 5-6 дней, скудного количества, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет. * Аллергологический анамнез – без особенностей; * Наследственность не отягощена; * Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нормы; * Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает
Объективный статус
При поступлении рост 164 см, масса тела 46 кг, телосложение – астеническое, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психо-эмоционально – стабильна.
Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- 10-12
- 2-3
- 4-5
- 8-10

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является

- 10-12

- 2-3
- 4-5
- 8-10

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки +_____+ день менструального цикла

- 1-4
- 14-18
- 5-12
- 20-28 (30)

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- 1-4
- 14-18
- 5-12
- 20-28 (30)

Диагноз

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций, необходимо выполнить фотографирование

- анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками
- анфас в положении лежа
- полупрофиль и профиль в положении сидя
- полупрофиль и профиль с поднятыми руками и руками на поясе

Основным методом хирургической коррекции в данном случае является

- аугментационная маммопластика ретропекторальная
- периареолярная мастопексия
- редрапировка ткани молочных желез
- аугментационная маммопластика субгландулярная

Оптимальным оперативным доступом в данном случае является

- трансабдоминальный
- субмаммарный
- трансареолярный
- трансаксиллярный

Оптимальным карманом для установки имплантата в данном случае является

- частично субпекторальный (dual plane)
- субфасциальный
- полный субмускулярный
- субгландулярный

Оптимальным имплантатом/эндопротезом в данном случае является

- круглый имплантат низкого плюс/ среднего профиля, диаметр в диапазоне 11,0–11,5 см, объемом 190-250 см³/г
- анатомический имплантат полной высоты и высокой проекции, высота в диапазоне 13,0-13,5 см, ширина в диапазоне 12,0-12,5 объемом в диапазоне 375-425 см³/г
- круглый имплантат среднего плюс/высокого профиля, диаметром в диапазоне 12,0-12,5, объемом 300-385 см³/г
- круглый имплантат низкого профиля, диаметр в диапазоне 13,2-13,5, объемом 340-360 см³/г

Тактикой выбора при возможном контурировании имплантата в отдаленном периоде (при отсутствии данных за рубцовую капсулярную контрактуру) является

- ревизия кармана, удаление имплантата
- периареолярная мастопексия
- ревизия кармана, повторное протезирование
- липофилинг молочных желез

В послеоперационном периоде пациентке рекомендовано носить компрессионное белье не менее +_____+ недель

- 8-10
- 4-5
- 2-3
- 10-12

Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет +_____+ недель(и)

- 8-10
- 4-5
- 2-3
- 10-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 20 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.

Жалобы

Жалобы на форму ушных раковин, сложности в подборе прически, невозможность сделать короткую стрижку.

Анамнез заболевания

Индивидуальные особенности строения ушных раковин. В детстве часто испытывала пристальное внимание к своей внешности и насмешки со стороны сверстников; с целью скрыть эстетический недостаток приклеивала край ушных раковин к коже заушной области лейкопластырем. Ранее к пластическому хирургу не обращалась.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Хронические заболевания – отрицает; * Оперативные вмешательства и травмы: отрицает * аллергологический анамнез: без особенностей * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает; * профессиональных вредностей не имеет (учащаяся ВУЗа).

Объективный статус

_Status__ __praesens_: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 115/65 мм рт.ст, ЧСС – 70 в 1 мин. Психо-эмоционально стабильна.

Необходимым обследованием для постановки диагноза является

- 8-10
- 4-5
- 2-3
- 10-12

Результаты обследования

Необходимыми ракурсами для предоперационного фотографирования являются

- полупрофиль сзади, нижняя аксиальная, средняя аксиальная
- анфас, профиль, сзади
- полупрофиль сзади, нижняя аксиальная, верхняя аксиальная
- полупрофиль спереди, полупрофиль сзади, вид сверху

Выстояние ушных раковин у данной пациентки вызвано

- недоразвитием противозавитка и его ножек
- гипертрофией противозавитка
- избыточной глубиной чаши
- наличием дополнительной ножки противозавитка
- деформацией завитка
- изменением собственных поперечных и косой мышц уха

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- недоразвитием противозавитка и его ножек
- гипертрофией противозавитка
- избыточной глубиной чаши
- наличием дополнительной ножки противозавитка
- деформацией завитка
- изменением собственных поперечных и косой мышц уха

Диагноз

В качестве основного вида лечения данной деформации пациентке следует рекомендовать хирургическую коррекцию по

- Мастарду
- Конверсу
- Фурнэ
- Нагата

Одним из этапов выбранной методики является

- рассечение и формировании противозавитка швами
- формирование и фиксация хрящевого лоскута чаши к надкостнице сосцевидного отростка
- фиксации чаши к надкостнице сосцевидного отростка
- фиксации завитка к височной фасции

Данная методика предусматривает разрез кожи на

- задней поверхности ушной раковины
- передней поверхности ушной раковины
- у основания мочки уха
- коже заушной области

Для обеспечения ровных и плавных контуров и естественных изгибов ушной раковины у данной пациентки с учетом характеристик хряща, в программу вмешательства следует включить метод

- ослабления хряща путем нанесения насечек
- дополнительных швов на задней поверхности хряща
- фиксации хряща к надкостнице в заушной области
- дополнительных клиновидных иссечений у основания ножек противозавитка

Ношение эластичной повязки пациентке следует порекомендовать

- во время ночного сна

- в круглосуточном режиме
- в дневное время
- только при физической нагрузке

Ношение эластичной повязки пациентке следует порекомендовать в течение +____+ недель

- 5
- 6
- 2
- 3

Контрольный осмотр после эстетической отопластики целесообразно запланировать через +_____+ месяца (ев) после операции

- 1,5-2
- 3
- 4-5
- 6

Пациентку следует предупредить о возможном риске возникновения в отдаленном послеоперационном периоде

- 1,5-2
- 3
- 4-5
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 43 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.
Жалобы
Жалобы на деформирующий, тянущий рубец в области передней брюшной стенки.
Анамнез заболевания
Три года назад по поводу пельвиоперитонита выполнена полостная операция с оперативным доступом нижняя срединная лапаротомия. Течение полеоперационного периода – в пределах нормы для данного типа вмешательств, заживление первичным натяжением; рекомендации по реабилитационному периоду тщательно выполняла. Со 2-3 месяца после операции отметила уплотнение и утолщение рубца, в связи с чем обратился к хирургу. Была назначена местная противорубцовая терапия в виде магнитотерапии и противорубцовых мазей. Пациентка применяла мазь

Дерматикс в течении 6-и месяцев. Существенной динамики при этом пациентка не отметила.
Анамнез жизни
* Росла и развивался нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Прочие травмы и операции отрицает * Хронические заболевания, прочие оперативные вмешательства отрицает; * Аллергологический анамнез не отягощен; * В анамнезе беременность и роды (крупный плод) * Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает;
Объективный статус
Status praesens: в пределах возрастной нормы
Необходимым для постановки диагноза обследованием является

- 1,5-2
- 3
- 4-5
- 6

Результаты обследования

Наиболее вероятной причиной образования гипертрофического рубца у пациентки является

- заживление вторичным натяжением
- неадекватная противорубцовая терапия в послеоперационном периоде
- неблагоприятное направление рубца
- склонность к гипертрофическому рубцеванию у пациентки

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз +_____+ рубец

- заживление вторичным натяжением
- неадекватная противорубцовая терапия в послеоперационном периоде
- неблагоприятное направление рубца
- склонность к гипертрофическому рубцеванию у пациентки

Диагноз

Данную патологию необходимо дифференцировать с

- нормотрофическим рубцом
- системной склеродермией
- келоидным рубцом
- атрофическим рубцом

В качестве основного вида лечения данной патологии пациенту следует рекомендовать

- инъекции ботулотоксина в рубец

- хирургическое лечение
- буккитерапию
- инъекции кортикостероидов и противорубцовые наружные средства

Учитывая характер рубца первым вариантом коррекции рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме иссечение рубца и

- Широкой мобилизации краев раны
- пластики встречными треугольными лоскутами по Лимбергу
- Пластики ротационным лоскутом
- Пластики выдвижным лоскутом

Назначение медикаментозного лечения показано

- до хирургического лечения с целью иммуностимуляции и с целью улучшения микроциркуляции
- как альтернатива хирургического лечения в программе противорубцовой терапии
- после хирургического лечения в программе противорубцовой терапии
- в рамках профилактической антибиотикотерапии

Целью вмешательства по типу перемещения встречных треугольных лоскутов является +_____+ рубца

- сужение
- фрагментация
- удлинение
- укорочение

Учитывая характер рубца вторым вариантом коррекции является хирургическое вмешательство

- иссечение рубца и пластика свободным полнослойным кожным трансплантатом
- иссечение рубца и пластика свободным расщепленным кожным трансплантатом
- лазерная абляция рубца
- абдоминопластика с транспозицией пупочного кольца

Целью вмешательства по типу абдоминопластики является +_____+ рубца

- укорочение длины
- изменение направления
- размягчение патологических структур
- удлинение

Величина угла разрезов к продольной оси рубца при пластике встречными треугольными лоскутами для обеспечения оптимальных условий кровоснабжения перемещаемых лоскутов должна приближаться к +_____+ градусам

- 20
- 30
- 25
- 60

В качестве средств противорубцовой терапии для самостоятельного применения после хирургической коррекции в домашних условиях следует рекомендовать

- 20
- 30
- 25
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент Б. 79 лет. Диагноз: «Тотальный дефект носа, состояние после ряда реконструктивных операций».
Жалобы
На наличие дефекта носа, сухость слизистой носоглотки.
Анамнез заболевания
Из анамнеза: диагноз базалиома носа был установлен в 1992 году, после чего неоднократно проводились лучевая терапия (СОД не известен) и хирургическое лечение по поводу неоднократного рецидивирования процесса. Помимо резекции проводились попытки реконструкции носа при помощи кожно-мышечного лоскута из области правой носогубной складки, а также лоскутом со лба по Конверсу, без эффекта. Последние 10 лет пациент находится под наблюдением онколога по месту жительства, данных за рецидив нет.
Анамнез жизни
Наличие хронический заболеваний, аллергий отрицает.
Объективный статус

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 20
- 30
- 25
- 60

Результаты обследования

Перед началом оперативного лечения необходимо выполнить

- определение уровня антитела к ВПЧ
- иммуногистохимическое исследование удаленной опухоли
- определение уровня онкомаркера РЭА в крови
- посев из ротоглотки
- определение уровня онкомаркера SCC

На основании данных анамнеза и обследования пациенту можно поставить диагноз

- определение уровня антитела к ВПЧ
- иммуногистохимическое исследование удаленной опухоли
- определение уровня онкомаркера РЭА в крови
- посев из ротоглотки
- определение уровня онкомаркера SCC

Диагноз

В данной клинической ситуации для реконструктивной операции наиболее рационально использовать

- лоскут со лба
- реваскуляризируемый лучевой кожно-фасциальный аутотрансплантат
- реваскуляризируемый костный трансплантат крыла подвздошной кости
- ротационный лоскут с носогубной складки

Наиболее оптимальным реваскуляризируемым костным трансплантатом для воссоздания наружного носа является

- торако-дорзальный лоскут
- кожно-фасциальный лучевой аутотрансплантат
- реваскуляризируемый пахово-подвздошный лоскут
- лопаточный аутотрансплантат

Для объективной оценки состояния реципиентных сосудов необходимо выполнить

- МРТ
- УЗДГ
- КТ
- КТ-ангиографию

Важнейшим параметром при формировании лучевого аутотрансплантата является

- уровень пульсации сосудов предплечья
- проекция лучевого нерва
- уровень отхождения лучевой артерии
- длина сосудистой ножки

Определяющим параметром при УЗДГ сосудов предплечья является

- ангиоархетиктоника сосудистой ладонной дуги
- определение состоятельности мышц предплечья
- определение пульсовой волны лучевой артерии
- адекватная ангиоархитектоника лучевой и локтевой артерий
- определение эластичности стенки

Оптимальными сосудами реципиентной зоны являются

- лицевые
- язычная артерия
- общая сонная артерия
- верхняя щитовидная артерия

При формировании лучевого аутотрансплантата необходимым является сохранение межфасциальной перегородки между

- лучевым сгибателем кисти и плечелучевой мышцей
- круглым пронатором и лучевым сгибателем кисти
- длинной ладонной мышцей и поверхностным сгибателем пальцев
- локтевым сгибателем кисти и поверхностным сгибателем пальцев

Оптимальным является +_____+ расположение кожно-фасциальной площадки лоскута для формирования наружного носа по отношению к сосудистой ножке

- продольное
- косое
- боковое (ножка по краю трансплантата)
- поперечное

Для успешного формирования колумеллы и крыльев носа необходимо

- продольное
- косое
- боковое (ножка по краю трансплантата)
- поперечное

Условие ситуационной задачи

Ситуация
У больной с комбинированным дефектом лица после комплексного лечения плоскоклеточного ороговевающего рака верхнечелюстной пазухи и устранения дефекта реваскулизированным малоберцовым аутотрансплантатом имеется остаточная деформация средней зоны лица.
Жалобы
На дефект крыла носа слева, деформация средней зоны лица слева.
Анамнез заболевания
Из анамнеза известно, что в 2006 г. впервые был диагностирован рак верхней челюсти слева, T4N0M0, 4 стадия. Проведено 6 курсов полихимиотерапии по схеме PF со значительной регрессией опухоли. В период с февраля по апрель 2007 г. проведено лучевое лечение вСОД=70Гр в два этапа. В мае 2007 г. в Свердловском Областном Онкологическом Диспансере была проведена операция: электрохирургическая резекция верхней челюсти слева с формированием обширного дефекта альвеолярного отростка и твёрдого нёба. Гистологически верифицирован плоскоклеточный ороговевающий рак. Наблюдается у онколога по месту жительства, данных за рецидив не выявлено. 6 месяцев назад проведена аутотрансплантация кожнофасциально-костного малоберцового аутотрансплантата. Лоскут прижился полностью.
Анамнез жизни
Наличие хронический заболеваний, аллергий отрицает.
Объективный статус

Перед началом оперативного лечения необходимо выполнить

- продольное
- косое
- боковое (ножка по краю трансплантата)
- поперечное

Результаты обследования

Для постановки диагноза и планирования оперативного лечения необходимо выполнить

- УЗДГ мягкий тканей лица
- УЗДГ сосудов шеи
- КТ головного мозга
- КТ лицевого скелета
- МРТ головы и шеи
- ангиографию

С учетом данных анамнеза и обследования пациентке можно поставить диагноз

- УЗДГ мягкий тканей лица

- УЗДГ сосудов шеи
- КТ головного мозга
- КТ лицевого скелета
- МРТ головы и шеи
- ангиографию

Диагноз

Наиболее оптимальным методом устранения дефекта крыла носа в данной клинической ситуации является

- кожно-жировой лоскут с носогубной складки на внутреннюю и внешнюю выстилки
- кожно-фасциальный лоскут со лба на внутреннюю выстилку в комплексе с ротационным лоскутом на внешнюю выстилку
- свободный лоскут кожно-хрящевой по методики Суслова в комплексе с лоскутом с носогубной складки
- языкообразный лоскут от аутотрансплантата на внутреннюю выстилку и скользящий лоскут с остатков крыла на внешнюю выстилку

Оптимальной методикой воссоздания линии Купидона в данной клинической ситуации является

- иссечение рубца и кожи верхней губы
- операция Булхорн
- языкообразный лоскут с нижней губы
- лоскут по Аббе

К методу ранней профилактики рубцовых деформаций в области красной каймы губ относят

- магнитотерапию
- силиконовый пластырь начиная с первого дня после операции
- внутрикожное введение дипроспана начиная с 5 дня после операции
- букки-терапию

Для коррекции контурной деформации средней зоны лица пациентке планируется проведение липофилинга. Оптимальным методом липофилинга в данной зоне является

- нанолипофилинг в комбинации с микролипофилингом
- микролипофилинг с обогащённой васкулярно-стромально-клеточной фракцией
- нанолипофилинг
- подкожное введение деэпидермизированного жирового трансплантата

Вводить жир в скуловую область при липофилинге следует
+_____+ слой

- линейно, вееробразно и болюсно в поднадкостничный
- линейно в подкожный
- веерообразно в подмышечный
- веерообразно в подмышечный, надмышечный и подкожный

При данной деформации щечно-скуловой области в среднем вводят
+_____+ мл жира

- линейно, вееробразно и болюсно в поднадкостничный
- линейно в подкожный
- веерообразно в подмышечный
- веерообразно в подмышечный, надмышечный и подкожный

После липофилинга у пациентки сохраняется контурный дефект и неудовлетворительный эстетический результат (Изображение 1). Для контурной пластики после липофилинга рационально провести

- реконструкцию средней зоны лица углеродным имплантатом
- коррекцию дефекта индивидуально изготовленным силиконовым имплантатом
- коррекцию контурной деформации имплантатами из пористого биосовместимого полиэтилена
- повторный липофилинг

Оптимальным доступом для имплантации силиконового имплантата в скуловую область является

- реконструкцию средней зоны лица углеродным имплантатом
- коррекцию дефекта индивидуально изготовленным силиконовым имплантатом
- коррекцию контурной деформации имплантатами из пористого биосовместимого полиэтилена
- повторный липофилинг

Силиконовый имплантат подглазнично-скуловой области необходимо расположить (Изображение 2)

- реконструкцию средней зоны лица углеродным имплантатом
- коррекцию дефекта индивидуально изготовленным силиконовым имплантатом
- коррекцию контурной деформации имплантатами из пористого биосовместимого полиэтилена
- повторный липофилинг

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 34 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.
Жалобы
Жалобы на припухлость нижних век, «мешочки» под глазами. Усиление симптомов при малейшей водной нагрузке и по утрам после сна.
Анамнез заболевания
Индивидуальные особенности строения периорбитальной области, в том числе строение нижнего века, отмечает с детства. За последние 2-3 года симптомы усилились, определилась четкая граница между веком и подглазничной областью. Ранее к пластическому хирургу не обращалась. Из консервативных процедур отмечает только использование патчей для снятия отеков век без видимого эффекта
Анамнез жизни
* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; острый цистит 8-9 лет назад (лечение уросептиками); * Прочие оперативные вмешательства и травмы: удаление фибромы правой ягодичной области 3 года назад * Вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу; отмечает выраженную метеозависимость; вазомоторные головные боли в период ПМС * аллергологический анамнез: отмечает пищевую аллергию на цитрусовые и кунжут * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает; * профессиональных вредностей не имеет.
Объективный статус
* _Status__ __praesens_: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 110/65 мм рт.ст, ЧСС – 70 в 1 мин. Психо-эмоционально стабильна * _Status__ __localis_: Состояние мягких тканей лица и шеи – в пределах возрастной нормы.
Необходимым для постановки диагноза обследованием является

- реконструкцию средней зоны лица углеродным имплантатом
- коррекцию дефекта индивидуально изготовленным силиконовым имплантатом
- коррекцию контурной деформации имплантатами из пористого биосовместимого полиэтилена
- повторный липофилинг

Результаты обследования

Дополнительным обследованием, для определения тактики коррекции, исключения возможных осложнений и отрицательного результата является

- реконструкцию средней зоны лица углеродным имплантатом

- коррекцию дефекта индивидуально изготовленным силиконовым имплантатом
- коррекцию контурной деформации имплантатами из пористого биосовместимого полиэтилена
- повторный липофилинг

Результаты обследования

В план предоперационного обследования у данной пациентки следует включить консультацию

- уролога
- невролога
- офтальмолога
- нефролога

Особенностями предоперационного фотографирования являются фото

- анфас и профиль в аксиальной средней проекции с закрытыми глазами
- анфас в аксиальной нижней проекции с закрытыми глазами
- анфас в аксиальной верхней проекции с закрытыми глазами
- анфас и профиль со взглядом вверх и вниз
- анфас и профиль с открытыми и закрытыми глазами
- профиль с открытыми и закрытыми глазами в положении лежа

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас и профиль в аксиальной средней проекции с закрытыми глазами
- анфас в аксиальной нижней проекции с закрытыми глазами
- анфас в аксиальной верхней проекции с закрытыми глазами
- анфас и профиль со взглядом вверх и вниз
- анфас и профиль с открытыми и закрытыми глазами
- профиль с открытыми и закрытыми глазами в положении лежа

Диагноз

В качестве основного вида лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать

- фотоомоложение периорбитальной области
- хирургическое лечение
- инъекции ботулотоксина в круговую мышцу глаз
- фракционное омоложение периорбитальной области

Учитывая характер возрастных изменений нижних век, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме эстетическая блефаропластика нижних век

- подресничным доступом с формированием кожного лоскута
- подресничным доступом с формированием кожно-мышечного лоскута
- подресничным доступом расширенная
- трансконъюнктивальным доступом

Данная методика предусматривает разрез конъюнктивы на уровне

- нижнего конъюнктивального свода
- нижнего века на 3-4 мм от реберного края
- реберного края нижнего века
- глазного яблока на 3-4 мм выше конъюнктивального свода

Недостатком данного метода является

- более выраженный болевой синдром
- более длительные сроки реабилитации
- ограниченный доступ
- невозможность экономной резекции орбитальной клетчатки

Ограниченный доступ при транконъюнктивальной нижней блефаропластике повышает риск

- развития эктропиона
- развития энтропиона
- дислокацию нижней слезной точки
- повреждения нижней косой мышцы

При возникновении в раннем послеоперационном периоде боли, асимметричном отеке, ухудшении зрения следует заподозрить

- гематому в области века
- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- лагофтальм
- острую ретробульбарную гематому

При возникновении постоянной диплопии у пациента в раннем послеоперационном периоде после трансконъюнктивальной блефаропластики следует заподозрить

- гематому в области века
- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- лагофтальм
- острую ретробульбарную гематому

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент Б. 79 лет. Диагноз: «Тотальный дефект носа, состояние после ряда реконструктивных операций».
Жалобы
На наличие дефекта носа, сухость слизистой носоглотки.
Анамнез заболевания
Из анамнеза: диагноз базалиома носа был установлен в 1992 году, после чего неоднократно проводились лучевая терапия (СОД не известен) и хирургическое лечение по поводу неоднократного рецидивирования процесса. Помимо резекции проводились попытки реконструкции носа при помощи кожно-мышечного лоскута из области правой носогубной складки, а также лоскутом со лба по Конверсу, без эффекта. Последние 10 лет пациент находится под наблюдением онколога по месту жительства, данных за рецидив нет.
Анамнез жизни
Наличие хронический заболеваний, аллергий отрицает
Объективный статус

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- гематому в области века
- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза
- лагофтальм
- острую ретробульбарную гематому

Результаты обследования

Перед началом оперативного лечения необходимо выполнить

- определение уровня антитела к ВПЧ
- иммуногистохимическое исследование удаленной опухоли
- определение уровня онкомаркер РЭА в крови
- посев из ротоглотки
- определение уровня онкомаркера SCC

На основании данных анамнеза и обследования пациенту можно поставить диагноз

- определение уровня антитела к ВПЧ
- иммуногистохимическое исследование удаленной опухоли
- определение уровня онкомаркер РЭА в крови
- посев из ротоглотки
- определение уровня онкомаркера SCC

Диагноз

В данной клинической ситуации для реконструктивной операции наиболее рационально использовать

- лоскут со лба
- реваскуляризируемый лучевой кожно-фасциальный аутотрансплантат
- реваскуляризируемый костный трансплантат крыла подвздошной кости
- ротационный лоскут с носогубной складки

Наиболее оптимальным реваскуляризируемым костным трансплантатом для воссоздания наружного носа является

- торако-дорзальный лоскут
- реваскуляризируемый пахово-подвздошный лоскут
- лопаточный аутотрансплантат
- кожно-фасциальный лучевой аутотрансплантат

Для объективной оценки состояния реципиентных сосудов необходимо выполнить

- УЗДГ
- КТ-ангиографию
- МРТ
- КТ

Важнейшим параметром при формировании лучевого аутотрансплантата является

- проекция лучевого нерва
- длина сосудистой ножки
- уровень пульсации сосудов предплечья
- уровень отхождения лучевой артерии

Определяющим параметром при УЗДГ сосудов предплечья является

- определение пульсовой волны лучевой артерии
- адекватная ангиоархитектоника лучевой и локтевой артерий
- определение эластичности стенки
- определение состоятельности мышц предплечья
- ангиоархетиктоника сосудистой ладонной дуги

В качестве реципиентных сосудов оптимально использовать +_____+ артерию и вены

- верхние щитовидные
- нижние щитовидные
- язычные
- лицевые

При формировании лучевого аутотрансплантата необходимым является сохранение _____ перегородки между

- межмышечной; длинной ладонной мышцей и поверхностным сгибателем пальцев
- межфасциальной; круглым пронатором и лучевым сгибателем кисти
- межмышечной; локтевым сгибателем кисти и поверхностным сгибателем пальцев
- межфасциальной; лучевым сгибателем кисти и плечелучевой мышцей

Оптимальным является +_____+ расположение кожно-фасциальной площадки лоскута для формирования наружного носа по отношению к сосудистой ножке

- продольное
- поперечное
- боковое (ножка по краю трансплантата)
- косое

Для оптимального воссоздания концевого отдела носа необходимо

- продольное
- поперечное
- боковое (ножка по краю трансплантата)
- косое

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Родители ребенка возраст 9 мес. обратились к врачу пластическому хирургу.
Жалобы
На необычную форму черепа.
Анамнез заболевания
Деформация черепа отмечается с рождения - врожденная
Анамнез жизни
Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, роды стремительные. Головное предлежание. родился с массой 3400 рос 53 см. Выписан домой на 5 сутки. Со слов мамы в течение всего периода нахождения в родильном доме и в первые недели жизни в области стреловидного шва отмечался костный гребень, врачами родильного дома состояние было расценено как послеродовая конфигурация головы с нахождением теменных костей друг на друга по линии стреловидного шва. С рождения форма черепа округлая с широким высоким лбом, с выраженными лобными буграми. Большой родничок с рождения определялся, был ромбовидной формы размером 1,5х1,5, не напряженный, не западающий, к 4 месяцу жизни перестал определяться. Со слов мамы последние 2 мес жизни ребенок стал беспокойным, плохо спит, участились срыгивания,

усилился метеоризм. Мама ребенка связывает данные изменения с введением новых прикормов. Ребенок наблюдается педиатром по поводу рахита, Невролог поликлиники наблюдает ребенка по поводу синдрома мышечной дистонии и гипертензионного синдрома.

Объективный статус

Ребенок правильного телосложения хорошего питания на осмотр реагирует спокойно, основные навыки соответствуют возрасту , большой родничок 5х5 мм не западает имеется небольшое костной выбухание в проекции родничка, сам родничок не напряжен, имеется деформация черепа за счет увеличения поперечного размера и уменьшения переднезаднего размера с уплощением лобной и затылочной области, поперечный размер черепа в задних примерно равен поперечному размеру на уровне лобной кости. Лоб высокий, плоский, имеется недоразвитие надбровных дуг, носолобный угол сглажен, носовое дыхание затруднено, дышит открытым ртом. По результатам офтальмологического осмотра у ребенка имеется астигматизм правого глаза, на глазном дне имеется признаки отека зрительных нервов с 2-х сторон, вены полнокровны, извиты, пульсации сосудов нет

Основным методом физикального обследования, позволяющим установить предварительный диагноз у пациента с деформацией черепа, является

- продольное
- поперечное
- боковое (ножка по краю трансплантата)
- косое

Результаты обследования

Основным методом инструментального обследования для установления окончательного диагноза у пациента с деформацией черепа является

- продольное
- поперечное
- боковое (ножка по краю трансплантата)
- косое

Результаты инструментального метода обследования

На основании проведенного обследования у ребенка можно предположить клинический диагноз

- продольное
- поперечное
- боковое (ножка по краю трансплантата)
- косое

Диагноз

Результатом преждевременного синостозирования черепных швов у данного пациента является

- внутричерепная гипертензия
- снижение остроты зрения
- поперхивание и нарушения глотания
- нарушение носового дыхания

Причиной развития внутричерепной гипертензии у данного пациента с преждевременным изолированным краниосиностозом является

- краниоцеребральная диспропорция (несоответствие объема полости черепа объему головного мозга)
- аномалия Киари 1
- нарушение венозного оттока, связанного со стенозом яремных отверстий
- окклюзионная гидроцефалия

Для исключения (подтверждения) внутричерепной гипертензии ребенку в предоперационном периоде показано

- определение интракраниального давления через открытые роднички (фонтанеллотензометрия)
- исследование глазного дна
- суточный мониторинг внутричерепного давления при помощи интракраниального датчика
- определение давления ликвора при помощи люмбальной пункции

Наиболее эффективным способом лечения пациентов с изолированным краниосиностозом коронарного шва является

- ортопедическое лечение (ношение ортезов)
- хирургическое лечение
- мануальная терапия (остеопатия)
- медикаментозное лечение внутричерепной гипертензии

Абсолютным показанием к проведению хирургического лечения является

- нарушения дыхания
- явная деформация черепа
- клинические признаки внутричерепной гипертензии
- диагностированное нарушения зрения на одном или обоих глазах

Абсолютным противопоказанием к проведению хирургического лечения пациентов с изолированными краниосиностозами являются

- минимальная деформация черепа диагностированная на мультиспиральной КТ
- корригированные пороки сердца

- отсутствие очевидных признаков внутричерепной гипертензии
- тяжелые пороки развития органов и систем, угрожающие жизни ребенка

В данном случае показан вариант хирургического лечения пациента: хирургическое устранение деформации черепа путем

- двухлоскутной краниотомия по Козыреву
- одномоментного ремоделирования и выдвижения фронтоорбитальной области
- простой синостэктомии коронарного шва
- краниэктомии с эндоскопической ассистенцией с последующим ношением индивидуальных черепных ортезов (шлемов)

Антибактериальная терапия (антибиотикопрофилактика) должна проводится

- только в случаях длительной операции
- только в случаях обширного операционного поля (тотальная реконструкция свода черепа)
- у всех пациентов независимо от объема и тяжести операции
- только в случаях установки дистракционных аппаратов

Диспансерное наблюдение за ребенком после оперативного лечения изолированного краниосиностоза включает в себя

- только в случаях длительной операции
- только в случаях обширного операционного поля (тотальная реконструкция свода черепа)
- у всех пациентов независимо от объема и тяжести операции
- только в случаях установки дистракционных аппаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Родители ребенка возраст 1 год 7 мес. обратились к врачу пластическому хирургу.
Жалобы
На деформацию черепа, лица и конечностей.
Анамнез заболевания
Деформации отмечаются с рождения.
Анамнез жизни
Ребенок от 3 беременности, 2 срочных родов, роды не осложненные. Вес при рождении 3300 рост 53 см. с рождения определяется деформация черепа и лица, а также деформация больших пальцев рук и ног. С рождения отмечается затруднение носового дыхания, ночной храп. Первые недели жизни отмечалось обильное слизетечение из носовых ходов, со временем слизетечение

уменьшилось. Так же с рождения у ребенка отмечается экзофтальм. До 4 месяцев развивался по возрасту, однако отмечалась небольшая задержка прибавки массы тела. С 4 месяца переведен на искусственное вскармливание, после чего мама стала отмечать частые срыгивания, ребенок стал более беспокойным, особенно в ночные часы, усилился храп, появились эпизоды задержки дыхания во время сна. Так как все перечисленные состояния уменьшились с возрастом ребенка, то родители за специализированной помощью не обращались Ребенок врачами специалистами не наблюдался, впервые осмотрен неврологом в возрасте 6 мес. по направлению педиатра. В этом же возрасте консультирован хирургом в плановом порядке и направлен к ортопеду для решения вопроса о сроках лечения деформации пальцев кистей и стоп. Ортопедом осмотрен в возрасте 1,5 лет, заподозрен краниосиностоз. Направлен к пластическому хирургу.

Объективный статус

Ребенок правильного телосложения, хорошего питания на осмотр реагирует спокойно, основные навыки соответствуют возрасту, имеется деформация черепа за счет увеличения поперечного размера и уменьшения переднезаднего размера с уплощением лобной и затылочной области. В проекции большого родничка имеется заметное костное выбухание. На голове отмечается выраженная подкожная венозная сеть. Лоб высокий, плоский, имеется недоразвитие надбровных дуг, носолобный угол сглажен, так же имеется экзофтальм (во время сна веки не смыкаются), орбитальный гипертеллоризм. При смыкании челюстей зубы нижней челюсти перекрывают резцы верхней челюсти. Имеется утолщение и варусная деформация больших пальцев кистей и стоп, базальная кожная синдактилия 2-4 пальцев обеих стоп.

Основным методом физикального обследования позволяющим установить предварительный диагноз является

- только в случаях длительной операции
- только в случаях обширного операционного поля (тотальная реконструкция свода черепа)
- у всех пациентов независимо от объема и тяжести операции
- только в случаях установки дистракционных аппаратов

Результаты обследования

Основным методом инструментального обследования для установления окончательного диагноза у пациента с деформацией черепа является

- только в случаях длительной операции
- только в случаях обширного операционного поля (тотальная реконструкция свода черепа)
- у всех пациентов независимо от объема и тяжести операции
- только в случаях установки дистракционных аппаратов

Результаты инструментального метода обследования

Для подтверждения диагноза ребенку следует выполнить

- только в случаях длительной операции
- только в случаях обширного операционного поля (тотальная реконструкция свода черепа)
- у всех пациентов независимо от объема и тяжести операции
- только в случаях установки дистракционных аппаратов

Результаты обследования

У ребенка на основании проведенного обследования можно предположить клинический диагноз

- только в случаях длительной операции
- только в случаях обширного операционного поля (тотальная реконструкция свода черепа)
- у всех пациентов независимо от объема и тяжести операции
- только в случаях установки дистракционных аппаратов

Диагноз

Имеющиеся у пациента деформации пальцев рук и ног характерны для синдромального краниосиностоза – синдром

- Апера
- Сетрэ-Чотзена
- Пфайффера
- Крузона

На основании имеющихся клинических данных можно предположить +_____+ тип синдрома Пфайффера

- 1
- 5
- 3
- 2

Результатом преждевременного синостозирования костей свода черепа у данного пациента является

- внутричерепная гипертензия
- снижение массы тела на первом году жизни
- слизетечение из носа
- задержки дыхания во время сна

Причиной развития внутричерепной гипертензии у данного пациента с синдромальным краниосиностозом является

- окклюзионная гидроцефалия
- аномалия Киари 1
- нарушение венозного оттока, связанного со стенозом яремных отверстий
- краниоцеребральная диспропорция

Для исключения (подтверждения) внутричерепной гипертензии ребенку в предоперационном периоде показано

- определение давления ликвора при помощи люмбальной пункции
- исследование зрительного нерва с помощью метода вызванных потенциалов для уточнения степени повреждения зрения
- суточное мониторирование внутричерепного давления при помощи интракраниального датчика
- исследование глазного дна
- определение интракраниального давления через открытые роднички (фонтанеллотензометрия)

Наиболее эффективным способом лечения пациентов с изолированным краниосиностозом коронарного шва является

- медикаментозное лечение внутричерепной гипертензии
- мануальная терапия (остеопатия)
- ортопедическое лечение (ношение ортезов)
- хирургическое лечение

Абсолютным показанием к проведению хирургического лечения является

- наличие клинических признаков внутричерепной гипертензии
- нарушения зрения
- явная деформация черепа
- нарушения дыхания

Абсолютным противопоказанием к проведению хирургического лечения пациентов с изолированными краниосиностозами являются

- наличие клинических признаков внутричерепной гипертензии
- нарушения зрения
- явная деформация черепа
- нарушения дыхания

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 34 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.

Жалобы
Жалобы на припухлость нижних век, «мешочки» под глазами. Усиление симптомов при малейшей водной нагрузке и по утрам после сна.
Анамнез заболевания
Индивидуальные особенности строения периорбитальной области, в том числе строение нижнего века, отмечает с детства. За последние 2-3 года симптомы усилились, определилась четкая граница между веком и подглазничной областью. Ранее к пластическому хирургу не обращалась. Из консервативных процедур отмечает только использование патчей для снятия отеков век без видимого эффекта.
Анамнез жизни
* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; острый цистит 8-9 лет назад (лечение уросептиками); * Прочие оперативные вмешательства и травмы: удаление фибромы правой ягодичной области 3 года назад * Вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу; отмечает выраженную метеозависимость; вазомоторные головные боли в период ПМС * аллергологический анамнез: отмечает пищевую аллергию на цитрусовые и кунжут * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает; * профессиональных вредностей не имеет.
Объективный статус
* Status praesens: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 110/65 мм рт.ст, ЧСС – 70 в 1 мин. Психо-эмоционально стабильна * Status localis: Состояние мягких тканей лица и шеи – в пределах возрастной нормы.
Необходимым для постановки диагноза являются

- наличие клинических признаков внутричерепной гипертензии
- нарушения зрения
- явная деформация черепа
- нарушения дыхания

Результаты обследования

Дополнительными обследованиями для определения тактики коррекции, исключения возможных осложнений и отрицательного результата являются обследования

- наличие клинических признаков внутричерепной гипертензии
- нарушения зрения
- явная деформация черепа
- нарушения дыхания

Результаты обследования

В план предоперационного обследования у данной пациентки следует включить консультацию

- офтальмолога
- невролога
- нефролога
- уролога

Особенностями предоперационного фотографирования являются фото

- анфас в аксиальной нижней проекции с закрытыми глазами
- анфас и профиль с открытыми и закрытыми глазами в положении лежа
- анфас в аксиальной верхней проекции с закрытыми глазами
- анфас и профиль со взглядом вверх и вниз
- анфас профиль с открытыми и закрытыми глазами
- профиль в аксиальной средней проекции с закрытыми глазами

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас в аксиальной нижней проекции с закрытыми глазами
- анфас и профиль с открытыми и закрытыми глазами в положении лежа
- анфас в аксиальной верхней проекции с закрытыми глазами
- анфас и профиль со взглядом вверх и вниз
- анфас профиль с открытыми и закрытыми глазами
- профиль в аксиальной средней проекции с закрытыми глазами

Диагноз

В качестве основного вида лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать

- инъекции ботулотоксина в круговую мышцу глаз
- фотоомоложение периорбитальной области
- хирургическое лечение
- фракционное омоложение периорбитальной области

Учитывая характер возрастных изменений нижних век, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме: эстетическая блефаропластика нижних век

- трансконъюнктивальным доступом
- подресничным доступом расширенная
- подресничным доступом с формированием кожно-мышечного лоскута
- подресничным доступом с формированием кожного лоскута

Данная методика предусматривает разрез

- реберного края нижнего века
- глазного яблока на 3-4 мм выше конъюнктивального свода
- конъюктивы нижнего века на 3-4 мм от реберного края

- нижнего конъюнктивального свода

Недостатком данного метода является

- более длительные сроки реабилитации
- более выраженный болевой синдром
- ограниченный доступ
- невозможность экономной резекции орбитальной клетчатки

Ограниченный доступ при трансконъюнктивальной нижней блефаропластике повышает риск

- дислокацию нижней слезной точки
- развития энтропиона
- развития эктропиона
- повреждения нижней косой мышцы глаза

При возникновении в раннем послеоперационном периоде боли, асимметричного отека, ухудшения зрения следует заподозрить

- лагофтальм
- гематому в области века
- острую ретробульбарную гематому
- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза

При возникновении постоянной диплопии у пациента в раннем послеоперационном периоде после трансконъюнктивальной блефаропластики следует заподозрить

- лагофтальм
- гематому в области века
- острую ретробульбарную гематому
- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Родители с ребенком 5 лет на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
На деформацию черепа и лица.
Анамнез заболевания
Деформации отмечаются с рождения
Анамнез жизни
Ребенок от первых нормальных срочных родов, масса 3600 вес 54 см. При рождении выявлено недоразвитие ушной раковины слева и асимметрию лица за счет недоразвития нижней челюсти и мягких тканей слева, Так же отмечалось

опухолевидное образование в области конъюнктивы левого глаза, Ребенок осмотрен офтальмологом диагноз – эпибульбарный дермоид. Консультирован ортопедом, в связи с явлениями левосторонней кривошеи проведена рентгенография позвоночника, выявлен порок развития шейных позвонков. На первом году жизни в плановом порядке осмотрен детским хирургом и ЛОР врачом и офтальмологом, рекомендовано начать хирургическое лечение в дошкольном возрасте. Обратились согласно рекомендации для определения тактики предстоящего лечения.

Объективный статус

При осмотре определяется деформация в виде асимметрии лица за счет недоразвития левой половины лица так же имеется резкая деформация ушной раковины, которая представлена кожным валиком, расположенным продольно, внутри валика определяется хрящевая ткань, слуховое отверстие отсутствует, зачаток ушной раковины смещен кпереди и книзу относительно ушной раковины противоположной стороны. Имеется опухолевидное белесоватое образование размером 4 мм в наружном квадранте лимба левого глаза с переходом в область конъюнктивы.

Фото

На основе данных анамнеза и осмотра у пациента можно предположить диагноз

- лагофтальм
- гематому в области века
- острую ретробульбарную гематому
- повреждение нижних прямой и косой мышцы глаза

Диагноз

Диагноз можно конкретизировать на основании наличия

- эпибульбарного дермоида
- деформации ушной раковины
- кривошеи
- полиплоидии

Причиной заболевания может быть

- генетическая патология, необходимо молекулярно-генетическое исследование (прямое секвенирование с целью поиска мутаций конкретных генов)
- генетическая патология, необходимо иммуногенетическое исследование
- нарушение кровоснабжения в бассейне стременной артерии, возникающие в первые 2 месяца
- генетическая патология, необходимо цитогенетическое исследование (исследование кариотипа)

С синдромом гемифациальной микросомии чаще всего сочетается порок развития скелета в виде

- пороков развития пальцев кистей и стоп
- пороков развития позвоночника
- пороков развития длинных трубчатых костей конечностей
- воронкообразной деформации грудной клетки

Для синдрома гемифациальной микросомии характерно нарушение строения позвоночника в виде

- наличия шейных ребер
- ассимиляции атланта
- Spinabifida
- гипоплазии позвонков

Для уточнения характера костных нарушений челюстно-лицевой области следует провести

- наличия шейных ребер
- ассимиляции атланта
- Spinabifida
- гипоплазии позвонков

Результаты обследования

Базовой классификацией для обозначения степени нарушения развития нижней челюсти считается классификация

- ОМЕНС + ((OMENS+)
- ОМЕНС (OMENS)
- по Прузански (Pruzansky)
- по Кручинскому

По принятой классификации, у данного пациента можно установить +____+ степень нарушения

- 3
- 1
- 2б
- 2а

В дошкольном периоде у пациентов с синдромом гемифациальной микросомии при отсутствии обструктивных дыхательных нарушений используется лечебная тактика в виде

- максимального устранения всех костных изменений верхней и нижней челюсти и скуловой кости в одну операцию

- ортодонтического лечения функциональными аппаратами
- раннего хирургического удлинения нижней челюсти
- эндопротезирования нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава

Для удлинения нижней челюсти у пациента в возрасте 7 лет подходит метод хирургической коррекции

- в виде костной пластики нижней челюсти васкуляризованным костным аутотрансплантатом
- в виде костной пластики нижней челюсти свободным костным аутотрансплантатом
- с протезированием нижней челюсти титановым эндопротезом
- с использованием дистракционного аппарата

После окончания роста ребенка тактика лечения пациентов с гемифациальной микросомией включает

- исправление положения нижней и верхней челюсти, нормализацию прикуса и исправление контурных деформаций
- контурную пластику пораженной половины лица
- изолированное устранение недоразвития нижней челюсти
- экзопротезирование

В случае отказа от использования дистракционных аппаратов более предпочтительным при реконструкции нижней челюсти у пациентов с ГФМ является

- исправление положения нижней и верхней челюсти, нормализацию прикуса и исправление контурных деформаций
- контурную пластику пораженной половины лица
- изолированное устранение недоразвития нижней челюсти
- экзопротезирование

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Родители с ребенком 4-х лет года на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
На деформацию лица на нарушение слуха, нарушение дыхания во время сна (храп, задержки дыхания), трудности приема пищи.
Анамнез заболевания
Заболевание врожденное.
Анамнез жизни
Ребенок от третьей беременности 2 родов. Первый ребенок родился в срок и

патологии не имеет. Вторая беременность – медаборт. Настоящая беременность протекала на фоне ОРВИ на 2 месяце беременности с выраженной температурой, рвотой. Ребенок рожден на 36 неделе, Кесарево сечение в связи со слабостью родовой деятельности масса при рождении 2500 г вес 48см. С рождения отмечено стридорозное дыхание, по поводу чего находился на кислородотерапии первые 3 дня после адаптации переведен в общую палату. В связи с неврологическими нарушениями в раннем постнатальном периоде и выраженными внешними проявлениями порока развития и трудностями кормления ребенку в родильном доме назначено зондовое питание. Постепенно переведен на нормальное пероральное кормление. При рождении выявлено недоразвитие левой ушной раковины и полная анотия справа, так же отмечено недоразвитие нижней челюсти. Больше выраженное слева.

Объективный статус

Ребенок правильного телосложения, имеется небольшой дефицит массы тела, при осмотре определяется резкая деформация левой ушной раковины, которая представлена кожным валиком, расположенным продольно, внутри валика определяется хрящевая ткань, слуховое отверстие отсутствует, зачаток ушной раковины смещен кпереди. Правая ушная раковина и слуховой проход полностью отсутствуют, имеется небольшой кожный бугорок в проекции отсутствующего уха. Так же имеется недоразвитие нижней челюсти с асимметрией лица за счет смещения центральной подбородочной линии влево. Левая половина лица – щека и височная область уплощены по сравнению с правой стороной. При открывании рта во время крика отмечается выраженная девиация нижней челюсти влево. Голова слегка повернута и наклонена влево. Конечности и осевой скелет без видимой патологии.

Фото

На основе данных анамнеза и осмотра у пациента можно предположить диагноз

- исправление положения нижней и верхней челюсти, нормализацию прикуса и исправление контурных деформаций
- контурную пластику пораженной половины лица
- изолированное устранение недоразвития нижней челюсти
- экзопротезирование

Диагноз

Обязательным признаком синдрома является

- эпибульбарный дермоид
- деформация нижней челюсти
- поражение нескольких структур, развивающихся из первой и второй жаберных дуг
- деформация ушной раковины

Обязательным обследованием для уточнения степени поражения структур челюстно-лицевой области является

- эпибульбарный дермоид
- деформация нижней челюсти
- поражение нескольких структур, развивающихся из первой и второй жаберных дуг
- деформация ушной раковины

Результаты обследования

Кроме рентгенологического, обязательным для решения вопроса о тактике лечения обследованием у данного пациента является

- эпибульбарный дермоид
- деформация нижней челюсти
- поражение нескольких структур, развивающихся из первой и второй жаберных дуг
- деформация ушной раковины

Результаты обследования

В настоящее время первым этапом лечения у данного ребенка целесообразно провести

- слухоулучшающую операцию
- экзопротезирование ушных раковин
- хирургическое удлинение нижней челюсти при помощи дистракционного аппарата
- аурикулопластику с 2-х сторон

При данной патологии целесообразно начинать хирургическое лечение, направленное на устранение деформации нижней челюсти при условии резко выраженных внешних проявлений деформации лица

- в возрасте 1-3 лет
- в возрасте 6-7 лет
- в период новорожденности
- после окончания роста

Пластику ушной раковины у данного пациента целесообразно начинать в возрасте

- по окончании периода роста (после 18 лет)
- 10-15 лет
- 2-5 лет
- после 6 лет

В настоящее время для реконструкции ушной раковины при микротии наиболее предпочтителен

- аутологичный реберный хрящевой трансплантат
- аллогенный реберный хрящевой трансплантат
- ксеногенный хрящевой трансплантат
- хрящ, созданный при помощи метода генной инжинерии

Однозначным показанием к проведению слухоулучшающих операций является

- отсутствие наружного слухового прохода
- двухсторонняя микротия
- отсутствие улучшения слуха к возрасту одного года у пациентов с 2-х сторонним поражением на фоне использования слуховых аппаратов
- возраст ребенка старше 6 лет

Нарушение слуха у данного пациента обусловлено

- проком развития головного мозга
- нарушением развития рецептивной (воспринимающей) системы
- деформацией наружного уха
- нарушением развития звукопроводящих структур (кондуктивная составляющая)

Абсолютным противопоказанием к проведению слухоулучшающей операции является

- одностороннее поражение
- отсутствие пневматизации сосцевидного отростка к возрасту 4 лет
- выполненная ранее реконструкция наружного уха
- возраст пациента более 10 лет

При подъеме реберного хряща во время аурикулопластики требуется создание положительного давления на вдохе с герметичным ушиванием раны для предотвращения развития

- одностороннее поражение
- отсутствие пневматизации сосцевидного отростка к возрасту 4 лет
- выполненная ранее реконструкция наружного уха
- возраст пациента более 10 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 35лет обратилась к врачу-пластическому хирургу.

Жалобы
На неэстетичный вид малых половых губ, неудовлетворенность качеством коитуса.
Анамнез заболевания
* Менструации с 12 лет, установились сразу, умеренные, по 4—5 16 дней, через 28 дней, регулярные, болезненные в первый день. После начала половой жизни и родов характер менструального цикла не изменялся. Последняя менструация 28 августа, в срок, без особенностей. * Первая беременность — 2011 г. Наступила после отмены гормональной контрацепции. Беременность завершилась своевременными самопроизвольными родами в головном предлежании крупным плодом. Масса тела 4250 г, рост 51 см, мальчик, 8—9 баллов по шкале Апгар. Выписана с ребенком домой на 3-е сутки. Кормила ребенка грудью до 2 лет. Вторая беременность — 2015 г. Беременность завершилась своевременными самопроизвольными родами в головном предлежании . Масса тела 3750 г, рост 50 см, мальчик, 8—9 баллов по шкале Апгар. Выписана с ребенком домой на 2-е сутки.).
Анамнез жизни
Росла и развивалась без особенностей.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. *
К основным методам обследования для постановки диагноза относится

- одностороннее поражение
- отсутствие пневматизации сосцевидного отростка к возрасту 4 лет
- выполненная ранее реконструкция наружного уха
- возраст пациента более 10 лет

Результаты обследования

Наиболее информативным методом постановки диагноза является

- одностороннее поражение
- отсутствие пневматизации сосцевидного отростка к возрасту 4 лет
- выполненная ранее реконструкция наружного уха
- возраст пациента более 10 лет

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- одностороннее поражение
- отсутствие пневматизации сосцевидного отростка к возрасту 4 лет
- выполненная ранее реконструкция наружного уха
- возраст пациента более 10 лет

Диагноз

Пациентке показано +_____+ лечение

- медикаментозное
- лазерное фракционное
- хирургическое
- лазерное абляционное

Хирургическое лечение пациентки заключается в

- установке синтетического слинга
- липофиллинге малых половых губ
- задней кольпоперинеолеваторопластике
- резекции малых половых губ (редукционной лабиопластике)

Лечение пациентки должно проводится в условиях

- кабинета пластического хирурга
- дневного стационара
- поликлиники
- стационара

Пациентке показано редукционная лабиопластика в объеме

- редукции препуция
- пластики преддверия влагалища
- классической V-образной резекции
- резекции одной половой губы

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относятся

- нестероидные противовоспалительные средства
- муколитики
- ингибиторы протоновой помпы
- бронхолитики

Операцию необходимо проводить

- после 25 дня овариально-менструального цикла
- 1-3 день овариально-менструального цикла
- первые 2 недели овариально-менструального цикла
- 7-10 день овариально-менструального цикла

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать

- курс антибактериальной терапии
- самолечение
- динамическое наблюдение
- курс антикоагулянтной терапии

Оценку результата коррекции следует проводить через +_____+ после коррекции

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 1 год
- 1 неделю

Перевязки заключаются в

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 1 год
- 1 неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 50 лет обратилась к врачу-пластическому хирургу.
Жалобы
Изменение цвета кожи в области проведенной операции на передней брюшной стенке, парестезии, боль.
Анамнез заболевания
Абдоминопластика 5 дней назад. Выписана из стационара, в

удовлетворительном состоянии, на 2 сутки. На момент выписки жалоб не предъявляла.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась без особенностей. * Курит с 15 лет, 1 пачка/день.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 172 см. Температура тела 37,8°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.В надлобковой области имеется послеоперационный рубец, длинною 50 см. В инфраумбиликальной области, над лобком, на протяжении 15 см , кожные покровы имеют синюшно-фиолетовую окраску, холодные на ощупь. Капиллярная реакция в этой зоне отсутствует. Отмечается скудное серозное отделяемое, в области послеоперационной раны. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 97% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 140/95мм.рт.ст. * Живот вздут, напряжен, при пальпации умеренно болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

К основным методам обследования для постановки диагноза относится

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 1 год
- 1 неделю

Результаты обследования

При визуальном осмотре, в лабораторных анализах и инструментальном исследовании определяется

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 1 год
- 1 неделю

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 1 год
- 1 неделю

Диагноз

Наиболее вероятными местными осложнением в данном случае является

- абдоминальный компартмент - синдром
- тромбоз нижних конечностей
- пневмония
- гематома
- серома
- ТЭЛА

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится в условиях

- стационара
- стационара (отделение интенсивной терапии)
- «дневного стационара»
- поликлиники

Пациенту показано +_____+ лечение

- хирургическое
- химиотерапевтическое
- консервативное
- физиотерапевтическое

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- иссечения поверхностных слоев поврежденных тканей
- полного иссечения некротизированной ткани
- дренирования области некроза
- частичного иссечения некротизированной ткани

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относятся

- ингибиторы протоновой помпы
- бронхолитики
- антибактериальные препараты

- муколитики

Помимо антибактериальной терапии, пациенту необходимо назначить

- антигистаминные препараты
- гемостатические препараты
- дезинтоксикацию
- антикоагулянты

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать

- динамическое наблюдение
- санаторно-курортное лечение
- регулярные физические нагрузки
- самолечение

К очевидным факторами риска развития некроза кожи у данного пациента относят

- возраст пациентки
- ранняя активизация пациентки
- промедление в обращении к хирургу
- курение

Перед выполнением некрэктомии пациентку следует предупредить о

- возраст пациентки
- ранняя активизация пациентки
- промедление в обращении к хирургу
- курение

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 35 лет направлен лор-врачом по месту жительства на прием к пластическому хирургу для устранения дефекта концевого отдела носа.
Жалобы
Жалобы на дефект мягких тканей кончика носа.
Анамнез заболевания
Травму получил на производстве, во время тестирования огнестрельного оружия 3 недели назад. Первая помощь оказана по месту жительства. Обратился с целью устранения дефекта концевого отдела носа.
Анамнез жизни
* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает; * аллергологический анамнез не отягощен; * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.

Объективный статус

Для постановки диагноза необходимо провести

- возраст пациентки
- ранняя активизация пациентки
- промедление в обращении к хирургу
- курение

Результаты обследования

Для определения тактики коррекции необходимо

- возраст пациентки
- ранняя активизация пациентки
- промедление в обращении к хирургу
- курение

Результаты обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациенту следует поставить диагноз

- возраст пациентки
- ранняя активизация пациентки
- промедление в обращении к хирургу
- курение

Диагноз

Лечение пациента должно проводиться в условиях

- кабинета пластического хирурга
- дневного стационара
- стационара
- амбулатории

Назначение медикаментозного лечения пациенту показано в виде

- предоперационной антикоагулянтной терапии
- предоперационной гемостатической терапии
- предоперационной антибактериальной терапии
- послеоперационной антибактериальной терапии

Основным видом лечения данной патологии является

- заживление раны во влажной среде
- химиотерапия

- хирургическое лечение
- лазеротерапия

Учитывая характер дефекта, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме пластики дефекта

- дистанционным стебельчатым кожно-жировым лоскутом с передней брюшной стенки
- реваскуляризированным лучевым кожным трансплантатом
- расщепленным кожным трансплантатом с боковой поверхности бедра
- ротационным кожно-жировым носо-щечным лоскутом

Для реализации данного метода необходимо +____+ этап(а)

- 4
- 1
- 3
- 2

Сроки, необходимые для завершения восстановительного лечения по данной методике, составляют

- 3 недели
- 1 неделя
- 6 месяцев
- 1 месяц

Выбранному методу соответствует схема операции
При возникновении в раннем послеоперационном периоде застойных явлений в лоскуте следует выполнить

- согревание лоскута
- интервальное охлаждение лоскута (по 20 минут через час – 3 раза)
- микротоковую терапию
- насечки на лоскуте до появления капель крови

Перед данным видом лечения пациента следует предупредить о/об

- согревание лоскута
- интервальное охлаждение лоскута (по 20 минут через час – 3 раза)
- микротоковую терапию
- насечки на лоскуте до появления капель крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 20 лет на первичном приеме у пластического хирурга по поводу остаточных деформаций верхней губы и носа после коррекции односторонней расщелины верхней губы.

Жалобы

Жалобы на деформацию носа, верхней губы. Сужение левого носового хода.

Анамнез заболевания

Первичная ринохейлоуранопластика выполнена в возрасте 8 месяцев. Имеется остаточная деформация после хирургической коррекции врожденной расщелины верхней губы.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает; * аллергологический анамнез не отягощен; * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.

Объективный статус

Status praesens: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 120/70 мм рт.ст, ЧСС – 74 в 1 мин. Психо-эмоционально стабильна.

Для постановки диагноза нобходимо провести

- согревание лоскута
- интервальное охлаждение лоскута (по 20 минут через час – 3 раза)
- микротоковую терапию
- насечки на лоскуте до появления капель крови

Результаты обследования

Дополнительным методом исследования для постановки диагноза является

- согревание лоскута
- интервальное охлаждение лоскута (по 20 минут через час – 3 раза)
- микротоковую терапию
- насечки на лоскуте до появления капель крови

Результаты обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- согревание лоскута
- интервальное охлаждение лоскута (по 20 минут через час – 3 раза)
- микротоковую терапию
- насечки на лоскуте до появления капель крови

Диагноз

Лечение пациента должно проводиться в условиях

- «дневного стационара»
- амбулатории (на дому)
- стационара (отделение интенсивной терапии)
- стационара

Для предупреждения стеноза ноздри в послеоперационном периоде следует использовать

- гормональные мази
- физиолечение
- гипсовую повязку в области носа
- силиконовые вкладыши

Основным видом лечения данной патологии является

- физиотерапевтическое лечение с ионофорезом
- лазеротерапия
- химиотерапия
- хирургическое лечение

Учитывая характер дефекта, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме

- реконструктивной хейлоринопластики
- пересадки лоскута с передней брюшной стенки
- пластики реваскуляризированным лучевым лоскутом
- пластики расщепленным кожным трансплантатом

Для реализации данного метода необходимо провести +_____+ этап(а) хирургической коррекции

- 4
- 3
- 2
- 1

Наиболее оптимальным способом коррекции является

- использование скользящего лоскута с верхней губы
- способ хейлориносептопластики по Д.Р. Милларду
- способ хейлориносептопластики по И.А. Козину
- способ хейлориносептопластики по Ф.М. Хитрову

В раннем послеоперационном периоде вероятным осложнением является

- несостоятельность швов
- выраженный отек
- некроз дистального отдела лоскута

- грубое рубцевание

Назначение медикаментозного лечения пациентке показано в виде

- антикоагулянтная терапия
- антигистаминной терапии
- местной антибиотикотерапии
- курса общей гемостатической терапии

Снятие швов после оперативного вмешательства производят на +_____+ день

- антикоагулянтная терапия
- антигистаминной терапии
- местной антибиотикотерапии
- курса общей гемостатической терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 55 лет впервые обратилась к пластическому хирургу.
Жалобы
Жалобы на избытки кожи в области верхних век, морщины в области лба.
Анамнез заболевания
Имеются возрастные изменения в области верхних век, лба. Из косметических процедур- проводилась мезотерапия кожи лица и шеи 2 раза в год, в последнее время без видимого эффекта.
Анамнез жизни
* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает; * аллергологический анамнез не отягощен; * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.
Объективный статус
* Statuspraesens: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 120/70 мм рт.ст, ЧСС – 74 в 1 мин. Психо-эмоционально стабильна. * Statuslocalis: нижний край брови расположен на уровне верхне-орбитального края глазницы, отмечается птоз наружного края брови. В области лба имеются горизонтальные морщины, кожа в области лба легко смешаетсяс лобной мышцей кверху. Высота лба нормальная. Тургор кожи снижен. В области верхних и нижних век имеются избытки кожи.
Для постановки диагноза необходимо провести

- антикоагулянтная терапия
- антигистаминной терапии
- местной антибиотикотерапии
- курса общей гемостатической терапии

Результаты обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- антикоагулянтная терапия
- антигистаминной терапии
- местной антибиотикотерапии
- курса общей гемостатической терапии

Диагноз

Пациентке показано оперативное вмешательство, которое выполняется в условиях

- «дневного стационара»
- амбулатории
- стационара
- кабинета пластического хирурга

Малоинвазивным методом коррекции данных возрастных изменений мягких тканей верхней зоны лица является

- массаж
- ботулотоксин типа А
- микротоковая терапия
- ультрафонофорез

Основным видом лечения данной патологии с долгосрочным (более года) эффектом является

- лазеротерапия
- хирургическое лечение
- rf-лифтинг
- химические срединные пилинги

Возможным вариантом хирургической коррекции возрастных изменений мягких тканей верхней зоны лица у данной пациентки является

- блефаропластика с иссечением избытка кожи и периорбитального жира
- эндоскопический лифтинг лобно-височных областей
- липофилинг подбровных областей
- биполярное радиочастотное воздействие

Преимуществом эндоскопического лифтинга лобно-височных областей является

- отсутствие болевого синдрома в области вмешательства

- меньший риск повреждения моторных ветвей лицевого нерва
- возможность выполнения блефаропластики из того же доступа
- минимальная травматичность

Плоскость диссекции при эндоскопическом лобно-височном лифтинге следует проводить: в лобной области - +_____+ , в височной области

- поднадкостнично; по поверхностному листку собственной (глубокой) височной фасции
- подкожно; по поверхностной (темпоропариетальной) фасции
- поднадкостнично; поднадкостнично
- подкожно; по глубокому листку собственной(глубокой) височной фасции

Результат применения хирургической техники следует оценить через

- 6 месяцев
- 1 неделя
- 1 месяц
- 1 год

Возможным осложнением хирургической коррекции птоза бровей и атрофии тканей лобной области является

- нарушение зрения
- выраженный отек мягких тканей
- временное нарушение чувствительности в области коррекции
- алопеция

К неудовлетворительному результату коррекции относят

- длительная послеоперационная реабилитация
- нарушение чувствительности кожи в области коррекции
- гиперпигментация
- рецидив птоза бровей

При возникновении симптомов нарушения иннервации следует

- длительная послеоперационная реабилитация
- нарушение чувствительности кожи в области коррекции
- гиперпигментация
- рецидив птоза бровей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К. 53 лет, обратилась впервые к пластическому хирургу для устранения деформации шейно-подбородочной области.

Жалобы

Пациентка К. 53 лет, обратилась с жалобами на наличие опущения мягких тканей лица и шеи, что вызывало выраженную эстетическую деформацию.

Анамнез заболевания

Изменения возрастные. К пластическому хирургу обратилась впервые.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает; * аллергологический анамнез не отягощен; * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает.

Объективный статус

Status praesens: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 110/60 мм рт.ст, ЧСС – 66 в 1 мин. Психо-эмоционально стабильна.

Для постановки диагноза необходимо провести

- длительная послеоперационная реабилитация
- нарушение чувствительности кожи в области коррекции
- гиперпигментация
- рецидив птоза бровей

Результаты обследования

При коротких шеях с выраженными признаками деформационного типа старения мягких тканей для выявления причин деформации шейно-подбородочной области следует провести

- длительная послеоперационная реабилитация
- нарушение чувствительности кожи в области коррекции
- гиперпигментация
- рецидив птоза бровей

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование следует проводить в

- вертикальном положении
- положении полусидя
- положении лежа на боку
- горизонтальном положении

По данным УЗИ: При ультразвуковом исследовании визуализировались избыточное скопление жировой ткани над платизмой в области подбородка и шеи, нарушение контура нижней челюсти за счет скопления жировой ткани, птозированные медиальные тяжи платизмы Возрастные нарушения контуров шейно-подбородочной области у данной пациентки обусловлены

- низким расположением подъязычной кости
- локальным избытком ПЖК
- низким расположением щитовидного хряща
- гипертрофией двубрюшной мышцы

Для коррекции пациентке следует рекомендовать

- радиочастотный лифтинг
- лазеротерапия
- хирургическое лечение
- фотодинамическая терапия

Рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме лифтинга мягких тканей щечно-шейной области в сочетании с

- платизмопластикой и липосакцией переднее-боковых отделов шеи
- фракционной углекислой лазеротерапией и подплатизмальной липоэктомией
- фракционной углекислой лазеротерапией в сочетании с нитевой(лигатурной) коррекцией
- контурной пластикой подбородочной области имплантатом

Для выполнения данного вмешательства возможно использовать +_____+ хирургический доступ (разрез)

- височно-предушно-заушно-затылочный
- внутриротовой над переходной складкой нижней губы
- трансвенечный (бикоронарный)
- внутриротовой эндобуккальный

Средние сроки реабилитации при отсутствии осложнений при использовании данной методики составляют

- 1 месяц
- 1 неделя
- 2 недели
- 6 месяцев

При липосакции шейно-подбородочной области возможно ятрогенное повреждение

- лицевой артерии
- языкоглоточного нерва
- краевой ветви лицевого нерва
- большого ушного нерва

В раннем послеоперационном периоде возможно образование

- алопеция
- повреждение чувствительных нервов
- образование патологических рубцов
- гематомы

В послеоперационном периоде следует носить компрессионную повязку

- 30 дней
- 3 дня
- 2 недели
- 7 дней

В раннем послеоперационном периоде пациентке следует обеспечить

- 30 дней
- 3 дня
- 2 недели
- 7 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 63 года на первичном осмотре у пластического хирурга.
Жалобы
На неудовлетворительную форму живота, глубокую складку в нижнем отделе с формированием кожно-жирового фартука, отсутствие пупка.
Анамнез заболевания
Изменения возрастные, послеродовые и послеоперационные.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, рефлюкс-эзофагит вне обострения, гипотиреоз (постоянный прием L-тироксина); гипертоническая болезнь (рабочее давление 130-135/80 мм рт.ст., редкие подъемы давления до 150/90) постоянную гипотензивную терапию отрицает; бронхиальная астма (ремиссия более 5 лет); * Перенесенные операции: экстирпация матки с придатками 15 лет назад по поводу гиперпластического процесса в области шейки матки; после операции принимала заместительную гормонотерапию (ЗГТ) в течение 3-х лет, в настоящее время ЗГТ отрицает; в анамнезе многократные роды – 40, 37 и 29 лет назад. Диастаз прямых мышц живота появился после второй беременности и родов. * 18 лет назад оперирована по поводу пупочной грыжи. Выполнена пупочная герниопластика по Мейо без сохранения пупка * Вредные привычки – отрицает; * Аллергоанамнез: Аллергия на шерсть домашних животных.
Объективный статус
Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Клинических признаков

варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоэмоционально стабильна.

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основным клиническим/ инструментальным методом обследования является

- 30 дней
- 3 дня
- 2 недели
- 7 дней

Результаты инструментальных методов обследования

В предоперационное обследование для определения риска развития тромбэмболических осложнений необходимо включить

- ангиографию артерий нижних конечностей
- КТ ангиографию сосудов нижних конечностей
- флуоресцентную лимфографию с индоцианином зеленым
- ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей

Фотодокументирование перед операцией включает фотографирование анфас и профиль, анфас и профиль с наклоном вперед и

- ракурс 3/4
- анфас в положении сидя
- анфас и профиль в положении лежа
- анфас со спины

Учитывая жалобы, данные анамнеза и обследования пациентке следует поставить диагноз: Деформация передней брюшной стенки,

- ракурс 3/4
- анфас в положении сидя
- анфас и профиль в положении лежа
- анфас со спины

Диагноз

Системными проявлениями эстетической деформации у данной пациентки можно предположить

- эндокринные нарушения, бытовую аллергию, дисфункцию органов репродуктивной системы
- дисфункцию органов ЖКТ, нарушение дыхательной функции и сердечно-сосудистой системы
- радикулопатию, мио-фасциальный синдром
- вальгусную деформацию стопы, артрозы и артриты крупных суставов

Основным методом хирургической коррекции является

- миниабдоминопластика
- классическая абдоминопластика с пластикой апоневроза
- комбинированная абдоминопластика с вертикальным и горизонтальным разрезами
- липосакция подпупочной зоны

Для достижения наилучшего эстетического вида передней брюшной стенки в план операции следует включить

- реконструкцию пупка
- липосакцию боковых отделов спины
- редукционную маммопластику
- мастопексию

Разметку реципиентной локализации будущего пупка следует выполнить по средней линии на

- середине расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением
- уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше
- 18-20 см выше линии оволосения лобка
- уровне плавающих ребер

При правильной разметке верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике следует до уровня

- эпигастральной области
- мечевидного отростка и края реберной дуги
- субмаммарной складки
- плавающих ребер по дугообразной линии соединяющих их

Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления после абдоминопластики в предоперационном периоде данной пациентке следует назначить

- лимфодренаж нижних конечностей и передней брюшной стенки
- лечебную физкультуру с нагрузкой на мышцы брюшного пресса
- кинестетическое тейпирование
- предоперационное ношение компрессионного белья

Основным фактором риска развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки, не связанным с большим объемом операции является

- гипотиреоз
- экстирпация матки в анамнезе
- возраст старше 40 лет

- беременность и роды в анамнезе

Наличие в раннем послеоперационном периоде некупируемой пульсирующей боли и флюктуации в области вмешательства, коллаптоидного состояния, нарастания отека передней брюшной стенки и ее асимметрия, выраженные экхимозы, более 50 мл крови со сгустками указывает на признаки

- гипотиреоз
- экстирпация матки в анамнезе
- возраст старше 40 лет
- беременность и роды в анамнезе

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 33 года на первичном осмотре у пластического хирурга.
Жалобы
На неудовлетворительную форму живота, нависание кожно-жировой складки в нижних отделах живота.
Анамнез заболевания
Изменения послеродовые и послеоперационные (оперативное родоразрешение).
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Сопутствующие заболевания: отрицает; * Перенесенные операции: оперативное родоразрешение 3 и 5 лет назад; прочие травмы и операции отрицает; * Вредные привычки – отрицает; * Аллергоанамнез: без особенностей.
Объективный статус
Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоэмоционально стабильна.
Необходимым для постановки диагноза и подготовки хирургическому вмешательству основным клиническим методом обследования является

- гипотиреоз
- экстирпация матки в анамнезе
- возраст старше 40 лет
- беременность и роды в анамнезе

Результаты инструментальных методов обследования

Обязательным методом предоперационного обследования пациента для определения риска развития тромбэмболии легочной артерии в послеоперационном периоде является

- ангиография артерий нижних конечнностей
- флуоресцентная лимфография с индоцианином зеленым
- КТ ангиография сосудов нижних конечностей
- ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо проекций анфас и профиль с наклоном вперед, ракурс 3/4, необходимо выполнить фотографирование

- анфас и профиль в положении стоя
- анфас в положении сидя
- анфас со спины
- анфас и профиль в положении лежа

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас и профиль в положении стоя
- анфас в положении сидя
- анфас со спины
- анфас и профиль в положении лежа

Диагноз

Основным методом хирургической коррекции является

- закрытая миниабдоминопластика
- липосакция подпупочной зоны
- открытая миниабдоминопластика
- классическая абдоминопластика с транспозицией пупка

Для достижения наилучшего результата в план операции следует включить

- пластику апоневоза прямых мышц живота в надпупочной зоне
- реконструкцию и транспозицию пупка
- липосакцию лобковой области
- липосакцию боковых отделов спины, поясницы и брюшной стенки

Для выполнения данного вмешательства показан ограниченный _____ разрез

- верхний реверсный
- периумбиликальный
- вертикальный срединный мечевидно-лобковый
- нижний горизонтальный надлобковый

Если в послеоперационном периоде во время перевязки отмечается обильное серозное отделяемое, потемнение кожи по краям разреза, замедление скорости сосудистого пятна, необходимо заподозрить развитие

- пареза кишечника
- ишемии и липонекроза
- перфорации кишечника
- острой гематомы

В раннем послеоперационном периоде пациентке следует запретить

- прием твердой и полутвердой пищи
- ложиться на живот
- вставать ранее 3-х суток после операции
- принимать положение полусидя

Риск развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки после оперативного вмешательства следует расценивать как

- очень высокий
- высокий
- средний
- низкий

Перед операцией пациентку следует предупредить о ношении компрессионного белья в послеоперационном периоде в течение +_____+ недель

- 2
- 4
- 8
- 1

Перед операцией пациентку следует предупредить о возможности возобновления аэробной нагрузки в послеоперационном периоде не ранее, чем через +_____+ недель

- 2
- 4
- 8
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 57 лет на первичном осмотре у пластического хирурга.

Жалобы
На неудовлетворительную форму живота, глубокую складку в нижнем отделе с формированием кожно-жирового фартука, отсутствие пупка.
Анамнез заболевания
Изменения возрастные и послеродовые.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка вне обострения; в период обострения применяет антацидные, обволакивающие средства и ингибиторы протоновой помпы, гипертоническая болезнь (рабочее давление 125-130/80 мм рт.ст., редкие подъемы давления до 150/90) в качестве постоянной гипотензивной терапии применяет Ко-диротон 10 мг 1 раз в день; * По результатам триплексного ультразвукового исследования выявлены признаки варикозной болезни левой нижней конечности. УЗ признаков тромбоза вен нижних конечностей на момент осмотра не выявлено. * Перенесенные операции: менискэктомия слева в возрасте 20 лет; удаление полипа эндометрия 3,5 года назад; * Менопауза с 52 лет. Прием заместительной гормонотерапии в течении 1,5 года после наступления менопаузы. В настоящее время ЗГТ отрицает; отмена ГЗТ связана с возникновение полипа эндометрия. * Вредные привычки – отрицает; * Аллергоанамнез: без особенностей.
Объективный статус
Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоэмоционально стабильна.
Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основным клиническим/ инструментальным методом обследования является

- 2
- 4
- 8
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде тромбоэмболии легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование

- ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей
- КТ ангиографию сосудов нижних конечностей
- ангиографию артерий нижних конечностей
- флуоресцентную лимфографию с индоцианином зеленым

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4), необходимо выполнить фотографирование

- анфас в положении сидя
- анфас со спины
- анфас и профиль с наклоном вперед
- анфас и профиль в положении лежа

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас в положении сидя
- анфас со спины
- анфас и профиль с наклоном вперед
- анфас и профиль в положении лежа

Диагноз

Системными проявлениями эстетической деформации у данной пациентки можно предположить

- эндокринные нарушения, бытовую аллергию, дисфункцию органов репродуктивной системы
- вальгусную деформацию стопы, артрозы и артриты крупных суставов
- радикулопатию, мио-фасциальный синдром
- дисфункцию органов ЖКТ и сердечно-сосудистой системы

Основным методом хирургической коррекции является

- классическая абдоминопластика с пластикой апоневроза
- реверсная абдоминопластика с одномоментной редукцией молочных желез пожеланию пациентки
- липосакция подпупочной зоны и боковых отделов живота
- комбинированная абдоминопластика с вертикальным и горизонтальным разрезами

Разметку реципиентной локализации пупочного кольца следует выполнить по средней линии

- на уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше
- на середине расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением
- на уровне плавающих ребер
- на 18-20 см выше линии оволосения лобка

При правильной разметке верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике следует до уровня

- субмаммарной складки
- плавающих ребер по дугообразной линии соединяющих их
- эпигастральной области
- мечевидного отростка и края реберной дуги

Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления после абдоминопластики в предоперационном периоде данной пациентке следует назначить

- кинестетическое тейпирование
- лимфодренаж нижних конечностей и передней брюшной стенки
- предоперационное ношение компрессионного белья
- лечебную физкультуру с нагрузкой на мышцы брюшного пресса

Факторами риска развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки являются

- беременность и роды в анамнезе
- гипертоническая болезнь, прием гипотензивных препаратов
- варикозное расширение вен нижней конечности
- прием заместительной гормонотерапии в анамнезе

Наличие в раннем послеоперационном периоде вздутия живота, умеренных распространенных болей в животе, тошноты и рвоты, одышки, поверхностного дыхания и артериальной гипотензии являются признаками

- перфорации кишечника
- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- острой гематомы

Особенностью послеоперационного периода, о которой необходимо предупредить пациентку перед началом лечения, является

- перфорации кишечника
- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- острой гематомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 32 года на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
На неудовлетворительную форму и провисание молочных желез.
Анамнез заболевания
Молочные железы изначально нормального объема, значительно увеличились в период первой беременности и лактации. В анамнезе двукратные роды и грудное вскармливание; лактация достаточного объема, в течение 9 и 11 месяцев после первых и вторых родов соответственно. После окончания периода лактации форма молочных желез радикально изменилась, а также несколько уменьшился объем. Целью обращения пациентки является восстановление формы молочных желез без увеличения объема.
Анамнез жизни
Росла и развивалась нормально В анамнезе: * Детские и респираторные инфекции; * Беременности и роды 5 и 3 года назад; * Травмы и операции отрицает; * Наследственность не отягощена; * Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 26-28 дней. Месячное кровотечение 5 дней, кровопотеря среднего объема, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет; * Вредные привычки отрицает; * Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает;
Объективный статус
При поступлении рост 163 см, масса тела 55 кг, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психоэмоционально – стабильна.
Необходимым для постановки диагноза клиническим /лабораторным методом обследования является

- перфорации кишечника
- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- острой гематомы

Результаты клинического /лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является

- перфорации кишечника
- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- острой гематомы

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки +_____+ день менструального цикла

- 5-12
- 14-18
- 1-4
- 20-28 (30)

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- 5-12
- 14-18
- 1-4
- 20-28 (30)

Диагноз

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций, необходимо выполнить фотографирование

- анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками
- анфас в положении лежа
- полупрофиль и профиль справа и слева с поднятыми руками
- полупрофиль и профиль в положении сидя

Оптимальным вариантом хирургической коррекции является

- периареолярная мастопексия
- мастопексия с транспортом САК на питающей ножке
- редукционная маммопластика с транспортом САК на питающей ножке
- редукционная маммопластика по Торек

Учитывая клиническую ситуацию, оптимальный для транспорта сосково-ареолярного комплекса является +_____+ питающая ножка

- центральная
- верхняя
- верхнее-медиальная
- нижне – центральная

Раскрой при резекции кожного «чехла» и результирующий рубец в данном случае следует планировать как

- инвертированный Т
- горизонтальный
- косо-вертикальный

- периареолярный

Главным условием для транспорта САК с надежной васкуляризацией является

- толщина слоя подлежащих тканей в зоне САК не менее 2 см
- сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне САК
- нижнее основание ножки
- отношение длины питающей ножки к ее ширине не более 1:2

Наиболее вероятным местным осложнением для данного типа операций является

- развитие фиброзно- кистозной мастопатии
- развитие галактореи
- ишемия сосково-ареолярного комплекса
- лимфостаз верхних конечностей

Учитывая особенности послеоперационного периода, пациентку следует предупредить о необходимости

- исключения аэробной нагрузки в течение 3-х месяцев
- ограничения подъема тяжестей весом более 1 кг в течение месяца
- общей гормонотерапии в течении 2 месяцев
- ношения компрессионного белья в течение 4-5 недель

Частота планового ультразвукового исследования в отдаленном послеоперационном периоде у данной пациентки – 1 раз в +_____+ года (лет)

- исключения аэробной нагрузки в течение 3-х месяцев
- ограничения подъема тяжестей весом более 1 кг в течение месяца
- общей гормонотерапии в течении 2 месяцев
- ношения компрессионного белья в течение 4-5 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Девушка 19 лет на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
Эстетически неприемлемая форма и малый объем молочных желез, крайне выраженный психологический дискомфорт при общении с противоположным полом, ограничение в выборе нижнего белья и одежды.
Анамнез заболевания
Форма молочных желез сформировалась в пубертатном периоде, с

наступлением менархе не изменилась. К пластическому хирургу обратилась впервые.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально В анамнезе: * Детские и респираторные инфекции; * Травмы и операции отрицает; * Наличие сопутствующих заболеваний отрицает; * Отмечает позднее менархе (после 16 лет). Овариально-менструальный цикл: длительность 30-32 дня. Месячное кровотечение 2-3 дня, выделения среднего количества, болевой синдром кратковременный, средней степени, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет. В предменструальном периоде молочные железы не реагируют, нагрубание ткани желез не наблюдается. Беременности и родов в анамнезе нет; * Аллергологический анамнез – пищевая аллергия не некоторые виды рыбы и клубнику; * Наследственность не отягощена; * Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нормы; * Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост 160 см, масса тела 50 кг, По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Психоэмоционально – стабильна.

Необходимым для постановки диагноза клиническим/лабораторным методом обследования является

- исключения аэробной нагрузки в течение 3-х месяцев
- ограничения подъема тяжестей весом более 1 кг в течение месяца
- общей гормонотерапии в течении 2 месяцев
- ношения компрессионного белья в течение 4-5 недель

Результаты клинического /лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является

- исключения аэробной нагрузки в течение 3-х месяцев
- ограничения подъема тяжестей весом более 1 кг в течение месяца
- общей гормонотерапии в течении 2 месяцев
- ношения компрессионного белья в течение 4-5 недель

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки +_____+ день менструального цикла

- 5-12
- 20-28 (30)
- 14-18
- 1-4

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- 5-12
- 20-28 (30)
- 14-18
- 1-4

Диагноз

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций, необходимо выполнить фотографирование

- анфас в положении лежа
- полупрофиль и профиль в положении сидя
- полупрофиль и профиль с обеих сторон с поднятыми руками
- анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками

Основным методом хирургической коррекции в данном случае является

- редукционная маммопластика
- тканевая экспансия
- подкожная мастэктомия
- аугментационная маммопластика

Для достижения оптимального результата в данном случае аугментацию молочных желез следует сочетать с

- мастопексией в виде инвертированного Т
- циркумвертикальной мастопексией
- резекцией ткани молочной железы
- коррекцией диаметра сосково-ареолярного комплекса

Оптимальным имплантатом/эндопротезом с учетом пожеланий пациентки в данном случае является

- анатомический имплантат полной высоты и высокой проекции, высота в диапазоне 13,0-13,5 см, ширина в диапазоне 12,0-12,5 объемом в диапазоне 375-425 см³/г
- круглый имплантат экстра высокого/высокого профиля, диаметром в диапазоне 12,2-12,75 см, объемом 400-470 см³/г
- круглый имплантат низкого профиля, диаметр в диапазоне 13,2-13,5, объемом 340-360 см³/г
- круглый имплантат среднего профиля, диаметр в диапазоне 11,2–11,5 см, объемом 225-250 см³/г

Тактикой выбора при возможном рецидиве констрикции основания молочных желез является

- реэндопротезирование имплантатом меньшего объема
- реэндопротезирование с перемещением имплантата в субпекторальный карман
- липофилинг молочных желез
- удаление имплантата с повторной редрапировкой железистой ткани

Объем жировой ткани при липофилинге в данном случае следует распределять следующим образом

- максимальный объем в нижнем склоне
- максимальный объем в верхнем склоне
- равномерно по площади конуса молочной железы
- аксимальный объем в медиальном склоне

Период обязательного ношения компрессионного белья после данной операции составляет +_____+ недель(и)

- 4-5
- 8-10
- 2-3
- 10-12

Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет +_____+ недель(и)

- 4-5
- 8-10
- 2-3
- 10-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 27 лет на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
Уменьшение объема и изменение формы молочных желез после лактации.
Анамнез заболевания
Исходно молочные железы небольшого размера. Во время беременности и лактации (4 года назад) отмечала умеренное увеличение молочных желез. После окончания лактации – резкое уменьшение объема и изменение формы и консистенции молочных желез. Цель обращения – увеличение объема молочных желез, превышающий первоначальные размеры, с акцентом в области верхнего полюса.
Анамнез жизни
Росла и развивалась нормально В анамнезе: * Детские и респираторные инфекции; * Травмы и оперативные вмешательства – оперативное

родоразрешение 4 года назад; * Наличие сопутствующих заболеваний отрицает; * Овариально-менструальный цикл в норме, длительность 28 дней. Месячное кровотечение 3-4 дня, среднего, болевой синдром кратковременный, выражен слабо, вегетативных расстройств, связанных с овариально-менструальным циклом нет; * Аллергологический анамнез – без особенностей; * Наследственность не отягощена; * Объем молочных желез у женщин в семье – в пределах среднестатистической нормы; * Онкологический семейный анамнез по материнской линии по раку молочных желез отрицает

Объективный статус

При поступлении рост 162 см, масса тела 47 кг, телосложение – астеническое, дыхательная, сердечно-сосудистая системы, органы пищеварения без особенностей. Гемодинамика стабильна. Психоэмоционально – стабильна.

Необходимым для постановки диагноза клиническим /лабораторным методом обследования является

- 4-5
- 8-10
- 2-3
- 10-12

Результаты клинического /лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к вмешательству инструментальным методом обследования является

- 4-5
- 8-10
- 2-3
- 10-12

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки +_____+ день менструального цикла

- 20-28 (30)
- 1-4
- 14-18
- 5-12

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- 20-28 (30)
- 1-4
- 14-18
- 5-12

Диагноз

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций, необходимо выполнить фотографирование

- анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками
- полупрофиль и профиль справа и слева с поднятыми руками
- анфас в положении лежа
- полупрофиль и профиль в положении сидя

Основным методом хирургической коррекции в данном случае является

- аугментационная маммопластика субгландулярная
- редрапировка ткани молочных желез
- циркумвертикальная мастопексия
- аугментационная маммопластика ретропекторальная

Оптимальным оперативным доступом в данном случае является

- трансаксиллярный
- трансареолярный
- субмаммарный
- трансабдоминальный

Для достижения оптимального результата в данном случае аугментацию молочных желез следует сочетать с

- коррекцией диаметра САК
- мастопексией в виде инвертированного Т
- вертикальной мастопексией
- редрапировкой ткани железы

Оптимальным имплантатом/эндопротезом с учетом пожеланий пациентки в данном случае является

- круглый имплантат экстра высокого/высокого профиля, диаметром в диапазоне 12,2-12,75 см, объемом 400-470 $см^3$/г
- круглый имплантат среднего/ среднего плюс профиля, диаметр в диапазоне 11,2–11,5 см, объемом 250-275 $см^3$/г
- анатомический имплантат полной высоты и высокой проекции, высота в диапазоне 13,0-13,5 см, ширина в диапазоне 12,0-12,5 объемом в диапазоне 375-425 $см^3$/г
- круглый имплантат низкого профиля, диаметр в диапазоне 13,2-13,5, объемом 340-360 $см^3$/г

Тактикой выбора при возможном контурировании имплантата в отдаленном периоде (при отсутствии данных за рубцовую капсулярную контрактуру) является

- реэндопротезирование с перемещением имплантата в субмаммарный слой
- реэндопротезирование имплантатом меньшего объема
- липофилинг молочных желез
- ревизия кармана, удаление имплантата

Период обязательного ношения компрессионного белья после данной операции составляет +_____+ недель(и)

- 2-3
- 4-5
- 10-12
- 8-10

Период обязательного ограничения аэробной физической нагрузки после данной операции составляет +_____+ недель(и)

- 2-3
- 4-5
- 10-12
- 8-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 63 года на первичном осмотре у пластического хирурга.
Жалобы
На неудовлетворительную форму живота, глубокую складку в нижнем отделе с формированием кожно-жирового фартука, отсутствие пупка.
Анамнез заболевания
Изменения возрастные, послеродовые и послеоперационные.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, рефлюкс-эзофагит вне обострения, гипотиреоз (постоянный прием L-тироксина); гипертоническая болезнь (рабочее давление 130-135/80 мм рт.ст., редкие подъемы давления до 150/90) постоянную гипотензивную терапию отрицает; бронхиальная астма (ремиссия более 5 лет); * Перенесенные операции: экстирпация матки с придатками 15 лет назад по поводу гиперпластического процесса в области шейки матки; после операции принимала заместительную гормонотерапию (ЗГТ) в течение 3-х лет, в настоящее время ЗГТ отрицает. В анамнезе многократные роды – 40, 37 и 29 лет назад. Диастаз прямых мышц живота появился после второй беременности и родов; * 18 лет назад оперирована по поводу пупочной грыжи. Выполнена пупочная герниопластика по Мейо без сохранения пупка; * Вредные привычки – отрицает; * Аллергоанамнез: Аллергия на шерсть домашних животных.

Объективный статус
Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоэмоционально стабильна.
Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основным клиническим/ инструментальным методом обследования является

- 2-3
- 4-5
- 10-12
- 8-10

Результаты клинических/ инструментальных обследований

Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде тромбоэмболии легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование

- КТ ангиографию сосудов нижних конечностей
- ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей
- флуоресцентную лимфографию с индоцианином зеленым
- ангиографию артерий нижних конечностей

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4), необходимо выполнить фотографирование

- анфас и профиль в положении лежа
- анфас со спины
- анфас и профиль с наклоном вперед
- анфас в положении сидя

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас и профиль в положении лежа
- анфас со спины
- анфас и профиль с наклоном вперед
- анфас в положении сидя

Диагноз

Системными проявлениями эстетической деформации у данной пациентки можно предположить

- дисфункцию органов ЖКТ, нарушение дыхательной функции и сердечно-сосудистой системы
- вальгусную деформацию стопы, артрозы и артриты крупных суставов
- эндокринные нарушения, бытовую аллергию, дисфункцию органов репродуктивной системы
- радикулопатию, мио-фасциальный синдром

Основным методом хирургической коррекции является

- комбинированная абдоминопластика с вертикальным и горизонтальным разрезами
- классическая абдоминопластика с пластикой апоневроза
- липосакция подпупочной зоны
- миниабдоминопластика

Для достижения наилучшего эстетического вида передней брюшной стенки в план операции следует включить

- мастопексию
- редукционную маммопластику
- липосакцию боковых отделов спины
- реконструкцию пупка

Разметку реципиентной локализации будущего пупка следует выполнить по средней линии на

- 18-20 см выше линии оволосения лобка
- уровне плавающих ребер
- уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше
- середине расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением

При правильной разметке верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике следует до уровня

- плавающих ребер по дугообразной линии соединяющих их
- субмаммарной складки
- мечевидного отростка и края реберной дуги
- эпигастральной области

Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления после абдоминопластики в предоперационном периоде данной пациентке следует назначить

- кинестетическое тейпирование
- лимфодренаж нижних конечностей и передней брюшной стенки
- предоперационное ношение компрессионного белья

- лечебную физкультуру с нагрузкой на мышцы брюшного пресса

Основным фактором риска развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки, не связанным с большим объемом операции, является

- возраст старше 40 лет
- беременность и роды в анамнезе
- экстирпация матки в анамнезе
- гипотиреоз

Наличие в раннем послеоперационном периоде некупируемой пульсирующей боли и флюктуации в области вмешательства, коллаптоидного состояния, нарастания отека передней брюшной стенки и ее асимметрия, выраженные экхимозы, более 50 мл крови со сгустками указывает на признаки

- возраст старше 40 лет
- беременность и роды в анамнезе
- экстирпация матки в анамнезе
- гипотиреоз

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 33 года на первичном осмотре у пластического хирурга.
Жалобы
На неудовлетворительную форму живота, нависание кожно-жировой складки в нижних отделах живота.
Анамнез заболевания
Изменения послеродовые и послеоперационные (оперативное родоразрешение).
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Сопутствующие заболевания: отрицает; * Перенесенные операции: оперативное родоразрешение 3 и 5 лет назад; прочие травмы и операции отрицает; * Вредные привычки – отрицает; * Аллергоанамнез: без особенностей.
Объективный статус
Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоэмоционально стабильна.
Необходимым для постановки диагноза и подготовки хирургическому вмешательству основным клиническим/инструментальным методом обследования является

- возраст старше 40 лет

- беременность и роды в анамнезе
- экстирпация матки в анамнезе
- гипотиреоз

Результаты клинических/инструментальных методов обследования

Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде тромбоэмболии легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование

- ангиография артерий нижних конечнностей
- КТ ангиография сосудов нижних конечностей
- ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей
- флуоресцентная лимфография с индоцианином зеленым

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4), необходимо выполнить фотографирование

- анфас со спины
- анфас и профиль с наклоном вперед
- анфас в положении сидя
- анфас и профиль в положении лежа

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас со спины
- анфас и профиль с наклоном вперед
- анфас в положении сидя
- анфас и профиль в положении лежа

Диагноз

Основным методом хирургической коррекции является

- открытая миниабдоминопластика
- закрытая миниабдоминопластика
- липосакция подпупочной зоны
- классическая абдоминопластика с транспозицией пупка

Для достижения наилучшего результата в план операции следует включить

- липосакцию лобковой области
- реконструкцию и транспозицию пупка
- липосакцию боковых отделов спины, поясницы и брюшной стенки
- пластику апоневроза прямых мышц живота в надпупочной зоне

Для выполнения данного вмешательства показан ограниченный _____ разрез

- верхний реверсный
- нижний горизонтальный надлобковый
- вертикальный срединный мечевидно-лобковый
- периумбиликальный

Наличие в послеоперационном периоде потемнения кожи по краям разрезов, замедление скорости сосудистого пятна, промокание повязки серозным отделяемым является признаком

- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- перфорации кишечника
- острой гематомы

В раннем послеоперационном периоде пациентке следует запретить

- принимать положение полусидя
- прием твердой и полутвердой пищи
- спать на животе
- вставать ранее 3-х суток после операции

Риск развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки после оперативного вмешательства следует расценивать как

- высокий
- средний
- очень высокий
- низкий

Перед операцией пациентку следует предупредить о ношении компрессионного белья в послеоперационном периоде в течение +_____+ недель

- 8
- 2
- 1
- 4

Перед операцией пациентку следует предупредить о возможности возобновления аэробной нагрузки в послеоперационном периоде не ранее, чем через +_____+ недель

- 8
- 2
- 1

- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 28 лет на первичном амбулаторном приеме врача-пластического хирурга.
Жалобы
Жалобы на наличие заметного выступающего образования правой ушной раковины.
Анамнез заболевания
Восемь лет назад пациенткой выполнен множественный пирсинг по краю завитков ушных раковин. Пирсинг мочек ушей выполнен в детстве, проблемных ситуаций, связанных с ношением украшений в мочках ушей не наблюдалось. Через год после множественного пирсинга появились уплотнения в виде маленьких шариков в области отверстий, которые постепенно увеличивались и приобретали значительно выступающие контуры и темную окраску, сопровождались болезненностью. Через три года предпринята попытка иссечения образований с обеих сторон. В области левой ушной раковины сформировался нормальный тонкий рубец, в области правой ушной раковины после заживления сформировался рубец, аналогичный прежнему. Через полтора года после иссечения рубца была выполнена попытка СВЧ-криодеструкции так же без положительного результата.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Хронические заболевания, прочие оперативные вмешательства и травмы отрицает; * Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые, красную рыбу и несколько видов орехов, а также на шерсть домашних животных и пыльцу березы. * Вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает;
Объективный статус
* Status praesens: в пределах возрастной нормы * Status localis: В области завитка правой ушной раковины определяется плотный рубец темного цвета
Необходимым обследованием для постановки диагноза является

- 8
- 2
- 1
- 4

Результаты обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- 8

- 2
- 1
- 4

Диагноз

Данную патологию необходимо дифференцировать с

- дискоидной волчанкой
- псориатической бляшкой
- нормотрофическим рубцом
- гипертрофическим рубцом

Особенностью келоидного рубца является склонность к

- депигментации
- некротизированию
- рецидивированию
- абсцедированию

Лечение данного вида рубца следует планировать как

- комплексное
- исключительно хирургическое
- монотерапию инъекциями кортикостероидов
- компрессионную терапию и терапию силиконсодержащими средствами

Учитывая характер рубца, рекомендовано хирургическое вмешательство в объеме иссечения рубца и

- пластики ротационным лоскутом
- пластики свободным кожным лоскутом
- широкой мобилизации краев раны
- пластики выдвижным лоскутом

Для снижения риска рецидива после хирургического лечения целесообразно провести

- лимфодренажную терапию
- RF-терапию
- магнитотерапию
- лучевую Букки-терапию

При возникновении признаков рецидивирования келоидного рубца у данной пациентки облучение рубца следует проводить в ритме один раз в +_____+ месяца

- 1.5

- 4
- 3
- 6

При проведении Букки-терапии в послеоперационном периоде пациентку следует предупредить о возникновении местной реакции в виде

- мелких изъязвлений и эрозий
- онемения
- гипертрихоза
- гиперемии и пигментации

После проведения сеанса Букки-терапии для домашнего применения пациентке следует рекомендовать

- спиртовые повязки
- мази на жировой основе
- антибактериальные мази
- гепаринсодержащие гели

В качестве местной противорубцовой инъекционной терапии после хирургической коррекции пациентке следует рекомендовать препараты

- актовегина
- кортикостероидов
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты

В качестве средств противорубцовой терапии для самостоятельного применения после хирургической коррекции в домашних условиях следует рекомендовать

- актовегина
- кортикостероидов
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 37 лет на первичном осмотре у пластического хирурга.
Жалобы
На неудовлетворительную форму живота.
Анамнез заболевания
Изменения послеродовые и послеоперационные (оперативное родоразрешение).

Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Сопутствующие заболевания: отрицает; * Прием гормональных контрацептивов отрицает; * Вредные привычки – отрицает; * Аллергоанамнез: без особенностей.
Объективный статус
Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. АД 115/75, ЧСС 68 в 1 мин. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоэмоционально стабильна.
Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основными клиническим/инструментальным методом обследования является

- актовегина
- кортикостероидов
- низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
- высокомолекулярной гиалуроновой кислоты

Результаты обследования

Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде тромбоэмболии легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование

- флуоресцентную лимфографию с индоцианином зеленым
- ангиографию артерий нижних конечностей
- КТ ангиографию сосудов нижних конечностей
- ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4), необходимо выполнить фотографирование

- анфас и профиль в положении лежа
- анфас в положении сидя
- анфас и профиль с наклоном вперед
- анфас со спины

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас и профиль в положении лежа
- анфас в положении сидя
- анфас и профиль с наклоном вперед
- анфас со спины

Диагноз

Основным методом хирургической коррекции является

- открытая миниабдоминопластика
- липосакция подпупочной зоны
- реверсная абдоминопластика
- закрытая миниабдоминопластика

Оптимизировать процесс данного вмешательства возможно при наличии

- аппарата для водоструйной липосакции
- эндоскопической техники и инструментов
- ирригатора и физиодиспенссера
- степлера для механического шва

Для выполнения данного вмешательства показан(ы)

- верхний реверсный разрез
- миниразрезы без иссечения кожи
- вертикальный нижний срединный разрез
- горизонтальный надлобковый разрез

Наличие в послеоперационном периоде некупируемой пульсирующей боли, флюктуации при пальпации, коллаптоидного состояния, слабости, недомогания, бледности кожных покровов и слизистой, нарастания отека передней брюшной стенки, ее асимметрия, выраженных экхимозов является признаками

- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- перфорации кишечника
- острой гематомы

В раннем послеоперационном периоде пациентке следует запретить

- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- перфорации кишечника
- острой гематомы

Дополнительная информация
По данным УЗДГ: УЗ признаков тромбоза вен нижних конечностей на момент осмотра не выявлено. Противопоказаний к выполнению запланированного оперативного вмешательства нет.
Риск развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки после оперативного вмешательства следует расценивать как

- средний
- высокий
- очень высокий
- низкий

Перед операцией пациентку следует предупредить о ношении компрессионного белья в послеоперационном периоде в течение +_____+ недель(и)

- 1
- 2
- 8
- 4

Перед операцией пациентку следует предупредить о возможности возобновления аэробной нагрузки в послеоперационном периоде не ранее, чем через +_____+ недель(и)

- 1
- 2
- 8
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 41 года на первичном осмотре у пластического хирурга.
Жалобы
На неудовлетворительную форму живота.
Анамнез заболевания
Изменения послеродовые.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; острый цистит во время беременности * Сопутствующие заболевания кисла щитовидой железы, гипотиреоз (эутирокс по 25 мкг/сут) * Перенесенные травмы и операции: ЗЧМТ сотрясение головного в возрасте 13 лет; дентальная имплантация 7 лет назад; * Прием двухфазных гормональных контрацептивов; * Вредные привычки – отрицает; * Аллергоанамнез: аллергия на шерсть животных.
Объективный статус
Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. АД – 110/60 мм рт.ст., ЧСС – 62 в 1 мин. Признаки ретикулярного варикоза нижних конечностей. Психоэмоционально стабильна.

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основным клиническим/инструментальным методом обследования является

- 1
- 2
- 8
- 4

Результаты обследования

Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде тромбоэмболии легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование

- ангиография артерий нижних конечнностей
- флуоресцентная лимфография с индоцианином зеленым
- ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей
- КТ ангиография сосудов нижних конечностей

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4), необходимо выполнить фотографирование

- анфас со спины
- анфас и профиль в положении лежа
- анфас в положении сидя
- анфас и профиль с наклоном вперед

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас со спины
- анфас и профиль в положении лежа
- анфас в положении сидя
- анфас и профиль с наклоном вперед

Диагноз

Основным методом хирургической коррекции является

- открытая миниабдоминопластика
- реверсная абдоминопластика с одномоментной редукцией молочных желез по желанию пациентки
- классическая абдоминопластика с пластикой апоневроза
- комбинированная абдоминопластика с вертикальным и горизонтальным разрезами

Для достижения наилучшего результата в план операции следует включить

- липосакцию подпупочной зоны
- резекцию большого сальника
- липосакцию боковых отделов живота
- герниопластику пупочного кольца

Разметку реципиентной локализации пупочного кольца следует выполнить по средней линии

- на уровне передних верхних остей подвздошных костей или на 2-3 см выше
- на уровне плавающих ребер
- на 18-20 см выше линии оволосения лобка по вертикальной линии от мечевидного отрезка до лобкового симфиза
- на середине расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением

При правильной разметке верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике следует до уровня

- эпигастральной области
- мечевидного отростка и края реберной дуги
- субмаммарной складки по окружности живота
- плавающих ребер

Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления после абдоминопластики в предоперационном периоде данной пациентке следует назначить

- эпигастральной области
- мечевидного отростка и края реберной дуги
- субмаммарной складки по окружности живота
- плавающих ребер

Дополнительная информация
По результатам ультразвукового исследования выявлены признаки варикозной болезни нижних конечностей. УЗ признаков тромбоза вен нижних конечностей на момент осмотра не выявлено. Риск развития тромбоза в послеоперационном периоде: средний Послеоперационные рекомендации: * эластокомпрессия нижних конечностей интраоперационная и послеоперационная; * перемежающаяся пневмокомпрессия интраоперационная; * ранняя активизация послеоперационная; * низкомолекулярные гепарины послеоперационно по схеме на фоне первичного гемостаза; * контроль УЗИ вен нижних конечностей перед выпиской.

Фактором риска развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки, не связанного с большим объемом оперативного вмешательства, является

- прием гормональных контрацептивов
- варикозное расширение вен нижних конечностей
- прием заместительной терапии гормонов щитовидной железы
- артериальная гипотензия
- беременность и роды в анамнезе
- возраст старше 40 лет

Наличие в раннем послеоперационном периоде вздутия живота, умеренных распространенных болей в животе, тошноты и рвоты, одышки, поверхностного дыхания и артериальной гипотензии являются признаками

- перфорации кишечника
- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- острой гематомы

Особенностью послеоперационного периода, о которой необходимо предупредить пациентку перед началом лечения, является

- перфорации кишечника
- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- острой гематомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 29 лет на первичном осмотре у пластического хирурга.
Жалобы
На неудовлетворительную форму живота.
Анамнез заболевания
Изменения послеродовые.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; острый аппендицит в возрасте 15 лет * Сопутствующие заболевания: отрицает; * Перенесенные операции: апендэктомия в возрасте 15 лет; * Вредные привычки – отрицает; * Прием гормональных контрацептивов – отрицает. * Аллергоанамнез: пищевая аллергия на некоторые виды орехов и кунжут.
Объективный статус
Status Praesens: состояние удовлетворительное. По органам и системам – в

пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. Клинических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Психоэмоционально стабильна.

Необходимым для постановки диагноза и подготовки к хирургическому вмешательству основным клиническим/ инструментальными методами обследования является

- перфорации кишечника
- ишемии и липонекроза
- пареза кишечника
- острой гематомы

Результаты обследования

Для выявления степени риска развития в послеоперационном периоде тромбоэмболии легочной артерии в предоперационное обследование следует включить инструментальное исследование

- КТ ангиографию сосудов нижних конечностей
- ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей
- ангиографию артерий нижних конечностей
- флуоресцентную лимфографию с индоцианином зеленым

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо проекций анфас, профиль, ракурс 3/4, анфас и профиль с наклоном вперед, необходимо выполнить фотографирование

- анфас в положении сидя
- ракурс ¾ в положении сидя
- анфас со спины
- анфас в положении лежа

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас в положении сидя
- ракурс ¾ в положении сидя
- анфас со спины
- анфас в положении лежа

Диагноз

Основным методом хирургической коррекции является

- закрытая миниабдоминопластика
- модифицированная абдоминопластика
- липосакция передней брюшной стенки
- открытая миниабдоминопластика

При разведении стандартного тумисцентного раствора Кляйна на 1000 мл физиологического раствора (NaCl -0,9%) следует добавить раствор

- лидокаина 1% - 50 мл
- натрия бикарбоната 8,4% - 12,5 мл
- прилокаина 1% - 50 мл
- триамцинолона (кристаллической суспензии) – 1,0 мл
- адреналина 1 мг (1:1000) – 1 мл
- дистиллированной воды 330 мл

Для выполнения данного вмешательства следует располагать разрезы

- на уровне IX-X пар ребер с двух сторон
- по средней линии на середине расстояния от мечевидного отростка до пупка и на уровне задних верхних подвздошных остей
- по средней линии на середине расстояния от пупка до лобка и на уровне XII пар ребер с двух сторон
- в области пупка и на границе лобковой и паховых областей

Наличие в раннем послеоперационном периоде некупируемой пульсирующей боли, флюктуации при пальпации, коллаптоидного состояния, слабости, бледности кожных покровов, нарастания асимметрии и отека передней брюшной стенки, выраженных экхимозов свидетельствует о

- воспаления
- интоксикации лидокаином
- перфорации кишечника
- острой гематоме

В раннем послеоперационном периоде пациентке следует запретить

- воспаления
- интоксикации лидокаином
- перфорации кишечника
- острой гематоме

Дополнительная информация
Заключение: По результатам триплексного ультразвукового исследования гемодинамически значимой патологии венозной системы нижних конечностей не выявлено. УЗ признаков тромбоза вен нижних конечностей на момент осмотра не выявлено.
Риск развития тромбоэмболии легочной артерии у данной пациентки после оперативного вмешательства следует расценивать как

- низкий
- очень высокий

- средний
- высокий

Перед операцией пациентку следует предупредить о ношении компрессионного белья в послеоперационном периоде в течение +_____+ недель

- 1
- 8
- 2
- 4

Перед операцией пациентку следует предупредить о возможности возобновления аэробной нагрузки в послеоперационном периоде не ранее, чем через +_____+ недель/и

- 1
- 8
- 2
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка Л., 54 года на первичном приему у пластического хирурга.
Жалобы
На наличие эстетического дискомфорта по поводу потери объема мягких тканей лица, снижения эластичности кожи и углубления кожных складок.
Анамнез заболевания
Из анамнеза известно, что ранее пациентка пользовалась только домашними уходовыми средствами. Инъекционные манипуляции и пластические операции ранее не проводились.
Анамнез жизни
Наличие хронический заболеваний, аллергий отрицает.
Объективный статус

Омолаживающей процедурой помимо ритидэктомии и пластики век, показанной данной пациентке, является

- объемное моделирование среднемедиального отдела лица
- фронто-темпоральный лифтинг
- глубокий CMAC-лифтинг
- липосакция нижней зоны лица

Наиболее рациональным материалом для объемного моделирования средней зоны для применения в данной клинической ситуации является

- скуловые имплантаты
- аутологичная жировая ткань
- транспозиция комка Биша
- филлеры на основе гиалуроновой кислоты

Показанием к применению липофилинга в данной ситуации является

- посттравматическая деформация средней зоны лица
- старческая атрофия лица (старческий эластоз)
- асимметрия средней зоны лица
- послеродовые изменения кожи и мягких тканей лица

Разметку точек введения канюль осуществляют

- по желанию хирурга перед операцией в положении стоя
- сидя перед операцией
- стоя, как и разметку областей введения
- лежа на операционном столе

Главным критерием выбора донорской зоны жировой ткани является

- быстрота и доступность взятия
- наличие развитого слоя глубокой жировой клетчатки
- отсутствие рубцовых изменений кожи и мягких тканей
- индивидуальные особенности пациента

Минимальное время, которое следует выждать для реализации эффекта адреналина после введения инфильтрирующего раствора, составляет

- 15 минут
- 30 секунд
- 10 минут
- 5 минут

Одной из основных характеристик канюль для взятия и введения жировой ткани является

- канюля для взятия жировой ткани не менее 4 мм
- одинаковый диаметр канюль
- канюля для взятия жировой ткани должна быть в 2 раза больше канули для введения
- канюля для взятия с 4 отверстиями, канюля для введения с 1

Соотношение физиологического раствора к липоаспирату при отмывании составляет

- 1:3
- 2:1

- 1:2
- 1:1

Наиболее опасной зоной лица с точки зрения риска жировой эмболии артерий является

- височная и скуловая области
- глубокий компартмент щеки
- область угла нижней челюсти и вехрнего отдела подбородка
- область носогубных складок и глабеллы

При необходимости повторной коррекции (в случае частичной резорбции жира) следующая процедура липофиллинга планируется через

- 4 месяца
- 1 месяц
- 2 недели
- 45 дней

При необходимости повторной коррекции (в случае частичной резорбции жира) следующая процедура взятия жировой ткани осуществляется

- из тех же мест, где производилось взятие ранее
- всегда из жировой ткани передней брюшной стенки и внутренней поверхности бедер
- из новых донорских участков
- из мест, наиболее приближенных к месту трансплантации

Факторами, влияющими на приживаемость жирового транплантата, являются

- из тех же мест, где производилось взятие ранее
- всегда из жировой ткани передней брюшной стенки и внутренней поверхности бедер
- из новых донорских участков
- из мест, наиболее приближенных к месту трансплантации

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка Н., 51 год, с диагнозом: «Рубцовая деформация щечно-височной области».
Жалобы
На наличие эстетического дискомфорта по поводу рубцовой деформации и потери объема мягких тканей средней и нижней зон лица с правой стороны.

Анамнез заболевания
Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентке была выполнена резекция околоушной слюнной железы справа ввиду наличия объемного доброкачественного образования. Реконструктивные пластические операции не проводились.
Анамнез жизни
Наличие хронический заболеваний, аллергий отрицает.
Объективный статус

Наиболее рациональным материалом для объемного моделирования средней зоны в данной клинической ситуации является

- аутологичная жировая ткань
- филлеры на основе гиалуроновой кислоты
- скуловые имплантаты
- транспозиция комка Биша

Преимуществом использования жировой ткани в качестве аутотрансплантата в данном случае является

- биосовместимость
- наличие соединительнотканных перетяжек
- краткосрочный результат
- солидная структура ткани

Диаметр канюли для липоаспирации должен составлять не более +____+ мм

- 1,5
- 5
- 1
- 4

Объем шприца для взятия жировой ткани должен быть не более +_____+ мл

- 5
- 20
- 10
- 50

При выполнении «веерной» техники липофилинга у каждого веера должно быть не более +____+ лучей

- 7-8
- 4-5
- 10-14

- 1-2

К основным мерам предосторожности при выполнении липофилинга для избежания жировой эмболии относятся

- выполнение липофилинга точечной техникой
- использование высокого давления и тонкой канюли
- выполнение липофилинга только в глубоких слоях
- медленное введение жира при низком давлении шприца

Наиболее вероятными причинами появления таких осложнений липофилинга, как образование жировых кист и жирового некроза являются

- массаж зоны липофилинга после операции
- выполнение липофилинга болюсной техникой
- размер канюли для липоаспирации более 4 мм
- введение аутожира в поверхностные слои кожи

«Золотой стандарт» липофилинга по Колеману включает в себя следующие параметры

- липоаспирация осуществляется с помощью 50 мл шприцов с вакуумом, созданным оттягиванием поршня шприца на 5-6 делений
- осуществляется вакуум-ассистированная липоаспирация канюлей 2 мм
- липоаспирация осуществляется с помощью 10 мл шприцов с вакуумом, созданным оттягиванием поршня шприца на 2-3 деления
- осуществляется вакуум-ассистированная липоаспирация с отрицательным давлением более 500 мм рт. ст

Результат липофилинга следует оценивать через

- сразу после операции
- 1 месяц
- 3 месяца
- 3 недели

Неоангиогенез проходит в направлении _____ согласно теории «замены трансплантата»

- от периферии к центру
- радиально
- от центра к периферии
- спорадически

Неоадипогенез после липофилинга происходит за счет

- эндотелиальных клеток

- фибробластов
- прогениторов жировых клеток
- макрофагов

Фактором, влияющим на приживаемость жирового транплантата, является

- эндотелиальных клеток
- фибробластов
- прогениторов жировых клеток
- макрофагов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 47 года на амбулаторном приеме врача-пластического хирурга после ранее проведенной операции.
Жалобы
Жалобы на избыток кожи верхних век, «хмурый» вид, отсутствие эффекта от ранее проведенной операции.
Анамнез заболевания
В анамнезе у пациентки два года назад эстетическая пластика верхних век в связи с возрастными изменениями. По истечении 3-4 месяцев после операции стало очевидно, что избыток кожи верхних век по мнению пациентки, так и не был устранен.
Анамнез жизни
* Перенесенные заболевания: детские и респираторные инфекции; * Прочие оперативные вмешательства и травмы: удаление полипа эндометрия – 1 год назад, дентальная имплантация 6 месяцев назад; * аллергологический анамнез: без особенностей; * вредные привычки (курение, алкоголь) отрицает; * профессиональных вредностей не имеет.
Объективный статус
_Status__ __praesens_: По органам и системам – в пределах возрастной нормы. Гемодинамика стабильна. На момент осмотра АД – 125/75 мм рт.ст, ЧСС – 72 в 1 мин. Психоэмоционально стабильна.
Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- эндотелиальных клеток
- фибробластов
- прогениторов жировых клеток
- макрофагов

Результаты обследования

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций (анфас, профиль, ракурс 3/4), необходимо выполнить фотографирование

- анфас в аксиальной нижней проекции с закрытыми и открытыми глазами, периорбитальная область в максимальном увеличении
- анфас и профиль в аксиальной средней проекции с закрытыми и открытыми глазами
- анфас в расслабленном и нахмуренном состоянии и с поднятием бровей, периорбитальная область в ¾ увеличенная
- анфас профиль с открытыми и закрытыми глазами

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- анфас в аксиальной нижней проекции с закрытыми и открытыми глазами, периорбитальная область в максимальном увеличении
- анфас и профиль в аксиальной средней проекции с закрытыми и открытыми глазами
- анфас в расслабленном и нахмуренном состоянии и с поднятием бровей, периорбитальная область в ¾ увеличенная
- анфас профиль с открытыми и закрытыми глазами

Диагноз

Причиной неудовлетворительного результата предыдущего вмешательства является

- ошибочное определение показаний к первичной операции
- состояние перименопаузы
- перенесенные хирургические вмешательства в ближайшее время на прочих органах и системах
- патологический эластоз кожи

В качестве основного вида лечения данной патологии пациентке следует рекомендовать

- фотоомоложение периорбитальной области
- фракционное омоложение периорбитальной области
- хирургическое лечение
- инъекции ботулотоксина в круговую мышцу глаз

Учитывая характер возрастных изменений периорбитальной области и верхней зоны лица, пациентке можно предложить следующие варианты вмешательств

- повторную эстетическую блефаропластику верхних век с транспозицией тарзальной складки
- липофилинг подбровной области и височных областей
- эндоскопический лифтинг лобно-височных областей (закрытый фронто-темпоральный лифтинг)
- лигатурный лифтинг/нитевую имплантацию бровей
- хирургическую коррекцию/лифтинг бровей открытым доступом (бровпексия)
- открытую хирургическую коррекцию лба (открытый фронто-темпоральный лифтинг)

В случае, если пациентка настроена на долговременный стабильный результат оперативной коррекции, но категорически против длинных разрезов и разрезов на лице, методикой выбора является

- открытая хирургическая коррекция лба
- лигатурный лифтинг/нитевая имплантация бровей
- хирургическая коррекция/лифтинг бровей открытым доступом
- эндоскопический лифтинг лобно-височных областей (ЗФТЛ)

Преимуществами эндоскопического лифтинга лобно-височных областей (закрытого фронто-темпорального лифтинга) является

- отсутствие болевого синдрома в области вмешательства
- минимальная травматичность и кровопотеря
- меньший риск послеоперационных воспалительных осложнений
- меньший риск повреждения моторных ветвей лицевого нерва

Плоскость диссекции при эндоскопическом лобно-височном лифтинге (закрытого фронто-темпорального лифтинга) следует проводить лобная область - +_____+ , височная

- поднадкостнично; поднадкостнично
- подкожно; по глубокому листку собственной(глубокой) височной фасции
- лоподнадкостнично; по поверхностному листку собственной(глубокой) височной фасции
- подкожно; по поверхностной (темпоропариетальной) фасции

При возникновении в раннем послеоперационном периоде асимметрии лица и нарушения мимики и отсутствие или замедление движений одной или обеих бровей следует заподозрить

- острую гематому
- повреждение ветвей лицевого нерва
- лизированую гематому
- воспаление мягких тканей лица, абсцесс

При снижении чувствительности лобно-височных областей и волосистой части головы в послеоперационном периоде следует назначить

- микротоковую и магнитотерапию
- ультрафонофорез с лонгидазой
- препараты витаминов группы В
- препараты актовегина (перорально, внутривенно)
- ультрафонофорез с тканевыми протеазами
- витамин А и Е

Перед началом лечения пациентку следует предупредить о плавном повышении физических нагрузок не ранее, чем со +_____+ недель/и

- микротоковую и магнитотерапию
- ультрафонофорез с лонгидазой
- препараты витаминов группы В
- препараты актовегина (перорально, внутривенно)
- ультрафонофорез с тканевыми протеазами
- витамин А и Е

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 40 лет на первичном осмотре у пластического хирурга после предшествующих операций.
Жалобы
Асимметричность молочных желез. Вращение эндопротеза слева.
Анамнез заболевания
* Два года назад мастэктомия слева по поводу РМЖ с одномоментной реконструкцией левой груди с помощью текстурированного эндопротеза анатомической формы (Аллерган 410 стиль) 320 мл. Заживление раны несколько недель, жалобы появились тотчас после снятия лечебного белья. * Гистохимическое исследование удаленной опухоли - эстрогеннегативный тип. * Химиотерапевтическое лечение в пред- и послеоперационном периоде * Оперировавший онколог в коррекции асимметрии отказал
Анамнез жизни
* В анамнезе беременность и роды 5 и 12 лет назад без особенностей. * Простудные заболевания и детские инфекции. * Семейный анамнез по РМЖ отрицает
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 167 см. * Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД– 16 в минуту. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над

всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * Молочные железы асимметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой или воспалительной патологии.
Необходимым для постановки диагноза и определения тактики лечения методом обследования является

- микротоковую и магнитотерапию
- ультрафонофорез с лонгидазой
- препараты витаминов группы В
- препараты актовегина (перорально, внутривенно)
- ультрафонофорез с тканевыми протеазами
- витамин А и Е

Результаты обследования

Необходимым для определения дальнейшей тактики лечения инструментальным методом обследования является

- микротоковую и магнитотерапию
- ультрафонофорез с лонгидазой
- препараты витаминов группы В
- препараты актовегина (перорально, внутривенно)
- ультрафонофорез с тканевыми протеазами
- витамин А и Е

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование молочных желез следует провести в сроки +_____+ день менструального цикла

- 14-18
- 5-12
- 1-4
- 20-28 (30)

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- 14-18
- 5-12
- 1-4
- 20-28 (30)

Диагноз

Пациентке показано лечение

- химиотерапевтическое
- лучевое
- психотерапевтическое
- хирургическое

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводится в +_____+ условиях

- стационарных
- поликлинических
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных

Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме

- «минус-плюс» мастопексия с эндопротезированием справа. Замена имплантата на больший слева
- только мастопексия справа с небольшим имплантатом
- профилактическая подкожная мастэктомия справа с одномоментной реконструкцией торакодорсальным лоскутом
- только мастопексия справа

В послеоперационном периоде пациентке следует назначить группу препаратов

- муколитики
- антибиотики
- наркотические анальгетики
- ингибиторы протоновой помпы

При сборе фотодокументации перед операцией, помимо стандартных проекций необходимо выполнить фотографирование

- полупрофиль и профиль в положении сидя
- анфас и профиль с наклоном вперед, анфас с поднятыми руками
- полупрофиль и профиль справа и слева с поднятыми руками
- анфас в положении лежа

Перед выпиской из стационара пациентке следует выполнить

- ультразвуковое сканирование брюшной полости
- маммографию
- рентгенологическое исследование грудной клетки
- ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей

В раннем послеоперационном периоде следует ограничить

- самостоятельную вертикализацию в течении 2 суток
- самостоятельное питье в течение суток
- подъем рук выше плеча на 3 дня
- передвижение вне палаты в течении 3 суток

После выписки из стационара следует рекомендовать

- самостоятельную вертикализацию в течении 2 суток
- самостоятельное питье в течение суток
- подъем рук выше плеча на 3 дня
- передвижение вне палаты в течении 3 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 49 лет, на первичном приеме у пластического хирурга.
Жалобы
На отсутствие правой молочной железы; наличие деформирующего послеоперационного рубца в области передней поверхности грудной клетки справа, боли в области боковой поверхности грудной клетки справа и подмышечной области в положении лёжа на правом боку и тянущие боли при движениях в области рубца.
Анамнез заболевания
* Три года назад мастэктомия по Пейти справа по поводу РМЖ; диагноз поставлен во время обследования на диспансеризации. На момент обнаружения опухолевого процесса жалоб у пациентки не было. * Гистохимическое исследование удаленной опухоли - эстрогеннегативный тип. * Проведено химиотерапевтическое лечение в послеоперационном периоде * Проведена лучевая терапия
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально; * Перенесенные заболевания: детские, респираторные инфекции. Острый отит и правостороний гайморит в возрасте 11 лет; двусторонняя плевропневмония в возрасте 15 лет; * Гинекологический анамнез: Менархе в возрасте 13 лет; беременность, роды и кормление грудью 26 и 23 года назад; 20 лет назад - мертворождение; в настоящее время - предменопауза; изменился характер менструаций - длительность цикла, нерегулярность, характер выделений - скудные. * Семейный анамнез по раку молочной железы отрицает
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 166 см. * Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание через нос свободное, Грудная клетка асимметрична за счет отсутствия правой молочной железы и выраженной рубцовой деформации мягких тканей грудной клетки справа, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД – 16 в минуту. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких

определяется ясный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультативно над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 125/70 мм рт.ст. * Живот мягкий, не вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, дизурических явлений нет, стул регулярный.

Необходимым для постановки диагноза и определения тактики лечения методом обследования является

- самостоятельную вертикализацию в течении 2 суток
- самостоятельное питье в течение суток
- подъем рук выше плеча на 3 дня
- передвижение вне палаты в течении 3 суток

Результаты обследования

Необходимым для определения дальнейшей тактики лечения инструментальным методом обследования является

- самостоятельную вертикализацию в течении 2 суток
- самостоятельное питье в течение суток
- подъем рук выше плеча на 3 дня
- передвижение вне палаты в течении 3 суток

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные обследования, пациентке следует поставить диагноз

- самостоятельную вертикализацию в течении 2 суток
- самостоятельное питье в течение суток
- подъем рук выше плеча на 3 дня
- передвижение вне палаты в течении 3 суток

Диагноз

Пациентке показано лечение

- лучевое
- химиотерапевтическое
- хирургическое
- психотерапевтическое

Пациентке показано хирургическое лечение в виде

- одноэтапная реконструкция имплантатом-экспандером

- двухэтапная экспандер/имплантат реконструкция правой молочной железы
- одномоментная реконструкция правой молочной железы имплантатом
- реконструкции правой молочной железы собственными тканями

Оптимальной донорской областью в данном случае является

- задняя поверхность грудной клетки
- ягодичная область
- область бедра
- передняя брюшная стенка

Оптимальным, с точки зрения снижения травмы, донорской области лоскутом/трансплантатом является

- свободный TRAM-лоскут
- TRAM-лоскут на ножке
- TRAM-лоскут с подкачкой
- лоскут/трансплантат на перфорантах нижних (глубоких) надчревных сосудов - DIEP-лоскут

Для окончательного выбора лоскута/трансплантата необходимо провести исследование

- свободный TRAM-лоскут
- TRAM-лоскут на ножке
- TRAM-лоскут с подкачкой
- лоскут/трансплантат на перфорантах нижних (глубоких) надчревных сосудов - DIEP-лоскут

Результаты обследования

Учитывая результаты компьютерной ангиографии, вариантом выбора в данном случае является

- лоскут/трансплантат на перфорантах поверхностной надчревной артерии - SIEA-лоскут
- антеро-латеральный лоскут бедра (ALT-лоскут)
- лоскут/трансплантат на перфорантах нижних (глубоких) надчревных сосудов - DIEP-лоскут
- верхний поперечный лоскут на основе тонкой мышцы бедра

При выборе реципиентного сосуда следует отдать предпочтение

- межреберному перфоранту внутренней грудной артерии
- внутреннему грудному пучку
- межреберному пучку
- торакодорсальному пучку

Для достижения лучшего результата в план лечения следует включить

- перенос лимфатического лоскута
- мастопексию слева
- эндопротезирование левой молочной железы
- липофилинг левой молочной железы

Перед началом лечения пациентку следует предупредить, что реконструкцию сосково-ареолярного комплекса целесообразно проводить

- отдельным этапом через 3-4 недели после реконструкции
- отдельным этапом не позже, чем через 1-2 недели после реконструкции
- отдельным этапом не ранее, чем через 3 месяца после реконструкции
- в отдаленном периоде не ранее, чем через год после реконструкции