



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)



/ С.А. Артюшкин /

2019 г.

## ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры  
по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург  
2019 г.

## **1. Общие положения**

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

## **2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации**

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

### ***Универсальные компетенции (УК):***

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительской власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

### ***Профессиональные компетенции (ПК):***

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

- диагностическая деятельность;
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании реконструктивной и эстетической хирургической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### **3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации**

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упоминаниях при ответах.
- имеются незначительные упоминания в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

#### **4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заездание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

#### **5. Программа государственного экзамена**

##### **5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Перед государственным экзаменом по специальности проводится консультирование выпускников, освоивших программу ординатуры по вопросам, включенными в программу государственного экзамена.

Уровень знаний выпускника, освоившего программу ординатуры, оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена по специальности:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упоминаниях при ответах.
- имеются незначительные упоминания в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

При подготовке следует обратить внимание на анализ, обдумывание клинического материала, так как в экзаменационные билеты включены ситуационные задачи.

## 5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. История развития пластической хирургии.
2. Возрастные изменения лица и шеи: характеристика, оценка, общие принципы коррекции.
3. Оценка возрастных изменений тканей периорбитальной области. Влияние факторов скелета на процесс старения. Принципы хирургической коррекции. Основные виды оперативных вмешательств.
4. Особенности анатомии век. Механизмы старения век. Классификация видов эстетической блефаропластики.
5. Верхняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения верхних век. Осложнения, их профилактика.
6. Нижняя блефаропластика: виды, показания, противопоказания. Современная концепция хирургического омоложения нижних век. Осложнения, их профилактика.
7. Трансконъюнктивальная блефаропластика. Показания. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.
8. Прикладная анатомия лица и шеи с позиций эстетического хирурга.
9. Классификация омолаживающих операций лица и шеи. Отбор пациентов для операции. Показания к операции. Предоперационная подготовка. Особенности предоперационного периода.
10. Ритидэктомия. Показания к операции. Техники операции. Возможные осложнения и их коррекция.
11. Фрonto-темпoro-орбито-малярный лифтинг (ФТМОЛ): современная концепция, принципы отбора пациентов, профилактика осложнений.
12. Эндоскопический лифтинг верхней трети лица. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.
13. Подтяжка лица с коротким рубцом. (Short-Scar Lift). Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.
14. Расширенная подтяжка лица со SMAS. (Superficial Muscular Aponeurotic System Lift). Манипуляция со SMAS при лифтинге боковых отделов лица и шеи: прикладная анатомия,

основные виды вмешательств, отбор пациентов.

15. Подтяжка средней зоны лица. (Mid-Face Lift). Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

16. Височная подтяжка (Temporal Lift). Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

17. Основные принципы и виды современной пластики шеи. Отбор пациентов, профилактика осложнений.

18. Принципы реабилитации пациентов после омолаживающих операций лица и шеи.

19. Прикладная анатомия молочных желез. Классификация эстетических нарушений молочных желез (гиоплазия, постлактационная инволюция, макромастия, асимметрия, недоразвитие и т.д.).

20. Эндопротезирование молочных желез. Показания и противопоказания к операции по увеличению груди. Виды имплантов. Правила подбора имплантов.

21. Оперативные доступы при аугментационной маммопластике. Типы расположения эндопротезов. Техника оперативных вмешательств. Ведение послеоперационного периода. Классификация осложнений.

22. Мастоптоз. Классификация птоза по Рено. Тактика хирурга в зависимости от степени птоза молочных желез.

23. Типы операций при мастоптозе. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

24. Операции при гигантомастии. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика

25. Редукционная маммопlastика. История. Показания и противопоказания к мастопексии и редукционной маммопластике. Особенности предоперационной разметки. Планирование операции и возможные осложнения.

26. Врожденные и приобретенные деформации сосково-ареолярного комплекса. Типы операций при деформации сосково-ареолярного комплекса. Особенности хирургической техники.

27. Реконструктивная хирургия молочных желез. Основные способы восстановления молочной железы. Мастэктомия с первичной реконструкцией молочной железы и без её проведения. Роль и место экспандерной дермотензии при реконструкции молочных желез после мастэктомии.

28. Экспандерная дермотензия: виды тканевых экспандеров, правила их подбора, показания и техника операции, осложнения метода.

29. Прикладная анатомия передней брюшной стенки с позиции эстетического хирурга. Классификация эстетических недостатков передней брюшной стенки по Матарассо.

30. Абдоминопластика. История развития метода. Отбор пациентов для операции.

Современные варианты оперативных вмешательств.

31. Классическая абдоминопластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

32. Напряженно-боковая абдоминопластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

33. Вертикальная абдоминопластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

34. Миниабдоминопластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

35. Пластика пупка. Показания. Доступы. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

36. Анатомия и физиология жировой ткани. Функция, строение, виды и распределение жировой ткани в организме человека.

37. Липосакция. Виды механической липосакции. Классификация липосакции по объему

удаляемого аспиранта. Особенности шприцевой и аппаратной липосакции различных анатомических областей. Опасности и осложнения.

38. Особенности различных методик липосакции (сухая, влажная (тумесцентная), супервлажная (гипертумесцентная), ультразвуковая, лазерная, радиоволновая, водоструйная.. Показания и противопоказания к применению. Достины и недостатки методов.

39. Анатомия ягодичной области. Глютеопластика. История развития метода. Показания к операции. Современные варианты контурной глютеопластики. Возможные осложнения и их профилактика.

40. Анатомия голеней. Контурная пластика голеней. История развития метода. Показания к операции. Современные варианты контурной пластики голеней. Возможные осложнения и их коррекция.

41. Прикладная анатомия ушных раковин с позиции эстетического хирурга.

42. Эстетическая отопластика: виды, показания противопоказания. Современные хирургические подходы. Возможные осложнения и их профилактика.

43. Врожденные пороки развития уха. Эмбриопатогенез. Степени деформации наружного уха. Проблемы наблюдаемые при повышении тяжести деформации. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

44. Особенности анатомии носа с позиции пластического хирурга. Врожденные и приобретенные деформации носа. Анализ лица перед ринопластикой.

45. Ринопластика: виды, показания, противопоказания. Обследование пациента. Современные хирургические подходы.

46. Открытая ринопластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

47. Закрытая ринопластика. Показания и отбор пациентов для операции. Противопоказания. Особенности оперативной техники. Особенности септопластики при закрытой ринопластике. Методы коррекции концевого отдела носа при закрытой ринопластике. Осложнения и их профилактика.

48. Виды и техника выполнения остеотомий при ринопластике. Возможности осмотра костного отдела носа при закрытых доступах.

49. Хирургия носовой перегородки. Основные виды деформаций носовой перегородки. Доступы и виды операций. Особенности оперативной техники. Осложнения и их профилактика.

50. Особенности оперативной техники при операциях на пирамиде носа (высокая спинка носа с горбинкой, искривленный нос).

51. Ключевые приёмы при операциях на каудальном отделе носа (бульбообразный нос, послеоперационный нос, надкончиковое возвышение и пр.).

52. Брахиопластика: виды, показания противопоказания. Современные хирургические подходы. Возможные осложнения и их профилактика.

53. Генитоуринарная реконструкция и эстетика наружных половых органов.

54. Аномалии развития тканей и органов челюстно-лицевой области. Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба. Показания к операции. Современные варианты оперативного лечения. Возможные осложнения и их профилактика.

55. Анатомия кисти. Антропометрическое и рентгенологическое обследование. Исследование функции кисти. Выбор анестезиологического пособия. Планирование разрезов на кисти.

56. Основные виды оперативных вмешательств на кисти. Понятие об атравматической технике операции. Особенности послеоперационного ведения и виды иммобилизационных повязок.

57. Операции при повреждениях сухожилий кисти. Первичный шов сухожилий. Свободная пересадка сухожилий и тенолиз. Показания и противопоказания к выполнению операций. Особенности оперативных техник.

58. Этиопатогенетические механизмы заживления раны. Условия формирования

нормотрофического рубца.

59. Классификация рубцов по этиологии и патогенезу. Клиническая картина и морфологические особенности.

60. Методики консервативного лечения патологических рубцов. Основные препараты, применяемые при лечении рубцов и способы их применения.

61. Хирургическая коррекция рубцовых изменений кожи. Показания и противопоказания к оперативному лечению.

62. Особенности клинических проявлений и лечение келоидных рубцов кожи.

63. Особенности клинических проявлений и лечение атрофических рубцов кожи.

64. Особенности клинических проявлений и лечение гипертрофических рубцов кожи.

65. Классификация видов кожной пластики. Особенности планирования местнопластических операций на различных участках тела.

66. Закрытие обширных дефектов мягких тканей. Классификация лоскутов, методы их использования и функция. Основные правила при закрытии дефектов. Свободные сложные лоскуты и варианты их включения в кровоток.

67. Виды лоскутов на временных питающих ножках. История появления этих видов пластики. Показания к использованию.

68. Техника выкраивания «итальянского лоскута». Виды «Итальянских лоскутов».

Отдаленные результаты «итальянской» пластики.

69. Классификация и виды стебельчатых лоскутов. Техника и основные этапы выкраивания круглого кожно-жирового стебля. Наиболее частые ошибки. Осложнения и методы борьбы с ними.

70. Особенности пересадки свободных нереваскуляризованных кожных лоскутов для закрытия изъянов в различных анатомических областях лица и шеи. Показания и противопоказания. Этапы операции. Осложнения и их профилактика.

71. Классификация поверхностных скелетных мышц по типам их кровоснабжения. Кожно-мышечные лоскуты: принципы формирования, техника (на примере лоскута из широчайшей мышцы спины) и показания к применению.

72. Трансплантация тканей. Классификация и типы трансплантатов. Понятие об «идеальном» трансплантате. Области применения в эстетической и реконструктивной хирургии. Нерешённые проблемы и перспективы развития трансплантологии.

73. Свободные кожные трансплантаты с осевым кровоснабжением, показания к применению, особенности ведения послеоперационного периода.

74. Современные позиции идеального имплантата и возможности использования в пластической и эстетической хирургии. Классификация материалов, используемых для имплантации в пластической и эстетической хирургии. Ошибки и осложнения при имплантации.

75. Контрактура Дюпюитрена. Диагностика. Стадии развития. Основные методы лечения.

76. Микрохирургическая техника. Показания к реплантации и реваскуляризации. Техника шва сосудов, нервов и сухожилий. Особенности ведения больных после микрохирургических операций.

77. Повреждение лицевого нерва. Анатомия. Клиника повреждения. Современные хирургические подходы.

78. Ожоговая рана. Механизм поражения тканей при различных видах ожогов.

Классификация по этиологии и глубине поражения.

79. Определение глубины и площади ожогов. Правило «девяток» и правило «ладони», для определения площади ожога. Дифференциальная диагностика поверхностных и глубоких ожогов.

80. Ожоги 1-й и 2-ой степени. Особенности клинического течения. Местное лечение.

81. Ожоги 3-ей а и б степени. Клиническое течение. Особенности лечения ожогов 3 степени, вызванных различными этиологическими агентами.

82. Особенности клинического течения и тактики ведения ожогов 4 степени.

83. Химические ожоги: патогенез, классификация, оказание первой помощи, методы лечения.
84. Ожоговая болезнь. Патогенез и периодизация течения ожоговой болезни. Клинические проявления и тактика лечения.
85. Термоингаляционная травма: патогенез, диагностика, клиника. Принципы лечения больных с термохимическим поражением дыхательных путей.
86. Холодовые поражения: классификация, этиологические факторы и патогенез. Особенности реакции тканей организма на различные режимы охлаждения.
87. Общие принципы оперативного лечения пострадавших с глубокими ожогами. Первичная и отсроченная хирургическая некрэктомия. Показания и противопоказания. Техника операции. Осложнения и их профилактика.
88. Аутодермопластика: история метода, методические приемы, техническое оснащение. Обоснование толщины срезаемых кожных лоскутов для разных ситуаций.
89. Экономные методы кожной пластики: методом «марок» и перфорированных расщепленных трансплантированных, комбинированные методы пластики.
90. Последствия ожогов и их лечение. Общие вопросы патогенеза и клиники послеожоговых рубцовых деформаций и принципы их лечения. Реабилитация ожоговых больных.
91. Силы и средства ликвидации чрезвычайных ситуаций МЧС России.
92. Определение, задачи и основные принципы построения и функционирования РСЧС. Реабилитация пострадавших от ожоговой травмы в чрезвычайных ситуациях на госпитальном этапе.
93. Государственное социальное страхование и социальное обеспечение населения. Предмет и методы медицинской статистики. Статистика здоровья и статистика здравоохранения.
94. Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению. Профилактическое направление в здравоохранении и его реализация. Виды профилактики.
95. Характеристика педагогической науки. Ее объект, предмет, категориальный аппарат. Методологические основы педагогической науки.
96. Взаимодействие коллектива и личности как педагогическая проблема
97. Общая характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей, их отличия друг от друга. Виды опухолевого роста. Местные и общие проявления опухолей.
98. Основные этапы развития отечественной патофизиологии, ее особенности, принципы (эволюционный – И.И. Мечникова, нервизма – И.И. Сеченова, С.П. Боткина, И.П. Павлова). Методы патофизиологии, экспериментальное моделирование болезней.

Ситуационные задачи:

Задача № 1.

Показано ли у обожженного с диагнозом: электротравма 40%(35%) / II – IV обеих верхних конечностей, туловища, шок 3 ст., острая почечная недостаточность лечение с помощью гемодиализа?

Задача № 2.

Показана ли ампутация у обожженного с диагнозом: электроожог 25%(10%)/ IIIa – IV туловища, правой верхней конечности (с учетом того, что кисть и предплечье до средней трети обуглены)?

Задача № 3.

Определите степень электротравмы у пострадавшего, который поступил в стационар после того, как попал под напряжение 380 вольт, сознание не терял, отмечались легкие судороги.

Задача № 4.

Больной 14 лет находится в периоде реконвалесценции ожоговой болезни по поводу ожога

пламенем 25%(20%)/II – IIIб лица, шеи, туловища, правой верхней конечности (с момента ожога прошло 3 месяца). В области плечевого сустава и плеча кожный покров восстановлен с помощью аутодермопластики. На лице и шее ожоги эпителизировались самостоятельно. Какие функциональные исходы можно ожидать со стороны функции верхней конечности?

Задача № 5.

Больной 14 лет находится в периоде реконвалесценции ожоговой болезни по поводу ожога пламенем 25%(20%)/II – IIIб лица, шеи, туловища, правой верхней конечности (с момента ожога прошло 3 месяца). В области плечевого сустава и плеча кожный покров восстановлен с помощью аутодермопластики. На лице и шее ожоги эпителизировались самостоятельно. Какие исходы могут быть при самостоятельной эпителизации ожогов на лице?

Задача № 6.

Больной 14 лет находится в периоде реконвалесценции ожоговой болезни по поводу ожога пламенем 25%(20%)/II – IIIб лица, шеи, туловища, правой верхней конечности (с момента ожога прошло 3 месяца). В области плечевого сустава и плеча кожный покров восстановлен с помощью аутодермопластики. На лице и шее ожоги эпителизировались самостоятельно. Какова тактика в случае развития деформаций в области лица и шеи?

Задача № 7.

В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%)/II – IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс – редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.

Какие дополнения к диагнозу можно сделать?

Задача № 8.

В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%)/II – IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс – редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.  
В чем заключается отличие шока у этого пострадавшего от шока у обожженного пламенем?

Задача № 9.

В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%)/II – IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс – редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.  
Лечение данного вида шока?

Задача № 10.

В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%)/II – IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс – редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.

Прогноз для жизни?

Задача № 11.

В стационар доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог 30% (25%)/II – IV головы, обеих верхних конечностей. Час тому назад был извлечен из трансформаторной будки. Время нахождения в ней неизвестно. При осмотре: сознание отсутствует, АД 70/40, пульс – редкий, аритмичный, слабого наполнения. Одна конечность обуглена до середины предплечья, теменно-затылочная область представлена черным, очень плотным струпом.

Прогноз для развития инвалидизации?

Задача № 12.

Больной доставлен в медицинский пункт. Отмечается гиперемия лица; пульс 130 мин<sup>-1</sup>, АД - 140/90 мм рт. ст. Дыхание частое и поверхностное. Температура тела - 39°C. По свидетельству сопровождавшего, пострадавший, ликвидируя аварию, в течение часа работал при температуре около 60°C и высокой влажности воздуха.

Укажите возможный механизм травмы.

Задача № 13.

Шофер в течение суток находился в автомобиле, занесенном снегом. Кожа побледнела, дыхание и пульс едва определялись. Артериальное давление - 70/40 мм рт. ст., температура тела (ректальная) - 30°C.

Поставьте диагноз.

Задача № 14.

У мальчика 10 лет после длительного пребывания на солнце с непокрытой головой появилось общее возбуждение, гиперемия лица, участился пульс, повысились артериальное давление и температура тела до 39°C.

Какое нарушение терморегуляции наблюдалось у мальчика?

Задача № 15.

Больной 16 лет доставлен в больницу в тяжелом состоянии с термическим ожогом II степени (площадь ожога достигает 30 % поверхности тела). Сознание помрачено, АД - 80/50 мм рт. ст., пульс 120 мин<sup>-1</sup>, слабого наполнения, дыхание частое и поверхностное, температура тела - 37,7°C. Анализ крови: эритроциты -  $5,5 \times 10^{12} / \text{л}$ , НЬ - 170 г/л, показатель гематокрита - 0,52 л/л, лейкоциты -  $20 \times 10^9 / \text{л}$ .

Каковы механизмы выявленных нарушений?

Задача № 16.

Больной доставлен в приемное отделение больницы в тяжелом состоянии. Во время лыжной прогулки заблудился в лесу и уснул под деревом. Найден через сутки. Объективно: сознание утрачено, ректальная температура 25°C, кожные покровы и видимые слизистые бледные, с синюшным оттенком, зрачки расширены, систолическое артериальное давление 40 мм рт. ст. (диастолическое не определяется). Пульс 30 мин<sup>-1</sup>, дыхание редкое поверхностное, рефлексы снижены, болевая чувствительность отсутствует.

Какому этапу (периоду) состояния соответствует указанный комплекс нарушения жизнедеятельности?

Задача № 17.

Рабочий во время аварии на производстве схватился рукой за провод, по которому проходил ток напряжением 220 В. Вследствие судорожного состояния мышц самостоятельно отделиться от провода не мог. Быстро потерял сознание. Через несколько минут был отделен от провода другими рабочими. Прибывший врач констатировал остановку дыхания при сохранившейся, но ослабленной сердечной деятельности. На ладони и на обеих стопах имеются небольшие, глубокие раны с обожженными и слегка обугленными краями. Пострадавшему было произведено искусственное дыхание, которое осуществлялось в

течение 2,5 часов (до появления самостоятельного дыхания).

Можно ли считать, что пострадавший находился в состоянии клинической смерти?

Задача № 18.

Больная обратилась к врачу по поводу ожога правой стопы кипятком. При осмотре стопы обращают на себя внимание резкая краснота и припухлость кожи. Пальпация стопы болезненна. Обожженная кожа имеет повышенную температуру. Двигательная функция стопы нарушена. У больной отмечены учащение дыхания и пульса. Температура тела 37,8°C. При анализе крови обнаружен нейтрофильный лейкоцитоз.

Как объяснить общие изменения при воспалении?

Задача № 19.

Пострадавший доставлен из очага пожара. При осмотре – ожоги нижних конечностей, ягодиц и повреждение таза. Состояние тяжелое (пульс 110 в мин., АД 80/40 мм рт.ст.). Неоднократная рвота. По краям повязок, полностью закрывающих ноги, виден струп. Нагрузка на таз болезненна. Из уретры выделяется кровь. При капиллярной пункции мочевого пузыря получено 20 мл бурой, с запахом гари, мочи.

Установить предварительный диагноз.

Задача № 20.

Пострадавший получил ожог горячей жидкостью левой кисти, сразу смазал рану подсолнечным маслом и наложил сухую повязку.

Оцените действия больного.

Задача № 21.

У пациента был глубокий ожог тыльной поверхности кисти и была выполнена операция аутодермопластика. Какие следует выполнить мероприятия и какие дать рекомендации пациенту для предотвращения развития рубцов кожи?

Задача № 22.

У пациентки после прокола мочки уха появились рубцы. Какие медикаментозные препараты следует применить? Описать технику оперативного вмешательства.

Задача № 23.

У пациента был глубокий ожог области плечевого сустава. Какие действия необходимо предпринять для предотвращения развития рубцовых деформаций.

Задача № 24.

Пациентке была выполнена операция - мастопексия. Какие необходимо сделать рекомендации для предотвращения развития рубцовых деформаций?

Задача № 25.

У 30-летней пациентки имеются выраженные нарушения кожи лица в виде постакне. Какие следует выполнить процедуры, в какой технике и в каком сочетании для коррекции имеющихся эстетических дефектов.

Задача № 26.

У пациентки после операции по удалению щитовидной железы развились грубые рубцы в области разреза. Какие особенности лечебной тактики?

Задача № 27.

У пациента в течении длительного времени имеются грубые зудящие рубцы в области грудины. В чем заключается алгоритм дифференциальной диагностики рубцов, какие

следует применять препараты и методы лечения?

Задача № 28.

У 3-х летнего ребенка после дермального ожога стали развиваться рубцы кожи. Спустя 3 месяца к Вам обратились родители ребенка, которые указывают на наличие интенсивного зуда в ночное время. Какие следует назначить препараты? Какие ограничения накладывает малый возраст пациента?

Задача № 29.

У пациентки появились рубцы в области носо-губных складок после введения филлеров. Какие диагностические и лечебные мероприятия следует предпринять?

Задача № 30.

У пациентки после родов имеются множественные изменения кожи – стрии. Каким образом можно корректировать данный эстетический дефект?

Задача № 31.

Пациент Ш. 23 года. Анамнез заболевания: Со слов травма в 1994 году, упал левой кистью на раскаленные угли. Получал медицинскую помощь по месту жительства, в 1994 году выполнена аутодермопластика расщепленным лоскутом с левого бедра. Со временем сформировалась сгибательная контрактура 1-5 пальцев. В 2016 году консультирован в специализированном стационаре.

При осмотре на левой верхней конечности: Кожные покровы изменены — порочный рубец левой кисти по ладонной поверхности до проекции лучезапястного сустава до средней трети правого предплечья, Движения в суставах пальцев и кости в 1-5 пальцах ограничены в связи со сгибательной контрактурой. Отмечаются гипертрофические рубцы в 2-4 межпальцевых промежутках. Отмечается чувствительность во всех пальцах правой кисти. кровоснабжение в пальцах компенсированное. Планируемый дефект на ладонной поверхности после удаления порочных рубцов и устраниния сгибательной контрактуры 12\*8 см

Диагноз: Последствия ожога левой кисти. Порочные рубцы ладонной поверхности левой кисти. Комбинированная сгибательная контрактура 1-5 пальцев левой кисти кисти.

Перечислите характеристики кровоснабжаемого лоскута для замещения данного дефекта? Какой комплекс кровоснабжаемых тканей предпочтителен для данного оперативного вмешательства в несвободном варианте?

Задача № 32.

Анамнез заболевания: Со слов больного травма на производстве 05.01.15 в 1.40 ночи обе руки попали под упавшую разогретую до 275 градусов Цельсия формовочную плиту. Конечности находились придавленными формовочной плитой в течение 6 минут. Нарядом скорой помощи госпитализирован в НИИ СП Джанелиздзе. с диагнозом Контактный ожог 9% III а,б IV степени верхних конечностей. Рвано –ушибленная рана в области правого лучезапястного сустава. Шок 1. Сопутствующие ГБ 1 Р 1 ССО1. Хронический бронхит. ПТФС правой нижней конечности. Перенесенные операции: 06.01.15 некротомия, 13.01.15 торакоцентез, 19.01.15 некрэктомия, 20.01.15 некрэктомия, 22.01.15 Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез. 29.01.15- некрэктомия. 30.01.15 свободная аутодермопластика перфорированным трансплантатом до 5%, 02.02.15 Иссечение грануляций, 03.02.15 свободная аутодермопластика перфорированным трансплантатом, 17.02.15 свободная аутодермопластика перфорированным трансплантатом, 31.03.15 остеонекрэктомия. 08.04.15 металлоостеосинтез плечевой кости. 21.04.15 остеонекрэктомия, свободная аутодермопластика перфорированным трансплантатом. 06.05.15 остеонекрэктомия, свободная аутодермопластика сплошным трансплантатом. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Жалобы: На момент осмотра жалобы на деформацию правой верхней конечности.

Отсутствие функции правого предплечья и кисти.

Госпитализирован в плановом порядке для оперативного лечения 14.07.15 в специализированный стационар

При осмотре в перевязочной правая верхняя конечность: правое предплечье и правая кисть в гипсовой лонгете. При снятии лонгеты: правая кисть деформирована 1 палец в позиции приведения к правой кисти, 2-5 пальцы в стойкой сгибательной контрактуре. Отмечается дефект костных тканей (локтевая и лучевая кости, проксимальный ряд костей запястья), порочные рубцы и дефекты мягких тканей по тыльной поверхности правой кисти и правого предплечья. Чувствительность в пальцах сохранена) Открытых ран нет – по передненаружной и задней поверхностям левого плеча – послеожоговый рубец. площадью 30 см квадратных. Сгибание в локтевом суставе правой верхней конечности удовлетворительное с дефицитом в 10 градусов, Послеожоговая деформация правой кисти и правого предплечья. обширный послеожоговый рубец правой кисти и предплечья, активное разгибание пальцев невозможно. Активное сгибание – в небольшом объеме.

Чувствительность в пальцах сохранена. На теле рубцы от аутодермальной пластики (грудь, передние поверхности бедер.

Диагноз: Посттравматическая деформация правой верхней конечности. Выберите тактику реконструкции правой верхней конечности (зона от дистальных фаланг пальцев, до локтевого сустава)?

### Задача № 33.

Анамнез заболевания: Автотравма. Сбита машиной 27.06.1997 доставлена в ДОКБ г.

Калининграда с диагнозом: Обширная скальпированная рана тыла правой стопы и н-3 правой голени, с повреждением разгибателей 3,4,5 пальцев стопы и кожных нервов стопы, произведено лечение — ПХО раны, шов разгибателей 3,4,5 пальцев пластика расщепленным кожным аутотрансплантатом. В августе 1997 года выписана для амбулаторного лечения.

Обратилась за консультацией в специализированный стационар осенью 2015 года в связи с наличием порочных рубцов, разгибательной контрактуры пальцев правой стопы.

Госпитализирована в плановом порядке.

Жалобы на стойкую разгибательную контрактуру пальцев правой стопы, порочный рубец медиальной поверхности тыла правой стопы.

Проведенное лечение Микрохирургическая пересадка комплексов тканей с восстановлением их кровоснабжения. Иссечение рубцов, пластика свободным кожно-фасциальным лучевым лоскутом, свободная кожная пластика.

Объясните, почему в данном случае противопоказано тотальное замещение дефекта расщепленным кожным аутотрансплантатом?

### Задача № 34.

Пациент Б. 58 лет. Анамнез заболевания: Травма на производстве. В декабре 2013 года пострадал на пожаре 28 военный завод в г. Санкт-Петербург. Доставлен 2 декабря с пожара в НИИ СП Джанелидзе. Выписан 13 апреля 2014 года в поликлинику по месту жительства. В сентябре 2014 года прооперирован по поводу послеожоговой контрактуры левой кисти.

ВмедА кафедра термических поражений, Выполнена пересадка свободной кожи с бедра на ладонную поверхность правой кисти. Обратился в специализированный стационар осенью 2015 года в плановом порядке для этапной операции по поводу контрактуры правой кисти Status localis: При осмотре на правой верхней конечности: Кожные покровы изменены — порочный рубец правой кисти по тылу до нижней трети правого предплечья, Движения в суставах пальцев затруднены. Отмечаются гипертрофические рубцы в 1,2,3,4 межпальцевых промежутках, по ладонной поверхности правой кисти Ногтевые пластинки на 1,2,3,4,5 пальцах деформированы. Отмечается гиперчувствительность в дистальной фаланге 2 пальца

правой кисти. кровоснабжение в пальцах компенсированное. Дефицит активных движений в ПМФС и ДМФС пальцев правой кисти составляет 60 и 30 градусов соответственно  
Диагноз: Последствия ожогов. Порочные рубцы ладонной поверхности правой кисти.  
Комбинированная контрактура пальцев правой кисти.

Название операции: Иссечение порочных рубцов, пластика дефектов несвободным кровоснабжаемым кожно-фасциальным аутотрансплантатом (лучевой лоскут). Пластика свободным полнослойным некровоснабжаемым кожным трансплантатом

Объясните патогенез образования контрактуры пальцев после замещения дефекта полнослойным кожным аутотрансплантатом? Будет ли эффективным устранение контрактуры пальцев правой в аппарате Илизарова или введение в рубцы коллагеназ через 2 года с момента оперативного вмешательства?

### Задача № 35.

Со слов пациента автотравма от 2013 года в г. Махачкала доставлен в ГБ Махачкалы с ДЗ- открытый перелом верхней трети правой большеберцовой кости, закрытый перелом средней трети правой бедренной кости со смещением отломков. Выполнено наложение АВФ голень-бедро на правую нижнюю конечность. Лечился в АВФ около 10 месяцев, в процессе лечения стал отмечать появление свища в верхней трети правой голени. После снятия АВФ стал отмечать стойкое ограничение движений в правом коленном суставе, лечился консервативно – без положительной динамики. В 2015 году в ГБ г. Махачкалы – повторное наложение АВФ - без улучшения. Поступил в специализированный стационар для решения вопроса об эндопротезировании правого коленного сустава 24.06.16. В процессе обследования выявлен хронический остеомиелит правой большеберцовой кости. Пациент консультирован гнойным хирургом, микрохирургом. Переведен для лечения в специализированное отделение.

Status localis: Осмотр в условиях перевязочной. Пациент передвигается без дополнительной опоры. При осмотре на правой нижней конечности: Кожные покровы обычной окраски. В верхней трети правой голени по передней поверхности обширные рубцы 16\*9 см. В проекции бб кости свищ со скучным гноевидным отделяемым. Диаметр 0,5 см. Пальпация безболезненная. Движения в правом коленном суставе болезненные, активные и пассивные движения ограничены. Сгибание 60 градусов, разгибание 180 градусов. Кровоснабжение правой стопы компенсированное, неврологических нарушений не выявлено

Диагноз: Хронический остеомиелит правой большеберцовой кости, порочный рубец верхней трети правой голени.

Показано ли пациенту реконструктивное оперативное вмешательство? Предложите способ такого вмешательства?

### Задача № 36.

Пациентка А. 26 лет. Жалобы: на неудовлетворенность формой и размерами молочных желез.

Анамнез жизни: Соматически здорова. Беременностей и родов нет. Занимается любительским спортом.

Данные осмотра: Значимых асимметрий молочных желез не выявлено. Паренхима молочных желез расположена правильно, признаки тубулярности отсутствуют. Птоза нет. Диаметр сосково-ареолярного комплекса 3 см. Расстояние от яремной вырезки до соска 21 см.

Ширина «пятна» молочной железы 14 см., высота 13 см. Пациентка выражает желание выполнить увеличение груди с целью получения естественной формы и небольшого увеличения объема. Так же пациентка не хочет, чтобы были видны рубцы от операции. Предложите вариант аугментационной маммопластики. Какой доступ предпочтителен? Какую плоскость установки имплантата Вы порекомендуете?

**Задача № 37.**

Пациентка В. 39 лет. Жалобы: на неудовлетворенность формой и размерами молочных желез.

Анамнез жизни: Соматически здорова. Двое детей.

Данные осмотра: Птоз молочных желез 1 степени больше справа. Наблюдается асимметрия по объему. Правая грудь больше на 150 мл. Паренхима молочных желез расположена правильно, признаки тубулярности отсутствуют. Диаметр сосково-ареолярного комплекса 6 см. Расстояние от яремной вырезки до соска 25 см. Ширина «пятна» молочной железы 16 см., высота 16 см. Пациентка выражает желание выполнить подтяжку груди. Она так же не против увеличения объема.

Сформулируйте диагноз. Предложите вариант коррекции птоза. Каким образом можно устранить имеющуюся разницу в объеме?

**Задача № 38.**

Пациентка С. 42 года. Обратилась в клинику пластической хирургии с подозрением на разрыв имплантата левой молочной железы. Из анамнеза известно: эндопротезирование молочных желез около 5 лет назад, установлены силиконовые эндопротезы.

Какие из исследований необходимо прежде всего назначить пациентке? Тактика ведения пациента при разрыве имплантата?

**Задача № 39.**

Пациентка П. 58 лет. Обратилась в клинику пластической хирургии с жалобами на нависание верхнего века, множественные морщины вокруг глаз. При осмотре определяются значительные избытки кожи верхних и нижних век, углубление слезной и веко-щечной борозд. Какой вариант оперативного лечения может быть предложен пациентке?

**Задача № 40.**

Пациентка К. 36 лет. Обратилась с жалобами на дряблость кожи живота, многочисленные растяжки. Изменения пациентка связывает с сильным похуданием за последние 2 года. Отмечается незначительное растяжение и избытки кожи в нижнем отделе живота, до области пупка, а также локальное отложение жира в области живота и талии. При осмотре наблюдается диастаз прямых мышц живота.

Определите вид и объем необходимого оперативного вмешательства. Какие рекомендации необходимо будет назначить пациентке в послеоперационном периоде?

**Задача № 41.**

Пятидесятилетней пациентке, по эстетическим показаниям выполнен липофилинг носогубных складок. Операция проведена под местной инфильтрационной анестезией. Взятие аутожировой ткани осуществлено с передней брюшной стенки через прокол кожи возле пупка. Спустя сутки после операции у пациентки после операции появились сильные боли в околопупочной области. Состояние больной ухудшилось. Отмечается повышение температуры тела до 39 градусов. В анализе крови – лейкоцитоз со сдвигом влево. Кожа околопупочной области гиперемирована, горячая на ощупь, болезненная при пальпации. Перitoneальные симптомы отрицательные. Какое осложнение наступило у больной? Что следует предпринять?

**Задача № 42.**

Пациентке 32 лет по эстетическим показаниям выполняется липосакции избыточных жировых отложений наружных поверхностей бедер. Операция проводится под местной

инфилтрационной анестезией. В подкожную клетчатку введено около 1000 мл раствора Кляйна. Внезапно пациентка пожаловалась на затруднение дыхания, сердцебиение, шум в ушах, тошноту и головокружение. Объективно - сознание спутанное, кожные покровы гиперемированы, пульс частый, слабого наполнения. Отмечается тахикардия, тахипноэ, артериальная гипотензия (90/40 мм рт ст). Какое осложнение вы заподозрили у больной? Чем подтвердите ваше предположение? Что следует предпринять?

#### Задача № 43.

Сорокасемилетнему пациенту 2 дня тому под общей анестезией выполнена липосакция избыточных жировых отложений на передней брюшной стенке. В анамнезе – 20 лет тому назад пациент перенес несколько оперативных вмешательств на органах брюшной полости по поводу острого аппендицита, осложнившегося спаечной болезнью. В процессе липосакции было удалено около 5000 мл аспираата, содержащего 3000 мл жира. Вскоре после операции пациент стал жаловаться на усиливающиеся боли в животе, жажду, тошноту и рвоту. Повысилась температура тела до 38,2 градуса. Выявлена тахикардия. При осмотре - живот вздут, болезнен при пальпации во всех отделах. Выявлено напряжение мышц передней брюшной стенки. Брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании, определяется разлитой симптомом Щеткина-Блюмберга. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз возрос с  $10,0 \times 10^9$  до  $18,0 \times 10^9$  в 1 мкл. Какое осложнение вы заподозрили у больного? Чем подтвердите ваше предположение? Что следует предпринять?

#### Задача № 44.

У больного после электроожога 4 степени волосистой части головы возник дефект левой теменной области. Кость оказалась пораженной на всю толщину. Размеры костного изъяна, образовавшегося после отторжения некротизированного фрагмента теменной кости, составляют 8x10 см. Дном раны является покрытая грануляциями твердая мозговая оболочка. Какое оперативное вмешательство (вмешательства) следует выполнить больному? Возможен ли альтернативный план лечения больного?

#### Задача № 45.

Мегалипосакция – это...? Допустимо ли выполнять подобные операции пациентам с ожирением 3 степени, компенсированным сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и варикозным расширением вен нижних конечностей? Какой максимальный объем аспираата можно удалить одномоментно у пациента весом 182 кг? Какая максимальная доза амидных анестетиков может быть использована при мегалипосакции?

#### Задача № 46.

Пациентка 18 лет с юношеской гигантомастией обратилась для выполнения операции по уменьшению молочных желез. Вес правой молочной железы 4000 г., левой - 4200 г. Расстояние от яремной вырезки до правого соска – 41 см, до левого - 44 см. Какой способ редукционной маммопластики следует выбрать и почему? Обоснуйте свой выбор.

Задача № 47.

Какой способ восстановления волосяного покрова следует избрать и почему у 30 летнего пациента с посттравматической рубцовой алопецией теменно- затылочной области (площадь участка облысения приближается к 35 процентам от всей площади волосистой части головы)? Если предполагается экспандерная дермотензия, подберите площадь и объем эндоэкспандера.

Задача № 48.

Двадцатилетняя пациентка астенического телосложения с микромастией обратилась с просьбой об увеличении молочных желез до 3 размера. Рост пациентки 157 см, окружность груди – 67 см, диаметр ареол – 2 см. Реальны ли ожидания пациентки? Имплантаты молочных желез какого объема можно предложить пациентке? Выберете операционный доступ и местоположение эндопртезов. Обоснуйте свой выбор.

Задача № 49.

У пациентки после проведенного 9 месяцев тому назад эндопротезирования молочных желез сформировалась капсулярная контрактура 2 степени. Для увеличения молочных желез использовались круглые текстурированные силиконовые имплантаты, установленные через периареолярный доступ ретроммартро. Какую хирургическую тактику для устранения возникшего осложнения следует избрать у данной пациентки и почему?

Задача № 50.

У пациентов с посттравматическими дефектами крыльев носа операцией выбора является пластика по К.П.Суслову, однако она выполнима при относительно небольших размерах изъяна и неповрежденных ушных раковинах. Назовите альтернативные методы оперативной коррекции изъянов крыльев век и перечислите их достоинства и недостатки.

### 5.3. Рекомендуемая литература

1. Атлас хирургии молочной железы/ И.Джатой, М.Каuffman. Ж.-И. Пети; пер с английского под ред. Н.И. Рожковой, В.Д. Чхиквадзе. М.; ГЭОТАР-Медиа, 2009.-114с.
2. Минимально инвазивная косметическая хирургия лица/ Под ред. Дж. Ниамту, Р.Хога; пер с англ.; Под общ. Ред. Проф А.И. Неробеева. М; Мед пресс-информ, 2007 – 160с.
3. Парамонов Б.А. Профилактика и лечение рубцов кожи. – Учебное пособие. – СПбМАПО, 2010- 38с.
4. Парамонов Б.А., Белоногов Л.И., Аграчева И.Г. Холодовые поражения: диагностика и лечение. – Учебное пособие. – СПбМАПО, 2006- 38с.
5. Современные методы подтяжки лица/ под ред. Р.Моя., Э.Финчера; пер с англ под общей ред. В.А. Виссарионова. М. ООО «Рид Элсивер», 2009. 188с.
6. Хрусталева И.Э. Хирургическая коррекция возрастных изменений лица и шеи. – Учебное пособие.- СПбМАПО, 2009- 22с.
7. Хрусталева И.Э. Эстетическая блефаропластика. – Учебное пособие.- СПбМАПО, 2009- 22с.
8. Пластическая и реконструктивная хирургия лица / Под ред. А.Д. Пейпла; Пер. с англ.- М.. БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007. – 951 с
9. Обрубов С.А., Виссарионов В.А. Эстетическая блефаропластика. М., 2006, 179 с.
10. Белоусов А.Е. Функциональная ринопластика. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2010. – 512 с., ил.

11. Пластическая и эстетическая хирургия. Последние достижения/ Под.ред. М.Эйзенманн-Кляйн, К.Нейханн-Лоренц; пер.с англ.; под общ ред А. Боровикова, М; Практическая медицина, 2011. – 448с.
12. Кулаков А.А., Петросян Э.А., Сергиенко В.И., Петросян Н.Э. Пластическая хирургия лица и шеи: М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 328с.