001. В кровоснабжении молочной железы не участвует:

Наружная грудная артерия

Средостенные ветви грудной аорты

Внутренняя грудная артерия

Перфорирующие ветви из III-VII межреберных артерий

002. Принципиальная разница между кожным и железистым птозом молочных желез:

Положение сосково-ареолярного комплекса относительно субмаммарной складки

Степень растяжения кожного чехла

Степень уплощения верхнего полюса железы

003. Первичная гипомастия отличается от эстетической гипомастии:

Преимущественным дефицитом железистого компонента

Наличием признаков нарушения гормонального гомеостаза

Отсутствием лактации

004. Гипоплазия молочных желез характеризуется:

Только дефицитом объёма молочных желез

Функциональной и морфологической незрелостью ткани молочных желез

Преобладанием в молочных железах процессов апоптоза и обратной дифференциации железистой ткани

Преобладание железистых долек III типа

005. Для молочных желез рожавших женщин 25-40 лет характерно:

Опережающее развитие стромы по сравнению с паренхимой

Формирование качественно новых структур – тубулярных долек

Преобладание дифференцированных долек III типа

Преобладание железистых долек I-II типа

006. Основные требования, предъявляемые к имплантатам молочной железы:

Химическая инертность, низкая проницаемость оболочки, когезивность наполнителя

Наличие антибактериальных свойств и свойств, уменьшающих риск развития капсулярной контрактуры

Безопасность, биосовместимость, стабильность свойств полимера в организме

Соответствие формы имплантата, его плотности и эластичности, аналогичным параметрам молочной железы

007. Залогом стабильности и надежности послеоперационного результата является:

Равное объемное соотношение имплантата и собственных тканей

Оптимальное тканевое покрытие имплантата

Отсутствие осложнений в раннем послеоперационном периоде

Постоянное ношение эластичного бюстгальтера после операции

008. Форма молочных желез после аугментационной маммопластики главным образом зависит от:

Исходной формы молочных желез

Формы имплантата

Формы грудной клетки

Методики и техники операции

009. Ретропекторальное размещение имплантата:

Снижает риск развития капсулярной контрактуры

Уменьшает риск дистопии имплантата

Уменьшает визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в условиях дефицита покровных тканей

Даёт хорошее наполнение верхнемедиальных отделов с более узкой зоной декольте

Позволяет получить более глубокий инфрамаммарный сгиб

010. Ретромаммарное эндопротезирование:

Предпочтительно при наличии небольшого птоза

Позволяет более эффективно контролировать форму молочных желез

Упрощает реализацию маммографии

Характеризуется более выраженными и длительными послеоперационными болями

011. Размещение имплантата в двух плоскостях (по Тebbetts) позволяет:

Избежать деформации, дистопии и ротации имплантата

Более эффективно контролировать профиль молочной железы при небольшом птозе

Снизить риск развития гематомы в раннем послеоперационном периоде

Уменьшить визуальное и пальпаторное контурирование имплантата в нижнемедиальных отделах молочных желез

012. Главным преимуществом инфрамаммарного доступа является:

Наилучший контроль диссекции тканевого кармана и положения имплантата

Наибольшая косметичность послеоперационного рубца

Меньший риск сенсорных нарушений

Малотравматичность

013. Для периареолярного доступа характерны:

Наибольшая косметичность послеоперационного рубца

Универсальность

Малотравматичность

Возможность коррекции тубулярной деформации молочной железы

014. Трансаксиллярный доступ – оптимальный выбор для коррекции:

Микромастии без выраженной субмаммарной складки

Умеренной гипомастии без выраженного птоза

Гипомастии с тубулярной деформацией

Постлактационной инволютивной гипотрофии молочных желез с птозом

015. Выбор имплантата и методики операции:

Выбор пациентки, основанный на собственных эстетических предпочтениях

Выбор хирурга, основанный на чётких алгоритмах подбора имплантата и хирургических принципах

Компромисс между выбором пациентки и хирурга

Компромисс между ожидаемой пользой и неизбежными последствиями того или иного выбора

016. Преимущества текстурированного имплантата по сравнению с гладким заключается в:

Снижении риска развития капсулярной контрактуры при установке имплантата ретропекторально

Снижении риска смещения и ротации имплантата

Меньшей визуализации имплантата

Большем сроке службы

017. Выбор имплантата анатомической формы даёт следующие преимущества:

Большую проекцию при равном со сферическим эндопротезом объёме и ширине

Большую наполненность верхнего ската профиля молочной железы

Меньшую визуалилизацию латерального края имплантата

Возможность выбора имплантата разной ширины и высоты основания

018. Эпонимическое (по имени автора) название маммопластики базируется на:

Виде раскроя кожи

Способе транспорта сосково-ареолярного комплекса

Способе формирования нового контура молочной железы

Хирургическом приеме любой направленности, который автор считал ключевым

019. Базовые хирургические задачи, без решения которых невозможна эстетическая маммопластика - это:

Эстетическая коррекция контуров молочных желез и повышение качества жизни

Модификация содержимого кожного «чехла» (паренхимы), размещение САК, редрапировка «чехла», антигравитационная стабильность

Оптимизация сенсорной и лактационной функций молочной железы

Минимальная травматичность

020. Эстетическая норма для молочных желез - это:

Антропометрические показатели, имеющие цифровое выражение для каждой женщины

Контуры, которыми довольна пациентка

Диапазон контуров, за пределами которого неэстетичность заметна непредвзятому наблюдателю

Очертания, диктуемые чутьем хирурга

021. Ключевой элемент операции Thorek:

Первый опыт Т-образного или горизонтального кожного шва

Резекция кожи и «наполнителя» блоком до фасции без их разделения

Пересадка кожного трансплантата САК

Первая эстетическая маммопластика

022. Ключевой элемент операции Biesenberger:

Т-образный кожный шов

Резекция кожи и «наполнителя» по отдельности

Хирургический транспорт САК на центральной (гландулярной) ножке

Латеральная резекция паренхимы

023. Ключевой элемент операции Schwarzmann:

Латеральная ножка САК

Деэпидермизация ножки САК

Медиальная ножка САК

Закрытый транспорт САК с единственным горизонтальным рубцом

024. Источники кровоснабжения гландулярных лоскутов, используемых для аутоаугментации, такие же, как у паренхимы в операции:

Schwarzmann

Thorek

Biesenberger

Lexer

025. Главное условие транспорта САК с надежной васкуляризацией:

Сохранение слоя подлежащих тканей в зоне САК не менее 2-3 см толщиной

Отношение длины питающей ножки к ее ширине не более 1:2, как для лоскута со случайным кровоснабжением

Нижнее основание ножки

Сохранение субдермально-паренхиматозных коллатералей в зоне САК

026. Деэпидермизация поверхности ножки САК направлена на сохранение:

Артериального притока к САК

Венозного оттока от САК

Иннервации САК

Механической прочности ножки против ее перегиба

027. Раскрой при резекции кожного «чехла», уменьшающий высоту конуса молочной железы:

Перевернутая буква Т

Вертикальный

Циркумвертикальный

Латеральный

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

Маммопластике с кожным кроем Вайза

С периареолярным кроем

С вертикальным кроем

С горизонтальным кроем

029. Наиболее действенное из перечисленных средств профилактики рецидивного птоза:

Вертикальная пликация паренхимы

Мышечный «ремень» или «балкон», поддерживающий паренхиму

Уменьшение массы и высоты конуса молочной железы

Укрепление кожно-подкожного чехла

030. Усиливает антигравитационную стабильность молочной железы:

Вертикальная маммопластика, сужающая основание путем пликации гландулярных колонн

Аутоаугментация гландулярными лоскутами, увеличивающая высоту конуса молочной железы

Краниальное смещение молочной железы и мастопексия швами к фасции

031. Какие из следующих факторов наиболее связаны с риском развития рака молочной железы:

Семейный анамнез

Первая беременность в возрасте старше 40 лет

Доброкачественные опухоли молочной железы

Внутрипротоковая и внутридольковая карцинома in situ

032. Основным скрининговым методом диагностики опухолей молочной железы является:

УЗИ

КТ

МРТ

Маммография

Позиционно-эмиссионная томография

033. Преимуществами одномоментной реконструкции молочной железы после мастэктомии по сравнению с отсроченной являются:

Уменьшение анестезиологического риска

Снижение стоимости лечения

Отсутствие периода утраты органа

Более высокие эстетические результаты

034. Реконструкция соска после формирования груди свободным лоскутом:

Должна производиться одновременно с пересадкой лоскута

Может сопровождаться развитием асимметрии по сравнению со здоровой стороной, если выполнена одновременно с реконструкцией

Часто заканчивается неудачей, если выполнена одномоментно с реконструкцией железы

Должна во всех случаях выполняться на завершающем этапе реконструкции

Лучше получается из малой половой губы

035. В состав DIEP- лоскута для реконструкции молочной железы не входит:

Кожа

Подкожная клетчатка

Прямая мышца живота

036. К перфорантным лоскутам не относится:

Лоскут Рубенса

DIEP-лоскут

TRAM-лоскут

IGAP-лоскут

037. Основным недостатком лоскута на перфорантах нижних ягодичных сосудов является:

Деформация донорской зоны

Невозможность взятия лоскута после кругового бодилифтинга

Невозможность взятия лоскута после липосакции

Короткая сосудистая ножка

038. Основой для DIEP-лоскута является:

Перфоранты глубоких, окружающих подвздошную кость сосудов

Нижняя надчревная артерия

Поверхностные надчревные сосуды

Перфоранты верхней ягодичной артерии

Околопупочные перфоранты

039. Влияние лучевой терапии на результаты реконструкции молочной железы после мастэктомии:

Гиперпигментация облученной кожи

Атрофия подкожного жира

Атрофия и контрактура кожи и подкожной клетчатки

Повышение частоты фиброза и контрактуры любого из лоскутов

040. Максимальные размеры кожно-мышечного осевого торакодорзального лоскута:

10 х 20 см

Не менее 15-18 х 20 см

8-10 х 15 см

15 х 25 см

041. Деэпителизация со сбориванием кожи DIEP-лоскута в околопупочной зоне проводится для:

Предупреждения чрезмерной полноты наружного края молочной железы

Заполнения верхнемедиального квадранта тканями лоскута и создания достаточной полноты подключичной области

Обеспечения конического выступа нижнего полюса

042. К ротированным лоскутам не относится:

Лоскут на кожном мостике

Лоскут на сосудистой ножке

Аксиальный лоскут

043. К какой группе аксиальных аутотрансплантатов относится торакодорсальный лоскут (ТДЛ):

Простой составной

Сложный составной

Комбинированный составной

Префабрикованный

044. К простым составным аксиальным аутотрансплантатам не относится:

Фрагмент лучевой кости

Большой сальник

Лопаточная фасция

Торакодорсальный лоскут (ТДЛ)

Паховый лоскут

045. Выбор метода первичной маскулинизирующей маммопластики главным образом зависит от:

Размера молочной железы

Размера ареолы

Степени птоза молочных желез

Длительное тугое бинтование молочных желез в анамнезе

046. Методика пластики встречными треугольными лоскутами:

Аббе

Миларда

Седилло

Лимберга

Лапчинского

047. Верхней границей скуловой области является:

скуловисочный шов

скулолобный шов

передневерхний отдел щечной области

передненижний отдел височной области

нижний край глазницы

048. Полнослойный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности:

тыла стопы

боковой поверхности шеи

наружной бедра

передней живота

внутренней плеча

049. Толщина свободного кожного лоскута по Тиршу составляет мм:

0,2 – 0,4

0,5 – 0,6

0,6 – 0,7

0,8 – 1,0

050. Пересадку кожи на ожоговую рану производят:

Как можно позже

Как можно раньше

На 5 сутки после ожога

С момента эпителизиции

После отторжения струпа и развития грануляций

051. При формировании лоскута Филатова на двух ножках соотношение ширины к длине кожно-жировой ленты не должно превышать:

1:1

1:2

1:3

1:4

1:5

052. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности:

Тыла стопы

Боковой шеи

Наружного бедра

Передней живота

Внутренней плеча

053. Характерным симптомом повреждения лобной ветви лицевого нерва является:

Отек периорбитальных тканей

Лагофтальм

Слезотечение

Птоз брови

054. При возрастных гравитационных изменениях мягких тканей лица наиболее значимым является:

Смещение кожи относительно поверхностного мышечно-фасциального слоя

Смещение комплекса кожи и поверхностного мышечно-фасциального слоя относительно предушно-жевательной фасции

Истончение надкостницы

Элластоз кожи

055. Доступ, используемый при классическом лифтинге лба:

В височных областях

Бикоронарный

В центральной части лобной области

056. Какая из перечисленных операций не относятся к омолаживающим:

Боковая пластика подкожной мышцы шеи

Ретидектомия

Блефаропластика

Контурная пластика подбородочной области

Лифтинг бровей

057. Пересадка собственных тканей одного и того же человека:

изотрансплантация

аллотрансплантация

ксенотрансплантация

аутотрансплантация

058. Наиболее оптимальное место для взятия свободного кожного лоскута для пересадки на веки:

внутренняя поверхность плеча

внутренняя поверхность бедра

живот

внутренняя поверхность ушной раковины

059. Уровень отсечения надкостницы при выполнении лифтинга верхней зоны лица с использованием эндоскопической техники:

На уровне лобных бугров

На уровне верхнеглазничных краев

На уровне венечного шва

060. Какой способ следует использовать для удлинения тканей в области линейного рубца:

пластика встречными треугольными лоскутами по Лимбергу

иссечение рубца

дермабразия рубца и окружающих его тканей

061. Метод, позволяющий диагностировать «слабость нижнего века» или сенильные веки:

щипковая проба

тест Ширмера

тест на зажмуривание

062. Обязательным признаком ориентального типа лица не является:

Эпикантальная складка верхних век

Уплощение спинки носа

Открытый тип орбиты

Отсутствие глазнично-пальпебральной борозды верхних век

063. Соотношение выкраиваемого лоскута на ножке должно быть в среднем:

1:7

1:1

1:3

1:2

064. Начало периода реиннервации расщепленного свободного кожного аутотрансплантата:

через 1 мес.

через 2 мес.

через 3 мес.

через 6 мес.

065. Дренирование нижних век происходит в лимфатические узлы:

предушные

подчелюстные

шейные

066. Начало периода регенерации (реваскуляризации) свободного кожного аутотрансплантата:

с 1 дня

с 3 дня

с 10 дня

с 14 дня

067. Разделяет орбитальную жировую клетчатку в среднем и медиальном кармане нижнего века:

нижняя прямая мышца глаза

связка Локвуда

нижняя косая мышца глаза

тарзоорбитальная фасция

068. Главным в патогенезе жировых «грыж» век является:

растяжение тарзоорбитальной фасции

увеличение подкожно-жировой клетчатки на веках

069. Для фиксации мягких тканей средней зоны лица при эндоскопическом лифтинге используется стабильная структура:

Нижний край орбиты

Наружный край орбиты

Лобная кость

Глубокая височная фасция

070. Что может привести к энофтальму после эстетической блефаропластики:

избыточное иссечение кожи век

избыточное иссечение орбитального жира

укрепление тарзоорбитальной фасции

возвращение орбитального жира в полость орбиты

071. Свободную пересадку кожи применяют с целью:

замещения поверхностного дефекта, который невозможно устранить местными тканями

устранения сквозного дефекта

дефекта слизистой оболочки полости рта

072. Для выполнения эндоскопического лифтинга средней зоны лица используется сочетание доступов:

Внутриротовой по переходной складке верхней губы и подресничный

Внутриротовой эндобуккальный и чрезкожный в височной области

Внутриротовой по переходной складке губы и чрезкожный в височной области

Внутриротовой эндобуккальный и подресничный

Подресничный и чрезкожный в височной области

073. Уровень подапоневротической надпериостальной дессекции при лифтинге верхней трети лица по Pitanguy, Rees:

До верхнеглазничных краев

До корня носа

До концевого отдела носа

До нижнеглазничных краев

074. Метод коррекции шейно-подбородочного угла по Guyron заключается в:

Контурной пластике ментальной области силиконовым (костным) имплантатом

Отсечении надподъязычных мышц от точки фиксации на нижней челюсти и подплатизмальной липосакции

Удалении подчелюстных слюнных желез

Передней платизмопластике

075. Платизмопластика по Lejour заключается в:

Подвешивании подкожной мышцы шеи к апоневрозу грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

Пликации подкожной мышцы шеи

Иссечении и фиксации передних краев подкожной мышцы шеи

Поперечном пересечении подкожной мышцы шеи

Выделении и фиксации латерального края подкожной мышцы шеи

076. При эндоскопическом лифтинге средней трети лица по О.Ramirez мягкотканый массив фиксируется:

На 1 точку

На 2 точки

На 3 точки

На 4 точки

077. При лифтинге верхней и средней трети лица для коррекции возрастных изменений в области латерального угла глазной щели («гусиных лапок») необходимо выполнить:

Кантопексию, тарзопексию

Поперечное рассечение порции круговой мышцы глаза

Достаточно тракции фронтального лоскута вверх

078. При эндоскопическом лифтинге средней трети лица формирование тоннеля в височной области начинается на уровне:

Глубокой височной фасции

Поверхностной височной фасции

Подкожно

Поднадкостнично

079. Для резекции жирового тела щеки чаще всего используется доступ:

По переходной складке верхней губы

Предушный

Эндобуккальный

080. Целью реконструкции век при ожоговых поражениях:

Устранение лагофтальма

Устранение заворота

Устранение симблефарона

Оптические операции или косметическая коррекция (протез, косметическая контактная линза)

081. С какой периодичностью целесообразно выполнять реконструктивные поэтапные операции на веках:

Ежемесячно

Раз в 2-3 месяца

Через 1-3 недели

Через 6-12 месяцев

082. В каких случаях показана реконструкция век по срочным показаниям при последствиях травм и ожогов:

Зияющий лагофтальм

Заворот век и контакт ресниц с роговицей

Наличие кератопатии, эрозии или язвы роговицы, вызванной деформацией век

Сочетание выраженного лагофтальма и выворота конъюнктивы с ее ксерозом

083. На какой срок целесообразно накладывать тракционные швы при реконструкции век с пересадкой свободных кожных лоскутов:

На 1 неделю

На 3-5 дней

На 1 год

На 2,5-3 недели

084. Каковы необходимые этапы при завершении реконструктивной операции на веках с пересадкой свободного кожного аутотрансплантата:

Тугая повязка на 3-5 дней

Инъекция антибиотика в области операции

Тракционные швы или сшивание век

085. Свободный кожный аутотрансплантат какой области не подходит для реконструкции век:

Со здорового века

Из заушной области

Из области предплечья

Из области бедра и живота

086. В чем отличие гиперпластического ожирения от гипертрофического:

в количестве адипоцитов и их размере

в количестве адипоцитов

в размере адипоцитов

087. Для каких возрастных групп характерно гиперпластическое ожирение:

подростки

взрослые

088. Какой слой подкожно-жировой клетчатки не определяет контуры фигуры:

висцеральный

субфасциальный

подкожный

089. Чем характеризуются жировые отложения по женскому типу

относительно равномерным увеличением толщины подкожно-жирового слоя конечностей и туловища

частым наличием жировых ловушек в области фланков и в субментальной области

локальным увеличением объема преимущественно глубокого слоя жировой ткани в области бедер, коленей, живота

090. Противопоказанием для проведения липосакции не является:

Варикозное расширение вен

Лимфостаз конечностей

Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу

Тромбофлебит в анамнезе

Период лактации

091. Что является основной целью липоаспирации:

коррекция контуров фигуры

устранение избыточного веса

коррекция контуров и устранение избыточного веса

092. Какое минимальное количество разрезов (проколов) необходимо для равномерной обработки жировой ловушки:

один

два

два и более

093. В каких направлениях должна происходить обработка жировой ловушки канюлями из двух разрезов:

параллельных

перпендикулярных

094. Безопасный объем липосакции составляет:

5 литров

4 литра

3 литра

Не более 2-х литров

095. Наиболее частым осложнением высокочастотной липосакции является:

Серома

Синдром «стиральной доски»

Интрадермальный ожог

096. При проведении трансплантации аутожира (липофилинга) из одного вкола можно сделать:

Не более 5 каналов

Не более 3 каналов

Каждый канал предполагает отдельный вкол

097. Снизить риск развития осложнений при ультразвуковой комбинированной липоаспирации помогает:

Увеличение объема тумисцении

Уменьшение мощности ультразвуковой волны

Соблюдение глубины слоя и непрерывный ход канюли

098. Функцией компрессионного белья не является:

Сдерживание отека

Равномерное формирование плоскостного рубца

Профилактика развития сером

Остановка кровотечения

099. Полной васкуляризации жирового трансплантата при липофилинге можно ожидать при диаметре канала:

4-6 мм

Не более 5 мм

2-3 мм

100. При механической липосакции средняя потеря крови на 1 литр жировой эмульсии составляют:

250 мл

500 мл

100 мл

101. Липолитический эффект раствора Кляйна объясняется наличием в его составе:

Местного анестетика

Адреналина

Антибиотика

Гидрокарбоната натрия

102. Наиболее устойчивым жировым трансплантатом для аутотрансплантации жира (липофилинга) является:

Жировая клетчатка из области «галифе»

Жировая клетчатка из области коленей

Жировая клетчатка из области передней брюшной стенки

103. Длина хода при пересадке жировой ткани (липофилинге) определяется:

Не более 3 см

Не более 5 см

Определяется длиной канюли и разметкой

104. Наиболее опасным осложнением при проведении ультразвуковой комбинированной липосакции является:

Интрадермальный ожог и некроз кожи

Серома

Лимфоррея

105. Наиболее опасным осложнением механической липосакции является:

Жировая тромбоэмболия

Травма крупных сосудов

Парез нервов

Синдром «стиральной доски»

106. Признаком необходимости завершения липосакции является:

Увеличение примеси крови в аспирате и истончение подкожной клетчатки

Уменьшение доли структурированной жировой ткани в аспирате

107. При значительно растянутой коже, незначительном количестве подкожно-жирового слоя и резко ослабленном тонусе мышечного каркаса передней брюшной стенки пациенту показано:

Стандартная классическая абдоминопластика

Закрытая мини-абдоминопластика

Мини-абдоминопластика

Модифицированная абдоминопластика (дермолипэктомия и пластика апоневроза)

108. Верхняя граница зоны препаровки кожно-жирового лоскута при классической абдоминопластике:

Мечевидный отросток

Край реберной дуги

Эпигастральная область

Зона отслойки может быть при необходимости продолжена на область грудной клетки

109. Причиной развития подапоневротических гематом после отслойки кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки является:

Выполнение отслойки без предварительной инфильтрации

Нестабильное артериальное на протяжении операции

Выполнение отслойки без выделения и коагуляции перфорантных сосудов

110. Пациентка обратилась в вашу клинику после перенесённой аугментационной маммопластики центральным доступом через субареолярный разрез. Какие наиболее вероятные жалобы она предъявит:

Снижение чувствительности соска

Втяжение послеоперационного рубца

Пигментация или гипертрофия рубца

Капсулярная контрактура

111. Предоперационное ношение компрессионного белья перед абдоминопластикой показано для:

Уменьшения степени релаксации мышц передней брюшной стенки

Уменьшения лимфостаза у пациентов с выраженным кожно-жировым фартуком

Улучшения микроциркуляции в зоне будущего вмешательства

Для адаптации к повышению внутрибрюшного давления

112. Существенным отличием напряженно-боковой абдоминопластики по Lockwood от классической абдоминопластики является:

Лучшие технические условия для пликации релаксированных фасций по спигелевым и антиспигелевым линиям

Худшие условия кровоснабжения центральной части лоскута

Резекция кожи преимущественно в латеральных отделах туловища и сокращение зоны отслойки кожно-жирового лоскута с сохранением подреберных перфорантов

Невозможность сочетания методики с липосакцией тех или иных отделов живота

113. Недостатком напряженно-боковой абдоминопластики по Lockwood является:

Специфическая форма послеоперационного рубца, особенности которой необходимо особо согласовывать с пациентом

Значительное натяжение и плохие условия кровоснабжения центральной части лоскута

Недостаточные возможности коррекции кожно-жирового лоскута верхних отделов живота

114. Особенностью вертикальной абдоминопластики является:

Выполняется только в тех случаях, когда необходимо устранить диастаз прямых мышц живота

Отсутствие необходимости широкой латеральной надапоневротической диссекции

3. Широкие возможности удаления избытков подкожно-жирового слоя в гипогастральной и надлобковой зоне

115. Показанием к проведению вертикальной абдоминопластики является:

Наличие патологического рубца после предшествующих срединных лапаротомий и нежелание пациента иметь дополнительный горизонтальный рубец

Необходимость улучшения качества существующего рубца после предшествующий срединных лапаротомий и одномоментного выполнения герниопластики и устранения диастаза прямых мышц живота

Необходимость улучшения качества существующего рубца после предшествующий срединных лапаротомий и одномоментной коррекции талии в необходимых пределах

116. Для устранения значительной нехватки кожно-жирового лоскута в ходе абдоминопластики при ошибочном расчете линии резекции, помимо продления зоны кожно-жировой препаровки используют:

Прием Polak-Polak (тракционные нити)

Изменение формы рубца

Достаточно перевести пациента в положение с согнутыми тазобедренными суставами

117. Показаниями к проведению реверсной абдоминопластики не являются:

Небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота

Выполняется только в тех случаях, когда необходимо устранить диастаз прямых мышц живота

Необходимость проведения симультанной редукционной маммопластики или мастопексии

118. Показанием к закрытой мини-абдоминопластике является:

Вялость кожи и умеренно выраженный слой подкожной клетчатки

Наличие диастаза прямых мышц живота и ослабление тонуса мышечно-апоневротиического каркаса

Небольшой избыток кожи и подкожной клетчатки в верхних отделах живота

Необходимость резекции избытка кожи преимущественно в латеральных отделах туловища

Ничего из вышеперечисленного

119. Показанием к открытой мини-абдоминопластике является:

Эластичная, способная к сокращению кожа, незначительный слой подкожной клетчатки, изолированный диастаз прямых мышц живота

Перерастянутая кожа, значительный слой подкожной клетчатки в виде «фартука» ослабленный тонус мышечно-апоневротического каркаса

Умеренный избыток кожи, умеренный слой подкожной клетчатки, умеренно сниженный тонус мышечно-апоневротического каркаса

120. Особенностями напряженной верхней абдоминопластики по Le Louarn и Pascal является все, кроме:

Разрез кожи в виде «велосипедного руля»

Поуровнево-ступенчатая препаровка кожно-жирового лоскута

Сочетание горизонтально и вертикального разрезов

Традиционная пликация апоневроза прямых мышц живота

Наложение параумбиликальных кожно-апоневротических швов

121. Липосакция подбородочной области имеет преимущества, поскольку:

Оставляет нетронутой нормальную анатомию подкожной мышцы шеи

Обеспечивает желаемую жировую прослойку в области

Хорошо подходит для молодых пациентов

Простой дренаж малого диаметра устраняет отечность тканей

122. Основная цель консультирования перед увеличивающей маммопластикой:

Информирование пациентки о возможностях и проблемах УМ

Выбор оптимального эндопротеза

Сведение до минимума пропорции недовольных результатом

Юридическая защита хирурга подписью пациентки под «информированным согласием»

123. Форма аугментированной МЖ зависит главным образом от:

Строения грудной стенки и свойств тканей МЖ

Формы имплантата

Объема имплантата

Доступа и кармана

124. Удаление экструдированного эндопротеза:

Обязательно при появлении общей симптоматики инфекционного процесса

Обязательно всегда

Не обязательно;

Не обязательно при адекватной антибиотикотерапии

125. При разрыве оболочки силиконового эндопротеза показана:

Срочная реоперация в любом случае

Реоперация при искажении формы МЖ и по желанию пациентки

Замена импланта с установкой в другую плоскость

Диагностическая пункция

126. Наиболее чувствительный диагностический метод для определения целостности оболочки имплантанта:

Магнитно резонансное исследование

Маммография

Ультразвуковое исследование

Пальпаторно

127. К Вам приходит на прием пациентка через несколько лет после аугментационной маммапластики, у которой с одной стороны видны контуры имплантанта, молочные железы различны по форме. К какой степени контрактуры по Baker (1975) следует отнести данный клинический случай:

2 Б степень

4 степень

3 степень

3 А степень