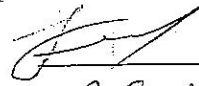


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДЕНО

Руководитель образовательной

Программы В.Е. Колесников


от 29.08.2023

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
высшего образования
подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры 31.08.60
Пластическая хирургия
(квалификация врач-пластический хирург)**

Ростов-на-Дону

Программа государственной итоговой аттестации высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.60 Пластическая хирургия одобрена на заседании кафедры пластической реконструктивной хирургии, косметологии и регенеративной медицины.

Протокол № 22.12.23 от « 18 » _____

Заведующий кафедрой д.м.н., доцент


подпись

Колесников В.Е.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры (31.08.60 Пластическая хирургия).

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры (31.08.60 Пластическая хирургия) осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-пластического хирурга в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Целью ГИА является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО.

Задачи ГИА: проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности (31.08.60 Пластическая хирургия) проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования (по разделам дисциплин входящих в РУП)).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры (31.08.60 Пластическая хирургия).

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры (31.08.60 Пластическая хирургия).

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

Универсальные компетенции (далее – УК):

- ✓ **УК-1** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
- ✓ **УК-2** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
- ✓ **УК-3** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
- ✓ **УК-4** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
- ✓ **УК-5** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции (далее – ОПК):

- ✓ **ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
- ✓ **ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей
- ✓ **ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
- ✓ **ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и

- ✓ обследование пациентов
- ✓ **ОПК-5.** Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
- ✓ **ОПК-6.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
- ✓ **ОПК-7.** Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
- ✓ **ОПК-8.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
- ✓ **ОПК-9.** Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
- ✓ **ОПК-10.** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции (далее – ПК):

- ✓ **ПК-1** Способен к проведению лечения пациентов с повреждениями врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и(или) состояниями головы и шеи
- ✓ **ПК-2** Способен назначать и проводить лечение пациентам с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и(или) состояниями туловища и конечностей
- ✓ **ПК-3** Способен проводить обследование и лечение пациентов женского и мужского пола с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и(или) состояниями урогенитальной области, в том числе при смене пола

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Нормативно-правовая документация, определяющая деятельность медицинских организаций и медицинских работников в сфере «Пластическая хирургия».

2. Особенности оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "пластическая хирургия".
3. Трудовое законодательство, определяющее деятельность медицинского персонала в медицинских организациях. Трудовые функции работников.
4. Основы здорового образа жизни, методы его формирования, профилактика повреждений, заболеваний и (или) состояний, сопровождающихся врожденными и приобретенными дефектами и деформациями.
5. Профилактика интраоперационных осложнений и послеоперационных осложнений. Профилактика внутрибольничной инфекции.
6. Анатомо-физиологические и региональные особенности поверхностных тканей организма.
7. Ангиосомная теория и организация крово- и лимфообращения поверхностных тканей организма;
8. Норма и патология раневого процесса и особенности лечения хронических и сложных ран.
9. Современные средства ухода за острыми и хроническими ранами.
10. Планирование разрезов и доступов в пластической хирургии в соответствии с силовыми линиями кожи и регионарными особенностями.
11. Классификация и клинические признаки и принципы хирургической коррекции рубцов.
12. Консервативная противорубцовая терапия: лечение и профилактика патологического рубцевания.
13. Метод свободной пересадки кожи: сущность метода, источники, области применения, техника.
14. Анатомо-физиологические особенности хрящевой ткани, как пластического материала, области применения свободных хрящевых трансплантатов и техника выполнения.
15. Метод свободной пересадки собственной жировой ткани: способ забора, подготовки и введения аутожира, области применения.
16. Метод пластики местными тканями: классификация местных лоскутов, принципы перемещения, способы кровоснабжения.
17. Лоскуты на питающей ножке: особенности и области применения.
18. Тканевая экспансия: сущность метода, разновидности медицинских устройств, порядок и техника выполнения.
19. Метод мигрирующего стебельчатого лоскута (Филатовский стебель): сущность метода, порядок планирования, перемещения и пластики, биологические свойства стебельчатого лоскута.
20. Общие вопросы применения микрохирургической техники в пластической хирургии: оборудование, инструментарий, расходные материалы,
21. Основные микрохирургические техники: микрососудистый и микроневральный шов, шов сухожилия.
22. Классификация реваскуляризируемых аутотрансплантатов по составу тканей и источнику кровоснабжения.

23. Частные вопросы микрохирургической пересадки: кожные и кожножировые аутотрансплантаты, особенности взятия, основные трансплантаты, области применения.
24. Частные вопросы микрохирургической пересадки: костные, кожнокостные аутотрансплантаты, особенности взятия, основные трансплантаты, области применения
25. Частные вопросы микрохирургической пересадки: мышечные аутотрансплантаты, особенности взятия, основные трансплантаты, области применения
26. Принципы послеоперационного мониторинга микрохирургических аутотрансплантатов, фатальные нарушения и способы их устранения.
27. Анализ области дефекта и алгоритм выбора пластического материала.
28. Имплантаты в пластической хирургии: разновидности материалов, требования к имплантируемым материалам, правила фиксации.
29. Теоретические аспекты трансплантации: классификация по принципу источника тканей, способы заготовки, области применения.
30. Прикладные аспекты топографической анатомии головы и шеи, возможности хирургических доступов;
31. Периоды эмбриотального развития головы и шеи;
32. Классификация и клиническая картина расщелин губы, неба, альвеолярного отростка;
33. Первичная и вторичная хейло-рино-уранопластика: техника, сроки;
34. Классификация и клиническая картина и принципы хирургического лечения врожденных деформаций челюстей;
35. Классификация и клиническая характеристика и принципы хирургического лечения пороков развития шеи;
36. Основные причины синостозирования и формообразования черепа в условиях заращения одного или нескольких швов.
37. Классификация и клиническая характеристика и методы хирургической коррекции изолированных краниосиностозов;
38. Классификация и клиническая характеристика и методы хирургической коррекции синдромальных краниосиностозов;
39. Орбитальный гипертелоризм, классификация и методы коррекции;
40. Классификация и клиническая характеристика травм верхней и средней зон лица, методы лечения;
41. Классификация и клиническая характеристика нижней зоны лица, методы лечения;
42. Классификация и клиническая характеристика посттравматических деформаций верхней и средней зон лица, подходы к хирургической коррекции;
43. Классификация и клиническая характеристика посттравматических деформации нижней зоны лица;
44. Общие вопросы онкопластической хирургии головы и шеи;
45. Клиническая характеристика, классификация и методы хирургической коррекции комбинированных дефектов челюстно-лицевой области;

46. Принципы планирования эстетических вмешательств в области лица и шеи;
47. Эволюция представлений о хирургической анатомии лица, эра поверхностной мышечно-фасциальной системы, эра удерживающих связок, эра пространств;
48. Техника хирургических вмешательств на уровне кожи и подкожной клетчатки;
49. Техника хирургических вмешательств на уровне ПМФС (пликация, мобилизация, умбрикация);
50. Принципы хирургической коррекции возрастных изменений периорбитальной области (верхняя и нижняя блефаропластика);
51. Методы расширенной блефаропластики: показания и отдаленные результаты;
52. Анатомо-физиологические особенности носа и придаточных пазух
53. Принципы хирургической коррекции хрящевого отдела носа;
54. Принципы хирургической коррекции костного отдела носа;
55. Полная реконструкция носа, принципы функциональной ринопластики;
56. Принципы и техника вторичной и сложной ринопластики;
57. Контурная пластика спинки носа в программе коррекции вторичных деформаций
58. Эстетические параметры, классификация и клиническая характеристика врожденных и приобретенных дефектов и деформаций ушных раковин;
59. Методы эстетической отоластики: коррекция выступающих ушных раковин, коррекция дополнительных бугорков и ножек противозавитка;
60. Принципы реконструктивной отоластики с использованием собственного хрящевого трансплантата;
61. Реконструкция ушной раковины с использованием синтетических материалов.
62. Основы формообразования, ангиоархитектоники и эстетических параметров молочных желез.
63. Клинические признаки гипертрофированных и гипотрофированных молочных желез,птоза молочных желез и оценка локального статуса при подготовке к маммопластике.
64. Обследование ациентов перед эстетической и реконструктивной маммопластикой.
65. Имплантаты для аугментационной маммоластики и способы индивидуального подбора.
66. Техника аугментационной маммоластики: оперативные доступы и способы размещения имплантата.
67. Техника редукционной маммоластики: типы питающих ножек.
68. Принципы планирования хирургической коррекции птоза молочных желез: разновидности мастопексии по форме результирующего рубца, по типу модификации чехла и стромы.
69. Сочетанные вмешательства: аугментационной маммоластики и мастопексии: показания и планирование, техника вмешательств.

70. Клиническая характеристика, классификация и методы коррекции тубулярных молочных желез.
71. Липофилинг молочных желез как самостоятельное вмешательство и как этап комплексного вмешательства.
72. Онкопластическая хирургия молочных желез: возможности первичной и вторичной реконструкции молочной железы после онкологических вмешательств.
73. Техника реконструкции молочной железы после утраты органа методом тканевой экспансии.
74. Техника реконструкции молочной железы ротационными лоскутами.
75. Техника реконструкции молочной железы микрохирургическими аутотрансплантатами.
76. Показания и техника выполнения кожесохраняющей мастэктомии (подкожной мастэктомии).
77. Способы реконструкции сосково-ареолярного комплекса, порядок выполнения вмешательств.
78. Клиническая характеристика и классификация деформаций передней брюшной стенки.
79. Разновидности методов абдоминопластики с переносом и без переноса пупочного кольца: форма результирующего рубца, возможности вмешательства.
80. Умбиликопластика: первичная, вторичная, неоумбиликопластика: разметка, техника вмешательств, отдаленные результаты.
81. Общие вопросы липомоделирования в области торса и конечностей.
82. Технические особенности липосакции в зависимости от разновидности метода: классическая механическая, водоструйная, вибрационная, ультразвуковая.
83. Сочетанные вмешательства при коррекции деформаций в области передней брюшной стенки: абдоминопластика в сочетании в герниопластикой, липосакцией.
84. Планирование и техника коррекции контуров тела после массивного снижения массы (постбариатрическая коррекция): нижний и верхний бодилифтинг (торсопластика), дополнительные вмешательства (дермолипэктомии в области плеча, бедра).
85. Коррекция ягодичных областей: методы аугментационная глютеепластика, глютеепексия, аутоаугментация ягодичных областей, липофилинг ягодичных областей (техника выполнения, показания, отдаленные результаты).
86. Контурная пластика голеней (круропластика): особенности эндопротезов для круропластики, техника вмешательств.
87. Клиническая картина и классификация врожденных и приобретенных дефектов уrogenитальной области у мужчин.
88. Методы и техника коррекции эпи- и гипоспадии.
89. Методы и техника частичных, субтотальных и тотальных дефектов полового члена.
90. Методы и техника хирургической коррекции микропении.

91. Методы и техника хирургической коррекции эректильной дисфункции.
92. Клиническая картина и классификация врожденных и приобретенных дефектов уrogenитальной области у женщин.
93. Эстетические параметры, приобретенные дефекты и деформации промежности.
94. Методы и техника хирургической коррекции малых и больших половых губ.
95. Методы и техника хирургической коррекции стенок влагалища.
96. Правовые вопросы постановки диагноза «ядерный транссексуализм», порядок необратимых вмешательств.
97. Методы и техника неофаллопластики и неоуретропластики при хирургической смене пола.
98. Методы и техника неовагинопластики при хирургической смене пола.
99. Дополнительные хирургические вмешательства при хирургической смене пола.
100. Вопросы обезболивания при хирургических операциях на конечностях.
101. Классификация и клиническая характеристика врожденных пороков развития кисти.
102. Классификация и клиническая характеристика приобретенных дефектов и деформаций кисти.
103. Методы обследования кровообращения, чувствительности и функций кисти.
104. Методы и техника хирургической коррекции врожденных пороков развития кисти (синдактилии, полидактилии, амниотических перетяжек, расщепленной кисти).
105. Методы и техника хирургического лечения свежих и застарелых повреждений сгибательного аппарата пальцев и кисти.
106. Методы и техника хирургического лечения свежих и застарелых повреждений разгибательного аппарата пальцев и кисти.
107. Тактика хирургического лечения при поверхностных дефектах пальцев и кисти: алгоритм выбора лоскута/аутооттрансплантата для коррекции.
108. Тактика лечения при тяжелых и мутилирующих повреждениях кисти.
109. Реплантация сегментов конечностей: показания и противопоказания, последовательность и техника вмешательств.
110. Лечение контрактур пальцев и кисти: тактика и подходы, техника вмешательств.
111. Лимфатический отек конечностей (постмастэктомический синдром, лимфостаз нижних конечностей): этиология, патогенез, диагностика с красителями
112. Методы хирургического лечения хронического лимфатического отека конечностей с применением микрохирургической техники.
113. Классические хирургические методы хирургического лечения хронического лимфатического отека.
114. Экспертная оценка функциональных нарушений, связанных с особенностями топографии дефектов и деформаций врожденного и приобретенного характера.

115. Оценка степени дерматогенных контрактур в области головы и шеи, тела и конечностей.
116. Экспертиза медицинской документации, фотодокументации области интереса при оценке отдаленных результатов оперативных вмешательств.
117. Общие вопросы реабилитации пациентов после пластических эстетических и пластических реконструктивных операций.
118. Восстановительный период для разного типа пластических эстетических и пластических реконструктивных вмешательств и планирование многоэтапных вмешательств.
119. Реабилитационные программы у пациентов после пластических эстетических вмешательств в области головы и шеи, тела и конечностей.
120. Реабилитационные программы у пациентов после пластических реконструктивных вмешательств в области головы и шеи: методы восстановления функций мимики, артикуляции, жевания.
121. Вопросы эктопротезирования при реабилитации пациентов с комбинированными дефектами лица, анофтальмом, дефектами ушных раковин.
122. Реабилитационные программы при оперативных вмешательствах в области кисти: противорубцовая терапия, динамическая механотерапия, порядок начала активных и пассивных движений.
123. Методы эластокомпрессии в раннем и отдаленном послеоперационном периоде для разного типа пластических вмешательств: порядок и регулярность ношения, сроки отказа от компрессионного белья.
124. Липосакция. Особенности строения подкожно-жировой клетчатки. Классическая и энерго-ассистированные методики.
125. Липофилинг. Гарантии успеха и предсказуемого результата. Предупреждение осложнений.
126. Особенности липофиллинга различных локализаций: лица, кистей рук, молочных желез, рубцовых деформаций.
127. Резекционная пластика. Живот, плечи, бедра и ягодицы.
128. Абдоминопластика. Оптимальная стандартная методика. Сочетание с липосакцией.
129. Техники переноса пупка при абдоминопластике. Типовые ошибки и осложнения.
130. Анатомо-функциональная характеристика молочной железы.
131. Анатомические варианты и аномалии. Дисфункциональные заболевания.
132. Эндопротезирование. Современные модели имплантов. Оценка паренхимы, формы, состояния кожи и фасциальной системы молочной железы. Отдаленный прогноз.
133. Аугментационная маммопластика, техника операции, оперативные доступы. Принципы подбора и установки имплантов.
134. Особенности репротезирования молочных желез. Возможности использования капсулы при реоперации.
135. Птозированная грудь: варианты маммопластики для коррекции формы и размера.

136. Тубулярная грудь: особенности строения и решения вопроса формообразования. Возможные осложнения в отдаленном послеоперационном периоде.
137. Редукционная маммопластика. Выбор питающей ножки. Транспорт сосково-ареолярного комплекса, модификация кожного кармана и паренхимы. Осложнения.
138. Мастоптоз. Патогенез- постлактационный, инволютивный, гравитационный.
139. Варианты оперативной коррекции мастоптоза. Варианты мастопексии. Техника вертикальной мастопексии.
140. Послеоперационная динамика и результаты.
141. Асимметрия молочных желез. Монолатеральная гипомастия, варианты корригирующей стратегии (контрлатеральная редукция, монолатеральное эндопротезирование, редукция в сочетании с эндопротезированием).
142. Реконструкция молочной железы, варианты одномоментной и отсроченной маммопластики.
143. Ринопластика. Методики проведения открытой и закрытой. Выбор метода.
144. Ринопластика: аугментационная и редукционная. Как достичь предсказуемого результата.
145. Риносептопластика при искривлениях оси носа: кифоз и сколиоз. Анатомия поверхностной фасциальной системы лица.
146. Основные хирургические приемы омолаживающих операций. Методы фиксации перемещенных тканей.
147. Суть и технические приемы smas- пластики.
148. Радикальный фейслифтинг с расширенной диссекцией SMAS.
149. Возможности полного венечного разреза в омоложении верхних 2/3 или всех зон лица (операция Хиндерера).
150. Дополнительные и новые методики омолаживающих операций на лице: эндоскопия, липофиллинг, нитевой лифтинг.
151. Блефаропластика: верхняя, нижняя. Кантопексия- показания.
152. Нижняя блефаропластика или подтяжка средней зоны лица. Выбор метода.
153. Верхняя блефаропластика или броулифтинг. Выбор метода, техника операции.
154. Отопластика: оптимальные стандартные методики в зависимости от особенностей строения ушной раковины.
155. Реконструкция ушной раковины. Воссоздание мочки.
156. Малоинвазивные методы омолаживания лица и периорбитальной области.
157. Методы коррекции овала лица. Основные техники, дополнительные процедуры (липосакция подбородка, медиальная платизмопластика)

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задача №1

Пациент Г., 58 лет, госпитализирован с жалобами на невозможность смыкания век, ограничение открывания рта, ограничение отведения левой руки. Ожоги пламенем в быту получил 5 месяцев назад. Лечился в ожоговом центре по месту жительства, производилась аутодермопластика ожоговых ран. Около двух месяцев назад стали образовываться грубые рубцы, вызывающие вышеописанные жалобы. Последний месяц пациент стал отмечать снижение массы тела из-за невозможности нормального приема пищи, сухость и красноту глаз, что заставляло регулярно применять увлажняющие капли и глазные мази (натуральная слеза, корнергель и т.п.). При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам без отклонений от нормы. St. localis: на лице обширные рубцы вызывают выворот верхних и нижних век, значительное уменьшение размеров рта. Также имеются обширные послеожоговые рубцы передней грудной стенки, левой подмышечной области, ограничивающие отведение левой руки (макс. угол отведения 40 градусов). Область левой подмышечной впадины полностью поражена рубцами. Область спины не повреждена

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Тактика ведения и лечения?
4. Прогноз?

Задача №2

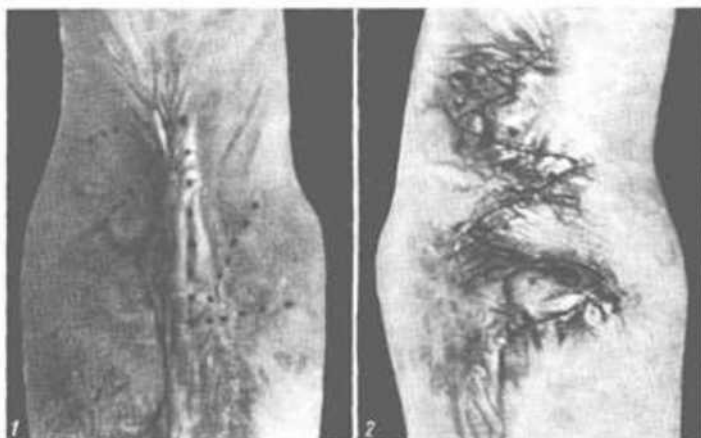
К пластическому хирургу обратился пациент К., 34 лет с жалобами на деформирующий, неэстетичного вида рубец в области локтевого сгиба слева. В анамнезе у пациента травма - разрыв сухожилия бицепса в результате резкого поднятия тяжелого предмета. В кратчайшие сроки после травмы было проведено оперативное лечение - пластика сухожилия. Течение послеоперационного периода - без осложнений, заживление раны первичным натяжением. Рекомендации по ведению раннего и отдаленного послеоперационного периода выполнял аккуратно. Через 2,5-3 месяца заметил, что рубец утолщается и уплотняется, возникают сложности при разгибании руки в локтевом суставе. Обратился повторно, после чего было выполнено иссечение рубца. Заживление проходило с выраженным натяжением краев раны и образованием трех лигатурных свищей на 8-9 день после операции. После 1,5-2 месяцев после повторного вмешательства обнаружил, что рубец деформируется повторно. В настоящее время с момента повторной операции прошло 11 месяцев.

St. localis: в области локтевого сгиба слева определяется линейный деформирующий рубец длиной 7,6-7,7 см вдоль оси конечности. Ширина рубца от 0,6 до 0,8 см на разных участках. Рубец плотный, выступает над поверхностью кожных покровов, светло розового цвета, безболезненный. Амплитуда движений в левом локтевом суставе снижена, конечность в состоянии сгибания в локтевом суставе 110-120°:

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. В результате какой тактики возникло данное состояние?
2. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании?
3. Какова тактика лечения и сроки его проведения?

Исходный вид рубца



Задача №3

Планируется оперативное вмешательство в области предплечья.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза
2. Продемонстрируйте мануальный прием, позволяющие определить направление разреза
3. Поясните выбор направление разрез

Рис. 1. Определение направления кожных линий Лангера. Правильное направление.

Рис.2. определение направления кожных линий Лангера. Неправильное направление.





Задача 4

Планируется оперативное вмешательство в области наружной поверхности плеча.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза?



2. Проясните выбор направления разреза.
3. Проясните выбор направления разреза.

Задача №5

Планируется оперативное вмешательство в области наружной поверхности плечевого сустава

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза.
2. Проясните выбор направления разреза.
3. Проясните выбор направления разреза.

Планируется оперативное вмешательство в области подмышечной впадины.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза в области задней подмышечной линии.
2. Проясните выбор направления разреза.
3. Проясните выбор направления разреза.

Задача №7

Планируется оперативное вмешательство в области передней поверхности грудной клетки.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза?
2. Продемонстрируйте мануальный прием, позволяющий определить направление разреза.
3. Поясните выбор направление разреза.



Задача №8

Планируется оперативное вмешательство в лопаточной области.

Вопросы:

1. Как определить оптимальное направление разреза?
2. Продемонстрируйте мануальный прием, позволяющий определить направление разреза.
3. Поясните выбор направление разреза.



Рис.1

Задача №9

К пластическому хирургу обратилась пациентка И. с жалобами на эстетически неприемлемый, деформирующий тянущий рубец передней брюшной стенки.

Из анамнеза: три года назад перенесла полостную операцию, доступом для которой была нижняя срединная лапаротомия. Заживление первичным натяжением. Через 3-4 месяца после вмешательства послеоперационный рубец стал увеличиваться в объеме, уплотнился и потемнел. Применяла различные противорубцовые мази и гели без видимого эффекта. В анамнезе - беременность и роды (крупный плод). При обсуждении вариантов коррекции, выяснилось, что пациентка против удлинения рубца в подпупочной зоне за счет изменения его конфигурации.

Status localis: Живот относительно симметричен, передняя брюшная стенка растянута умеренно, определяется расхождение прямых мышц живота не более 2,0-2,5 см. Имеются умеренно выраженные отложения локализованного жира в надлобковой, околопупочной зонах и боковых отделах живота. Определяются гипертрофические множественные деформирующие послеоперационные рубцы. Вертикальный рубец после нижней срединной лапаротомии, деформирующий пупочное кольцо. Множественные горизонтальные гипертрофические рубцы 1,5-3,5 см в надлобковой и паховых областях. Рубцы цианотичного оттенка, выступают над поверхностью кожи, болезненные

Вопросы:

1. Какова причина частого формирования гипертрофических рубцов в данной зоне?
2. Изобразите схематично оптимальное направление Разрезов (рубцов) в области передней брюшной стенке.
3. Предложите варианты коррекции. Укажите метод выбора с учетом



Рис.1. Исходный вид рубца



брюшной стенке

пожеланий пациентки.



Рис.3. Вариант коррекции



Рис.4. Направления разрезов, не соответствующие силовым линиям.

Задача №10

Условие задачи: К пластическому хирургу обратилась пациентка К., 29 лет с жалобами на наличие объемного плотного образования в области правой ушной раковины. В анамнезе у пациентки множественный пирсинг ушных раковин, через год после которого обнаружила уплотнения в области отверстий. Постепенно уплотнения приобрели вид объемных шариков, болезненных при прикосновении. Пациентке был поставлен диагноз: келоидные рубцы ушных раковин. За два года было выполнено две попытки иссечения данных рубцов. В области левой ушной раковины сформировался приемлемый нормотрофический рубец. Келоидный рубец справа рецидивировал дважды. После последней операции и рецидива выполнена попытка коррекции рубца методом СВЧ-криодеструкции без эффекта.

Status localis: Рис.1. Ушные раковины асимметричны за счет наличия плотного объемного образования в области завитка справа. Образование плотное, с гладкой поверхностью, темно-розового цвета 2,3 x 1,2 см. Определяются мелкие сосудистые включения в толще образования. Пальпация умеренно болезненна. Кожа задней поверхности правой ушной раковины рубцово изменена, рубцы нормотрофические, определяется дефицит кожи задней поверхности правой ушной раковины. Рубец в области завитка левой ушной раковины нормотрофический, линейный, зрелый, длина 1 см. Положение ушных раковин нормальное, размеры и форма ушных раковин соответствуют возрастной норме, ушно-головной и скафо-конхальный углы не изменены



Рис.1

Вопросы:

1. Предложите методы коррекции
2. Каковы способы профилактики образования келоидного рубца у данной пациентки в будущем?

Задача №11

К пластическому хирургу обратилась пациентка Я. с жалобами на уплотнение в подподбородочной области и передней поверхности шеи, нарушение разгибания шеи.

В анамнезе у пациентки хирургическая коррекция возрастных изменений мягких тканей лица (фейслифтинг), сопровождавшийся передней платизмопластикой 3 месяца назад. Течение послеоперационного периода - без особенностей, заживление преддушно- заушных разрезов - первичным натяжением. По прошествии 1,5-2 месяцев пациентка стала ощущать уплотнение и чувство натяжения в области передней поверхности шеи. Однако, некоторое время полагала, что это естественный процесс заживления. Обратиться за консультацией решила тогда, когда возникли проблемы с разгибанием шеи

Status localis: Рис.1, Рис 2. Лицо относительно симметрично. В субментальной области определяется горизонтальный рубец 4,5 см, светло-розового цвета, не выступающий над поверхностью кожи, спаянный с подлежащими тканями. Кожные покровы передней поверхности шеи и субментальной и частично подчелюстных областей значительно уплотнены, малоподвижны, образуют множество мелких вертикальных складок по площади уплотнения. Книзу границы уплотнения распространяются до верхнего края щитовидного хряща. Разгибание шеи ограничено.



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Определите диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Задача №12

Планируется оперативное вмешательство в подмышечной области.

Вопросы:

1. Изобразите схематично оптимальные направления линий разрезов в подмышечной и смежных областях.
2. Изобразите схематично оптимальные линии разрезов для широкого доступа к структурам подмышечной впадины.
3. Какое направление разрезов приведет к формированию гипертрофического рубца и рубцовой контрактуры?

Задача №13

За медицинской помощью обращается пациент, у которого имеется продольная рана вследствие травмы в подмышечной области

Вопросы:

1. Каковы особенности закрытия такой раны после первичной хирургической обработки и почему?
2. Изобразите схематично линию разрезов.
3. Изобразите схематично окончательный вид раны после наложения швов.

Задача №14

Планируется замещение обширного дефекта кожи местными тканями в области плечевого сустава.

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут.
3. Назовите способы закрытия донорской зоны.

Задача №15

Планируется замещение обширного дефекта кожи местными тканями в области заднего края подмышечной впадины и лопаточной области.

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут.
3. Назовите способы закрытия донорской зоны.

Задача №16

За медицинской помощью обращается пациент, у которого имеется продольная рана вследствие травмы по задней подмышечной линии.

Вопросы:

1. Каковы особенности закрытия такой раны после первичной хирургической обработки и почему?
2. Изобразите схематично линию разрезов
3. Изобразите схематично окончательный вид раны после наложения швов

Задача №17

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в области корня носа и/или верхней губы.

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут в перечисленных областях

Задача №18

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в предушной области разной площади.

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута? Способ закрытия донорской зоны?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут для закрытия дефектов разной величины в предушной области.

Задача №19

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в щечно-приротовой области

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута? Способ закрытия донорской зоны?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут для закрытия дефекта.

Задача №20

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в области нижней челюсти и подчелюстной зоне.

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута? Способ закрытия донорской зоны?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут для закрытия дефекта

Задача №21

Планируется замещение дефекта кожи местными тканями в области нижнего века и подглазничной области.

Вопросы:

1. Из какого близлежащего региона возможно переместить лоскут? Какой тип этого лоскута? Способ закрытия донорской зоны?
2. Изобразите схематично выкраиваемый лоскут для закрытия дефекта

Задача №22

При планировании оперативных вмешательств на структурах кисти - сухожилиях, суставах, нервах, необходим тщательный выбор направления разрезов с целью снижения риска развития рубцовых контрактур.

Вопросы:

1. Изобразите схематично и объясните направление и конфигурацию рациональных разрезов на тыле кисти
2. Изобразите схематично и объясните направление и конфигурацию

рациональных разрезов на ладонной поверхности кисти.

Задача №23

При контрольном осмотре пациентки 21 года, перенесшей 1,5 месяца назад редукционную маммопластику, обнаружено умеренное уплотнение циркулярного периареолярного и горизонтального компонентов рубцов с двух сторон. Пациентка отмечает, что около двух недель назад стала ощущать легкий зуд и покалывание по ходу рубцов (Рис. 1,2 - горизонтальные компоненты рубцов; рис.3 - периареолярный рубец).

Из анамнеза: редукционная маммопластика была выполнена в связи с первичной ювенальной гипермастией и сопутствующими нарушением осанки, выраженным болевым синдромом в области грудного отдела позвоночника по желанию пациентки. Течение послеоперационного периода - без осложнений, заживление первичным натяжением. Ношение компрессионного белья - в течении 1 календарного месяца после операции. Все рекомендации по ведению послеоперационного периода пациентка выполняла аккуратно.



Рис. 1

Рис.2



Рис. 3

Вопросы:

1. Что следует заподозрить в данном случае (наиболее вероятный диагноз)?
2. С каких методов коррекции следует начать?

Задача №24

К пластическому хирургу обратилась пациентка С., 20 лет с целью коррекции формы ушных раковин. При осмотре: Положение и размер ушных раковин относительно симметричен. Определяется недоразвитие противозавитка ушных раковин с двух сторон. Чаши ушных раковин углублены. Прочие части ушных раковин развиты нормально. Ушно головной угол справа и слева - 85-90°, скафо-конхальный - более 130. (рис 1,2).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Что является причиной данной деформации?



3. Какую методику коррекции следует применить в данном случае?



Задача №25

К пластическому хирургу обратилась пациентка Х., 24 лет с ориентальным типом лица и жалобами на эстетически неприемлемую форму верхних век, сложности при наложении макияжа (рис.1). Пациентке было выполнено вмешательство: коррекция

ориентального типа верхних век (европеизация век). В послеоперационном периоде при поднятии верхних век образуется четкая глазнично-пальпебральная борозда на



Рис. 1

расстоянии 4-5 мм от ресничного края (рис.2). При опускании верхнего века борозда сглаживается (рис.3).



Рис. 2



Рис. 3

Вопросы:

1. В чем заключается методика европеизации верхних век у представителей монголоидной расы?
2. Какой из методов применен в данном случае и почему?

Задача №26

Две пациентки одной возрастной категории с преимущественно деформационным типом старения перенесли в одно и то же время омолаживающие операции в области лица. На фото представлены результаты оперативного вмешательства обеих пациенток на 12-14 день после вмешательства и



предоперационного состояния.



Рис 2. (а, б) Пациентка 2 до и после операции

Вопросы:

1. Предположите, какие из оперативных вмешательств выполнены представленным пациенткам?
2. Каковы особенности перечисленных вмешательств и показания к выполнению.

Задача №27

К пластическому хирургу обратилась пациентка с жалобами на неудовлетворительные результаты предшествующей эстетической операции. В анамнезе у пациентки эстетическая пластика верхних век в связи с возрастными изменениями. После операции прошло больше года, но избыток кожи верхних век по мнению пациентки, так и не был устранен.

При осмотре: Лицо в пределах физиологической асимметрии. Определяются возрастные птогические изменения верхней и средней зон лица средней степени. Определяется ложный блефарохлазис верхних век. Избыток кожи не менее 0,8 см. Брови расположены ниже верхнеглазничного края (рис.№№ 1,2,3,4).



Рис.1



Рис.2



Рис 3



Рис.4

Вопросы:

1. В чем причина неудовлетворительного результата предыдущей операции?
2. Какой вариант коррекции можно предложить данной пациентке для получения эстетически значимого эффекта?

Задача №28

К пластическому хирургу обратилась пациентка с жалобами на изменение контуров глазной щели, частое раздражение конъюнктивы, слезотечение при минимальном воздействии внешней среды (ветер, изменение влажности и пр)

В анамнезе у пациентки эстетическая пластика нижних век 1 года назад. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы удалены на 5 сутки после вмешательства. Деформация глазной щели обнаружилась сразу после операции, однако, пациентка объясняла для себя происходящее отеком тканей и ожидала, что после полного заживления форма глазной щели станет прежней. В качестве реабилитации был назначен курс физиотерапии (микротоковая терапия, ультрафонофорез), которая не оказала влияния на результат операции.

При осмотре: Лицо в пределах физиологической асимметрии. Умеренные возрастные атрофические изменения мягких тканей лица. Определяется выраженный склеральный вид: нарушение конфигурации глазной щели преимущественно латеральной порции в виде расширения (лагофтальм), больше выражен справа. Рубцы после предыдущей блефаропластики верхних и нижних век - зрелые, нормотрофические, малозаметные (рис.1).



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Что явилось причиной развития данной послеоперационной деформации глазных щелей?
2. Какие варианты коррекции можно предложить данной пациентке?

Задача №29

Условие задачи: К пластическому хирургу обратился пациент Б, 30 лет. с целью уменьшить объем щечных областей методом резекции комков Биша, о которой узнал из открытых источников. По субъективному мнению, пациента, его лицо выглядит недостаточно мужественным.

При осмотре: Лицо в пределах физиологической асимметрии. Нижняя зона лица относительно симметрична. Определяется косметическая диспропорция лица (недостаток нижней трети лица) нижней гипогнатии и недоразвития ментальной области. При осмотре нарушений прикуса не выявлено. Переднее-нижнее положение подъязычной кости, шейно-подбородочный угол открытый. Определяется избыточный объем щечных областей за счет умеренной гипертрофии жирового тела щек.

Для уточнения диагноза пациенту выполнены прямой и боковой обзорные снимки черепа.

Рентгенологическое исследование подтверждает, что прикус у пациента адаптирован, дизокклюзии не



выявлено.



Рис.3 Обзорный боковой снимок



Рис.4 Обзорный прямой снимок

Вопросы:

1. Что является наиболее частой причиной косметических диспропорций лица?
2. Приведет ли резекция комков Биша у данного пациента к желаемому результату?
3. Какой план коррекции следует предложить данному пациенту?

Задача №30

Пациентка 17 лет, обратилась к пластическому хирургу с жалобами на неэстетичную форму носа. При осмотре имеет место небольшой горб носа в костном отделе. Нос удлинен, с нависающим кончиком, узкий во всех отделах, имеется искривление спинки носа. При передней риноскопии выявлено искривление носовой перегородки в хрящевом отделе, не затрудняющее носовое дыхание. В большей степени обращает на себя внимание выраженный экзофтальм обоих глаз, расходящееся косоглазие правого глаза, нарушение прикуса за счет уменьшения верхней челюсти в переднезаднем и поперечном размерах. За счет чего имеется выраженная скученность зубов верхней и нижней челюсти, «готическое нёбо». Все симптомы в совокупности можно описать как «вдавленная» деформация лица.

При беседе выяснилось, что девушка с раннего возраста наблюдается у эндокринолога по поводу эутиреоидного зоба. Несмотря на то, что регулярно проводятся исследования концентрации гормонов щитовидной железы и УЗИ щитовидной железы, патологических изменений никогда не выявлялось. Специфического лечения, соответственно, не проводится. Кроме того, ранее девушка наблюдалась у офтальмолога по поводу частичной атрофии зрительных нервов, снижением зрения (правый глаз практически не видит, острота зрения левого глаза снижена). Получала специфическое лечение, направленное на сохранение зрения. Что делалось - не помнит и считает, что лечение было безуспешным, так как степень зрительных расстройств не изменялась со временем. Считает, что нарушения зрения у нее с рождения, так как не помнит, чтобы когда-либо видела лучше. В детстве наблюдалась неврологом из-за частых головных болей. Жалобы на головные боли стали реже после полового созревания, однако и сейчас головные боли изредка возобновляются, особенно при перемене погоды. До школы часто болела простудными заболеваниями. Вспомнила, что ее мать рассказывала, о том, как в первые годы жизни ее родители очень боялись, что она задохнется во сне из-за сильнейшего храпа. По поводу этого храпа наблюдалась у ЛОР врача с диагнозом «аденоиды». Оперирована по этому поводу в возрасте 5 лет, проведена аденотонзилэктомия. После операции храп постепенно исчез, однако и сейчас при простуде храпит во время сна. Консультировалась у ЛОР-врача, который связал храп с искривлением носовой перегородки.



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Какой диагноз следует заподозрить?
2. Какое обязательное обследование может однозначно подтвердить диагноз, и какие находки будут считаться характерными для данного заболевания?
3. Какой алгоритм оперативной помощи может быть предложен пациенту соответственно выставленному диагнозу

Задача №31

Пациент Я., 53 года, поступил в клинику с жалобами на изменение конфигурации лица за счет асимметрии подбородочной области с диагнозом амелобластома подбородочного отдела и тела нижней челюсти с вовлечением тканей преддверия рта.

Из анамнеза: Диагноз амелобластомы верифицирован гистологически после амбулаторной расширенной биопсии по типу цистэктомии нижней челюсти.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Определяется изменение конфигурации лица за счет гипертрофии подбородочной области (рис 1а), где пальпируется плотное неподвижное образование, занимающее весь подбородочный отдел с переходом на боковые участки тела нижней челюсти. В полости рта дефект слизистой оболочки размером 3 x 4 см в центральной области преддверия рта. Слизистая оболочка отечна, слегка гиперемирована, в области дна полости рта патологических изменений ткани не определяется.

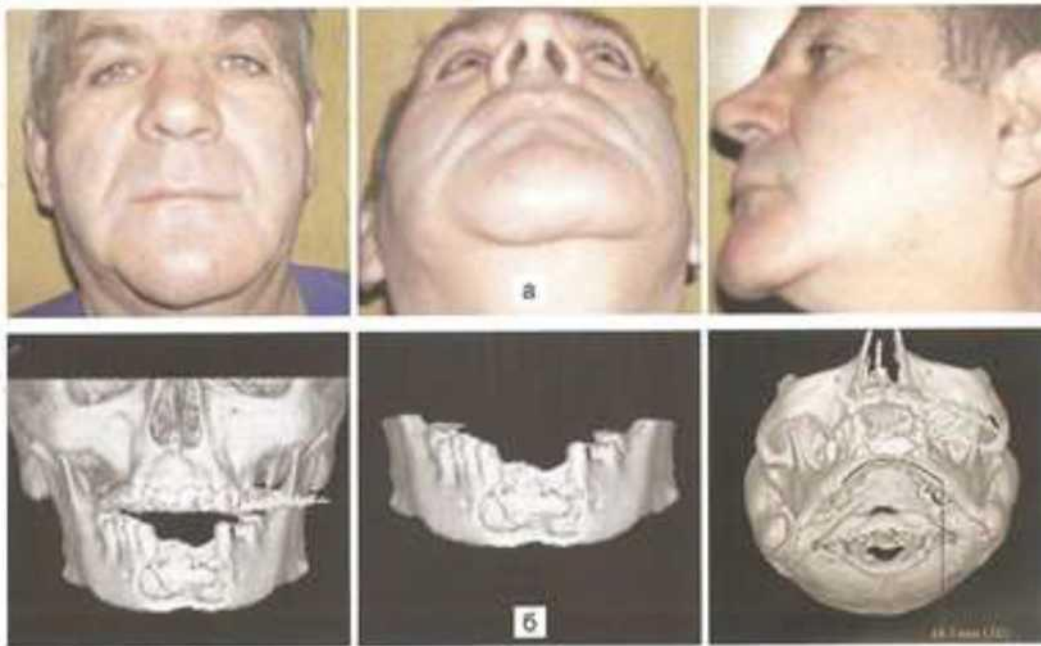


Рис.1 (а,б) Вопросы:

1. Общая тактика ведения и лечения? Что необходимо восстановить после радикальной хирургической операции?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести с учетом запланированной тактики лечения?
3. Дефект какой категории возникает при выполнении радикального хирургического лечения?
4. Какова тактика устранения данного дефекта?
5. Какой тип трансплантата возможно использовать в данном случае? Какие из местных тканей возможно использовать для восстановления тканей преддверия полости рта в области дефекта?
6. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?
7. Прогноз

Задача №32

Пациентка Р., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную асимметрию и деформацию средней зоны лица, проблемы с приемом пищи. (Рис.1а).

Из анамнеза: 1,5 года назад выявлена остеобластокластома верхней челюсти слева. Была произведена операция: резекция верхней челюсти, скуловой кости и скуловой дуги с прилегающими мягкими тканями твердого неба, преддверия рта. Диагноз рака верифицирован гистологически. В дальнейшем пациентка нигде не лечилась.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Нарушение конфигурации лица из-за резкого западения верхней губы и мягких тканей в левой скуловой, подглазничной и скуловой областях. Открывание рта - свободное. Отмечается дефект верхнего преддверия рта и сквозной дефект твердого неба слева. (КТ с 3Д моделированием рис.1б)



та

•**

Рис.1(а,б)

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. К какой категории относится данный дефект?
3. Какова тактика устранения данного дефекта?
4. Какой тип трансплантата оптимален в данном случае?
5. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести с учетом запланированной тактики лечения?
6. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?
7. Прогноз.

Задача №33

Пациент Н., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную асимметрию и деформацию средней зоны лица.

Из анамнеза: 2 года назад выявлен плоскоклеточный рак верхней челюсти слева. Была произведена операция: резекция верхней челюсти с прилегающими мягкими тканями твердого неба, преддверия рта, щечной области. Диагноз плоскоклеточного рака верифицирован гистологически. Была проведена дистанционная гамма-терапия (суммарная доза 60 Грей) и два курса химиотерапии.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Нарушение конфигурации лица из-за резкого западения верхней губы и мягких тканей в левой скуловой, подглазничной, щечной областях. Отмечается опущение левого глазного яблока на 2 см.

Артикуляция нарушена. В полости рта определяется обширный дефект твердого неба, верхней челюсти, щечной области и верхней губы, сообщение с полостью рта, где имеется сквозной дефект твердого неба размером 5 x 4 см, дефект преддверия рта, нижняя носовая раковина выступает в полость рта (рис.1а).



Рис.1(а,б)

Вопросы:

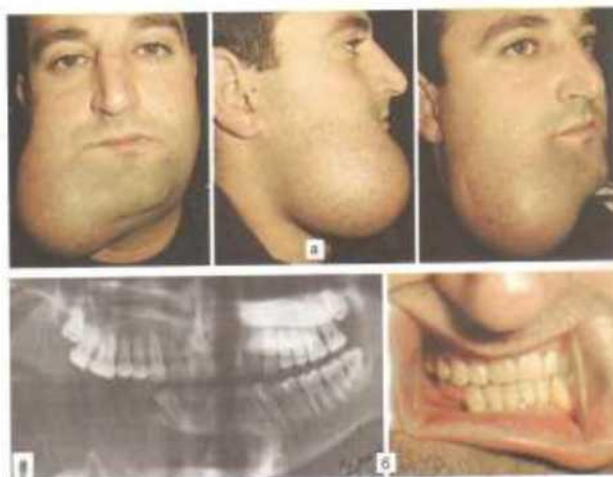
1. Сформулируйте диагноз.
2. К какой категории относится данный дефект?
3. Какова тактика устранения _____ данного дефекта?
4. Какой тип трансплантата оптимален в данном случае?
5. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести с учетом запланированной тактики лечения?
6. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?
7. Прогноз.

Задача №34

Пациент С., 27 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную асимметрию и деформацию нижней зоны лица.

Из анамнеза: 8 лет назад выявлена амелобластома тела и ветви нижней челюсти справа. Дважды, с интервалом в 3 года были выполнены оперативные вмешательства: удаление новообразования по типу фрагментарной резекции нижней челюсти. Диагноз амелобластомы верифицирован гистологически. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Значительное изменение конфигурации лица за счет резкого увеличения щечной и подчелюстной области справа, где пальпируется плотный болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом напряжена, умеренно гиперемирована, подвижна. Новообразование на протяжении тела нижней челюсти от ее ветви до уровня 42 зуба. (Рис 1а) При осмотре в полости рта слизистая оболочка от 33 до 38 зуба изменена, истончена, гиперемирована, в двух местах отмечается прорастание тканей новообразованием по границе



нижнего преддверия рта справа, рубцовая деформация (Рис.1б).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Общая тактика ведения и лечения? Что необходимо восстановить?
4. Дефект какой категории возникает при выполнении радикального хирургического лечения?
5. Какова тактика устранения данного дефекта?
6. Какой тип трансплантата оптимален в данном случае?
7. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести с учетом запланированной тактики лечения?
8. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?
9. Прогноз.

Задача №35

Пациентка 28 лет обратилась с жалобами на припухлость и боль при ходьбе в подколенной области левой нижней конечности. В анамнезе: 1 год назад пациентке было выполнено подфасциальное эндопротезирование голени. Послеоперационный период протекал гладко, рекомендации в период реабилитации соблюдала аккуратно. За неделю до обращения имело место падение при катании на лыжах. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы. (рис.1,2)

St. localis: При осмотре задних поверхностей нижних конечностей определяется асимметрия подколенных областей. Рельеф левой подколенной области нарушен за счет выбухания с ровными контурами. При пальпации: плотно-эластической консистенции. Пальпация левой подколенной области болезненна, послеоперационный рубец умеренно гиперемирован



Рис. 1

Вопросы:

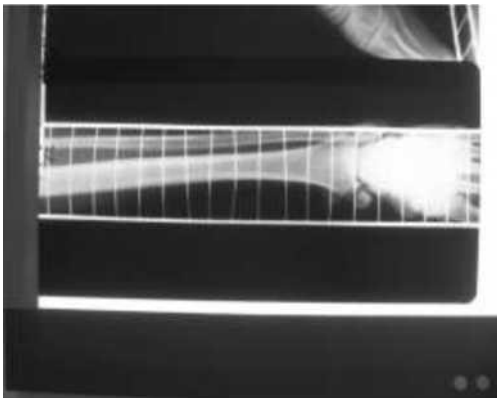
1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Тактика ведения и лечения?
4. Прогноз?

Задача №36

Пациент 38 лет, травма на производстве, на ногу упал тяжелый предмет.

При осмотре у больного рвано-ушибленная рана в 1/3 правой голени (рис 1) по передне-медиальной поверхности с переходом на правую стопу, рана размером 16,0x10,0 см, дном раны является сухожилие мышц разгибателей стопы, поврежденный правый голеностопный сустав и перелом внутренней лодыжки. Кровообращение в стопе декомпенсировано (стопа холодная, бледная, капиллярная реакция отсутствует).

По данным доплерографии отсутствует пульсация на передней и задней большеберцовых артериях ниже раны. При ревизии раны выявлено повреждение передней и задней большеберцовых артерий на протяжении, диастаз на обеих артериях более 10 см.



Вопросы:

1. Какие задачи мы должны решить оперативным путем?
2. Какие варианты лечения раны вы можете предложить?
3. Возможно ли использование для закрытия дефекта мягких тканей местных лоскутов из икроножной, камбаловидной мышцы?

Задача №37

Пациент 35 лет, Диагноз: Открытый перелом обеих костей левой голени (рис 2,3). Остеомиелит большеберцовой кости. Гранулирующая рана н/3 левой голени.

Из анамнеза: травма 6 месяцев назад, в результате ДТП, сбит автомобилем, больному было выполнено экстренно вправление перелома, фиксация перелома в аппарате наружной фиксации (АНФ), послеоперационный период осложнился некрозом мягких тканей над зоной перелома, остеомиелитом большеберцовой кости. Больному выполнялись этапные некрэктомии, резецирование фрагмента большеберцовой кости.

При осмотре у больного имеется гранулирующая рана по переднемедиальной поверхности н/3 правой голени размером 10,0x8,0 см, неправильной формы, с четкими краями, дном раны является ярко красные грануляции, кровообращение в стопе компенсировано (рис.1).



Рис.1

Рис.2



Рис.2

Вопросы:

1. Какие варианты лечения раны вы можете предложить?
2. Какой вариант лечения является оптимальным для максимально быстрого восстановления функции правой нижней конечности?
3. Какой алгоритм оперативной помощи может быть предложен пациенту?

Рис.3

Задача №38

Пациент 31 год, травма на производстве, рука попала под электронож.

При осмотре у больного имеется травматическая ампутация сегмента левой кисти на уровне пястно-фаланговых суставов, сегмент кисти доставлен с пациентом и ампутация 1-го пальца левой кисти на уровне



метафиза основной фаланги 1-го пальца левой кисти. (Рис.1, 2)



Вопросы:

1. Какие пальцы самые функциональные в движениях кисти? Какие пальца являются приоритетными при реплантации пальцев?
2. Какие варианты операционного лечения вы можете предложить, чтобы восстановить 1-й палец левой кисти?
3. Какие показания и противопоказания к реплантации вы знаете?

Задача №39

Пациент 28 лет, производственная травма, рука попала в работающий станок, экстренно доставлен в

Рис.2

приемное отделение к микрохирургу.

При осмотре у больного имеется травматическая ампутация 3,4 пальцев правой кисти на уровне головок основных фаланг 3,4 пальцев, ампутаты доставлены с пациентом, дном ран по ладонной поверхности является ДМФС, по тыльной поверхности головка средней фаланги, на культях 3,4 пальцев в рану выстоят средние фаланги 3,4 пальцев, имеется дефект мягких тканей, на 5-м пальце имеется рваная рана по тыльно-лучевой поверхности, дном раны является сгусток крови, имеется патологическая подвижность средней фаланги 5-го пальца, рваная рана правой кисти по ладонной поверхности в области 3,4 пястных костей, дном ран является сгусток крови, из ран умеренное смешанное кровотечение. Кровообращение в 1,2,5 пальцах правой кисти компенсировано, отсутствуют активные сгибательные движения культи 3-го пальца



(средней фаланги), чувствительность 1,2,5 пальцев сохранена.



Рис.2

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациенту?
2. Какие показания и противопоказания к реплантации есть в данном случае?
3. Какие вопросы необходимо задать пациенту?
4. Какой алгоритм оперативной помощи может быть предложен пациенту соответственно выставленному диагнозу

Задача №40

К пластическому хирургу обратилась пациентка 37 лет после потери массы тела вследствие лечения у диетолога 1,5 года назад. Снижение массы - 25 кг. Первым этапом пациентке после стабилизации массы тела выполнена нижняя торсопластика (абдоминопластика в сочетании с дермалипэктомией в поясничной области). В настоящее время пациентка планирует выполнить контурную коррекцию бедер, настаивая на определенной методике оперативного вмешательства, которое предусматривает только горизонтальный разрез в паховых областях и промежности, мотивируя свой выбор тем, что такой рубец проще маскируется бельем.

При осмотре: нижние конечности относительно симметричны. Ткани внутренней поверхности бедер умеренно птозированы, на внутренних поверхностях участки мацерации и гиперпигментации. Кожные покровы внутренней поверхности бедер умеренно атрофичны, дряблые (рис.1).



Рис.1

Вопросы:

1. Следует ли в данном случае удовлетворить пожелание пациентки иметь короткий и легко маскирующийся рубец?
2. Какой вариант коррекции бедер следует предложить в данном случае?

Задача №41

К пластическому хирургу обратилась пациентка К. с жалобами на косметически неприемлемую форму молочных желез и с целью изменить объем и форму молочных

желез. В анамнезе беременность и роды, грудного вскармливания не было по причине выраженной гипогалактии.

При осмотре: молочные железы умеренно асимметричны. Объем грудной клетки - 87 см, рост - 163 см, вес - 69 кг. Верхние полюса молочных желез сглажены. Внутренние склоны молочных желез - вогнуты. Комплексы САК расположены значительно ниже субмаммарных складок. Диаметр ареол - 8-8,5 см. Расстояние от яремной вырезки до соска справа - 27,0 см, слева - 27,5 см. Расстояние между молочными железами - 5,3 см. Расстояние от субмаммарной складки до соска справа - 11 см, слева - 12 см. Субмаммарные складки на разных уровнях: левая субмаммарная складка на 2,5 см выше правой. Диаметр основания - 11 см. Основания молочных желез



поджаты в нижнее-медиальном отделе (рис.1,2,3,4,5)



Рис.2



Рис.5

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие варианты вмешательства возможны при данном типе деформаций? В чем заключается суть этих методов?
3. Какие ошибки допустил хирург при предоперационном фотографировании пациентки?

Задача №42

К пластическому хирургу обратилась пациентка Л., 28 лет с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника, нарушение осанки, сложности в выборе одежды и нижнего белья и с целью уменьшить молочные железы.

В анамнезе у пациентки субтотальная резекция яичников с двух сторон по причине наличия эндометриoidных кист. При расспросе пациентка сомневается, остановились в росте молочные железы. При осмотре: молочные железы в пределах физиологической асимметрии. Рост - 165 см, вес - 74 кг. Объем грудной клетки - 83 см. Основание молочных желез более 20 см. Диаметр ареол - 9,5 - 10 см, Расстояние от яремной вырезки до соска справа - 30 см, слева - 29 см. Расстояние от субмаммарной складки до соска справа - 15 см, слева - 17 см. Рис.1.

На теле имеются свежие и зрелые послеоперационные рубцы после аппендэктомии и лапароскопии.



Незрелые рубцы с явными признаками гипертрофии, зрелые рубцы сглажены, эстетически приемлемые.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует исключить при проведении предоперационной подготовки?
2. Какой вариант питающей ножки предпочтительнее?
3. Какую противорубцовую терапию следует назначить данной пациентке и в

Рис.1.

какие сроки.

Задача №43

К пластическому хирургу обратилась пациентка Ш. 33 лет с жалобами на изменение формы молочных желез после родов и кормления грудью 10 лет назад. Цель пациентки - восстановить объем и форму молочных желез.

При осмотре: Окружность грудной клетки - 74 см. Рост -167 см, вес - 60 кг. Молочные железы относительно относительно симметричны, верхний полюс сглажен, определяется кожный птоз. Субмаммарные складки относительно симметричны. Ткань молочных желез при пальпации однородна, безболезненна, регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны, выделений из протоков нет. Рис.1,2,3,4,5,6.

Диаметр основания молочной железы справа - 13,5 см, слева - 13,0 см.

Расстояние от яремной вырезки до соска справа - 22,5, слева - 22,5.

Расстояние от середины ключицы до соска справа - 21,5, слева - 22,0 см.

Расстояние от субмаммарной складки до соска справа - 6,9, слева - 6,5.

Расстояние от субмаммарной складки до соска в натяжении справа - 8,5, слева - 9,0.

Расстояние между железами (квивидж) - 3,4 см.



Диаметр ареолы справа - 8,5 см, слева - 9,0 см.



Рис.1



Рис.2



Вопросы:

1. Какой вариант увеличивающей маммопластики следует предложить в данном случае?
2. Какой из ракурсов предоперационного фотодокументирования не выполнил хирург?
3. Определите приблизительные параметры имплантата для аугментации молочных желез у данной пациентки.

Задача №44

К пластическому хирургу обратился пациентка Л. 38 лет с целью устранения послеродовую деформации передней брюшной стенки. В плане предоперационной подготовки необходимо собрать



Рис.5

фотодокументацию.

Вопросы:

1. Какие основные ракурсы следует использовать?
2. Каковы сроки послеоперационного фотографирования?
3. Какую предоперационную подготовку помимо клинично-лабораторного обследования следует проводить в данном случае?
4. В качестве тренинга учащимся предлагается фотографировать друг друга, имитируя сбор фотодокументации перед абдоминопластикой.

Задача №45

Пациентка Н., 38 лет, пришла на прием к пластическому хирургу с жалобами на деформацию и болезненность правой молочной железы

Два с половиной года назад пациентка перенесла аугментационную маммопластику по поводу постлактационной инволюции молочных желез. Ранний послеоперационный период протекал гладко, без выраженного болевого синдрома. Рекомендации по поведению в раннем и отдаленном послеоперационном периоде выполняла аккуратно, ношение компрессионного белья продолжала до 1.5 месяцев после операции. В анамнезе имеются указание на развитие острого серозного мастита справа в послеродовом периоде за 8 лет до операции.

Через 1 год и 8 месяцев пациентка обнаружила, что молочные железы стали асимметричны. Правая молочная железа стала более плотной, при пальпации стала ощущаться болезненность. В течении нескольких месяцев правая молочная железа по плотности стала значительно отличаться от левой, усилилась болезненность и деформация.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы.

St. localis: Молочные железы асимметричны. Правая молочная железа уплотнена равномерно по всей поверхности. При пальпации болезненна. Контуры имплантата определяются визуально. Определяется зрелый нормотрофический полулунный рубец по нижнему периметру ареолы с двух сторон. Протоковых выделений нет, регионарные лимфоузлы не изменены справа и слева

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Тактика ведения и лечения?
4. Прогноз?

Задача №46

Условие задачи: К пластическому хирургу обратилась пациентка Л, 25 лет с жалобами на малый объем молочных желез. В анамнезе у пациентки в возрасте 22 лет имеется беременность, роды и непродолжительный период лактации сроком 3 месяца. Пациентка отмечает гипогалактию слева. После родов существенного изменения объема и формы молочных желез не наблюдалось. Обратилась к пластическому хирургу с целью проведения увеличивающей маммопластики.

St. localis: Молочные железы ассиметричны. Правая молочная железа умеренно превышает по объему левую молочную железу. Имеются отличия в уровне субмаммарных складок. Левая субмаммарная складка на 2,5 см выше, чем правая. Расстояние от яремной вырезки до САК справа - 20 см, от яремной вырезки до САК слева - 19,5 см. Диаметр основания справа - 11 см, слева - 9,2см. Форма и размеры САК справа и слева относительно симметричны. Отмечается асимметрия подмышечных впадин. Левая подмышечная впадина выше, чем правая. (Рис.№№ 1,2,3)



Рис.1



Рис.2



Рис.3

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Что является причиной этого состояния?
2. Какова тактика обследования в данном случае?
3. Какова тактика коррекции?

Задача 47

К пластическому хирургу обратился пациент П. 18 лет с целью коррекции посттравматической деформации носа. В плане предоперационной подготовки необходимо собрать фотодокументацию.

Вопросы:

1. Какие основные ракурсы следует использовать?
2. Какие дополнительные ракурсы следует использовать?
3. Каковы сроки послеоперационного фотографирования и окончательной оценки результатов ринопластики?
4. В качестве тренинга учащимся предлагается фотографировать друг друга, имитируя сбор фотодокументации перед ринопластикой.



Рис.1 Анфас



Рис.2 Профиль правый



Рис.3. Профиль левый



Рис.4 Полупрофиль правый



Рис.5 Полупрофиль левый



Рис.6 Полуаксиальная проекция



Рис.7 Анфас средняя зона, крупный план
план



Рис.8 Профиль правый средняя
зона крупный план



Рис.9 Профиль левый средняя зона крупный план



Рис.10 Фото сверху «вертолетная проекция»



ис.11 Полупрофиль правый средняя зона крупный план

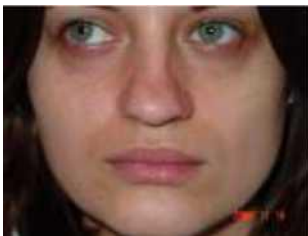
Рис.12 Полупрофиль левый средняя зона крупный план

Задача №48

К пластическому хирургу обратилась пациентка Р. 27 лет с жалобами на неудовлетворительную форму носа. Пациентку не устраивает форма как костного, так и хрящевого отдела носа. При детальном расспросе выяснилось, что имеется нарушение дыхания через правую половину носа, усиливающаяся при простудных заболеваниях. В анамнезе у девушки травма носа, которую она получила в возрасте 11-12 лет во время падения с велосипеда. Амбулаторно была произведена остановка носового кровотечения, прочих манипуляций и обследований проведено не было. При осмотре определяется выраженное оливообразное расширение крыльчатых хрящей носа. Межкрыльчатое расстояние - 3.3 см, основание носа - 2.7 см, высота коллюмелы - 1.8 см. Определяются костные гребни носовых костей в виде горбинки.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Какой вероятный сопутствующий диагноз имеется у пациентки?
2. Какие дополнительные исследования требуются в данном случае?



3. Какова тактика оперативной коррекции у данной пациентки?

Задача №49

К пластическому хирургу обратился пациент Р. 32 лет с жалобами на неудовлетворительную форму носа, которая сформировалась после травмы и нарушение дыхания через нос. Из анамнеза: Травма получена в результате удара по лицу. Через 8 суток после травмы в ЦРБ по месту жительства под внутривенным обезболиванием была произведена попытка репозиции перегородки носа и эвакуация подслизистой гематомы перегородки носа. Со слов пациента, гипсовую повязку после репозиции ему не накладывали. В течении 2-3 месяцев сформировались несимметричный дефект и характерная деформация спинки но

уменьшена, определяется выраженная «седловидная деформация» носовых костей. Ширина спинки носа - умеренная. Носо-лобный угол - уменьшен, носо-губный угол - увеличен. При передней риноскопии: выраженное искривление перегородки носа в хрящевом отделе влево, костные гребни в костной части перегородки, нижние носовые раковины гипертрофированы, умеренно отечны и цианотичны, содержимое



носовых ходов - скудное, слизистое.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. В результате какой тактики первичной операции возникла данная деформация?
3. Какова тактика оперативной коррекции у данного пациента? Укажите варианты материалов для реконструкции.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы пациенту?
5. С какими дополнительными вмешательствами целесообразно сочетать реконструктивную операцию в области спинки носа?

Задача №50

К пластическому хирургу обратилась пациентка П. 35 лет с жалобами на неудовлетворительную форму носа. Из анамнеза: 2 года назад под местной анестезией выполнена первичная эстетическая ринопластика с целью уменьшения ширины и укорочения концевой отдела носа. Ранний результат операции пациентку вполне удовлетворял. Через 3-3,5 месяцев форма носа стала постепенно меняться, концевой отдел становился бесформенным, кожная перегородка носа сместилась вниз.

Status localis: Лицо относительно симметрично (в пределах физиологической асимметрии). Костный отдел носа не изменен, скаты носа относительно симметричны. Определяется выраженная деформация хрящевого отдела носа по типу «клюва попугая». Концевой отдел уплощен, выраженная протрузия кожной перегородки носа. Крылья носа на разном уровне: левое крыло носа расположено выше. Определяется выраженное западение в области краев грушевидного отверстия, связанное с врожденной деформацией (Рис 1, 2, 3)



Рис.1



Рис.2



Рис.3

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. В результате какой тактики первичной операции возникла данная деформация?
3. Какова тактика оперативной коррекции у данной пациентки? Укажите варианты материалов для реконструкции.

Задача №51

Пациентка Г., 52 года, состояние после эстетической блефаропластики верхних век по поводу возрастных изменений периорбитальной области.

В соответствии с рекомендациями пациентка явилась в клинику на 5-е сутки для удаления швов.

Из анамнеза: Пациентка обратилась к пластическому хирургу с жалобами на избыток кожи и морщины верхних век и избыток кожи верхних век.

Операция выполнена по эстетическим показаниям.

Хронические заболевания, серьезные травмы и операции на этапе предоперационного обследования - отрицает. Аллергологический анамнез - без особенностей

Признаков сопутствующей патологии придаточного аппарата глаза на этапе предоперационной подготовки не выявлено. Состояние зрительного анализатора - возрастная гиперметропия.

Пациентка была обследована перед операцией по стандартной схеме для оперативного вмешательства под внутривенным обезболиванием. Противопоказаний к операции не выявлено.

В ходе операции выполнено: стандартное квадрилатеральное иссечение избытка кожи верхних век в соответствии с предоперационной разметкой, выделение и частичная резекция жировых пакетов - центрального и назального, которое прошло с небольшими техническими сложностями справа. Кровопотеря - минимальная.

После оперативного вмешательства пациентка провела в клинике 1 сутки и выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение лечащего врача. На момент выписки - отек и гематомы в области вмешательства - относительно симметричны, в пределах нормы реакции для данного типа вмешательств.

При осмотре: заживление первичным натяжением. Отек и гематомы остаточные, в стадии редукции. Также при осмотре выявлена умеренная асимметрия глазных щелей: край верхнего века справа более, чем на 2 мм прикрывает верхний край роговицы. Правая бровь в состоянии выраженной гиперекстензии. Слезотечение и слезостояние не выявлено, количество миганий - 14 в 1 мин. (рис.1)



Дополнительная информация:

Симметрия глазных щелей восстановилась через 2,5 месяца на фоне противоотечной, стимулирующей, лимфодренирующей физиотерапии и противорубцовой терапии.

Вопросы:

1. Определите тип послеоперационного осложнения у данной пациентки.
2. В какое время наиболее вероятно произошло данное осложнение?
3. Какие из анатомических структур орбиты вовлечены в процесс с наибольшей вероятностью?
4. Результатом каких событий явилось данное осложнение?
5. Во время какой манипуляции это могло произойти?

Задача №52

К пластическому хирургу обратилась пациентка 75 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования на коже крыла носа слева.

Из анамнеза: 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, болезненный узелок увеличивался в размерах. Обратилась за консультацией к дерматокосметологу, была направлена на обследование в онкодиспансер. При цитологическом обследовании выявлен базальноклеточный рак кожи носа (С 44).

При осмотре: На коже крыла носа имеется образование 1,8 см в диаметре выступающее в преддверие носа. Определяются рубцовые изменения на поверхности пораженного участка крыла носа. (рис.1, рис.2)

Регионарные л/узлы не изменены.



Рис.1

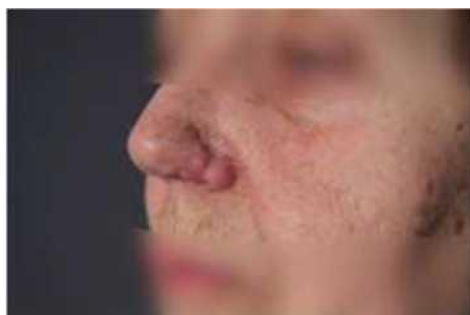


Рис.2

Вопросы:

1. Какие из признаков базалиомы не характерны для злокачественных опухолей?
2. С чем следует дифференцировать базальноклеточный рак кожи?
3. Какое лечение показано пациентке?
4. Какой способ пластики следует использовать для замещения дефекта крыла носа?
5. Какие варианты данного способа можно предложить?

Задача №53

Пациентка Н., 43 года, состояние после эстетической блефаропластики верхних век по поводу возрастных изменений периорбитальной области.

Из анамнеза: Пациентка обратилась к пластическому хирургу с жалобами на избыток кожи и морщины верхних век, выраженную «полноту» верхнего века в области хвоста брови. Определялся истинный блефарохалазис верхних век, уровень бровей соответствовал верхнеглазничному краю.

Операция выполнена по эстетическим показаниям.

В ходе операции выполнено: стандартное квадрилатеральное иссечение избытка кожи верхних век в соответствии с предоперационной разметкой, частичная резекция круговой мышцы глаза, выделение и частичная резекция центрального, назального и подбровного преапоневротического жировых пакетов, Кровопотеря - минимальная.

Анамнез жизни: Хронические заболевания, серьезные травмы и операции на этапе предоперационного обследования - отрицает. Аллергологический анамнез - без особенностей.

Данные физикального обследования: Признаков сопутствующей патологии придаточного аппарата глаза на этапе предоперационной подготовки не выявлено. Состояние зрительного анализатора - возрастная гиперметропия.

Предоперационное обследование: Пациентка была обследована перед операцией по стандартной схеме для оперативного вмешательства под внутривенным обезболиванием. Противопоказаний к операции не выявлено.

При осмотре: При осмотре на 3 сутки определяется выраженный, резко асимметричный отек слева, умеренная гиперемия, частичное расхождение шва, выделение умеренного количества бесцветного прозрачного чистого отделяемого из области расхождения шва. Смыкание век, подъем века не нарушены, количество мигательных движений в норме, признаков воспаления конъюнктивы нет, болезненность незначительная. Температура, относительно аналогичной области справа не изменена.



Рис.1

Вопросы:

1. Какой тип послеоперационного осложнения наблюдается у данной пациентки?
2. Какая анатомическая структура повреждена с наибольшей вероятностью?
3. Какая техническая ошибка была допущена интраоперационно?
4. Что могло явиться предпосылкой для данного типа повреждения?
5. Во время какой манипуляции произошло повреждение?
6. Каким образом отличить жировую ретросептальную и подбровную преапоневротическую клетчатку от ткани слезной железы?

Задача №54

Пациентка Р., 32 года, состояние после эстетической блефаропластики нижних век трансконъюнктивальным доступом под внутривенным обезболиванием. Через два часа после оперативного вмешательства, на момент

ранней активизации, пациентка предъявляет жалобы на двоение в глазах.

Из анамнеза: Пациентка обратилась к пластическому хирургу с жалобами на выраженную «припухлость» и отечность в подглазничной области. Пациентка отмечала, что форма нижнего века характерна для нее с момента пубертатного периода.

Хронические заболевания, серьезные травмы и операции на этапе предоперационного обследования - отрицает. Аллергологический анамнез - без особенностей;

На этапе предоперационной подготовки состояние зрительного анализатора - без патологии, признаки возрастных изменений периорбитальной области - минимальные. Индивидуальные особенности - ранние грыжевые выпячивания клетчатки нижнего века - 3 группы грыж;

Пациентка была обследована перед операцией по стандартной схеме для оперативного вмешательства под внутривенным обезболиванием. Противопоказаний к операции не выявлено.

При осмотре: При осмотре: отек в области вмешательства - относительно симметричный, признаков кровотечения нет, болевой синдром - минимальный, возникает только при пальпации. Слезотечения, слезостояния не выявлено, размер и форма глазных щелей - не изменены

Вопросы:

1. Каков тип послеоперационного осложнения наблюдается у данной пациентки?
2. В какие сроки возникло или может возникнуть подобное осложнение?
3. Какая из анатомических структур вовлечена в процесс с наибольшей вероятностью?
4. Что явилось причиной данного осложнения?
5. Во время какой манипуляции произошло данное повреждение с наибольшей вероятностью?
6. Каков прогноз данного состояния?

Задача №55

Женщина 35 лет обратилась к врачу-пластическому хирургу с жалобами на неэстетичный вид малых половых губ, неудовлетворенность качеством коитуса.

Из анамнеза: Из гинекологического анамнеза: Менархе с 12 лет, установились сразу, умеренные, по 4—5 16 дней, через 28 дней, регулярные; в анамнезе беременность и роды (детям 3 и 8 лет)

Объективный статус - в пределах возрастной нормы

При осмотре: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Отмечается гипертрофия малых половых губ, с обеих сторон. Края малых половых губ пигментированы. Расстояние от средней линии до наиболее выступающей точки малых половых губ, с обеих сторон, составляют 7 см, и 9 см соответственно. В области верхней комиссуры имеются дополнительные складки, более выраженные слева. Область ануса и больших половых губ без видимых патологических изменений. Осмотр в зеркалах:

Слизистая входа во влагалище обычного цвета, умеренно влажная. Шейка матки цилиндрической формы, без воспалительных признаков. Наружный зев закрыт, овальной формы. Слизистая влагалища обычной окраски, без изъязвлений (рис. 1, рис 2). Расстояние от средней линии до наиболее выступающей точки малых половых губ, с обеих сторон, составляют 7 см, и 9 см соответственно. В области верхней комиссуры имеются дополнительные складки, более выраженные слева.



Рис.1



Рис.2

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данной клинической ситуации? Каковы эстетические параметры женских наружных половых органов?
2. Основной вид лечения в данной клинической ситуации и в чем он

заключается?

3. Каков метод и объем вмешательства?
4. Что следует рекомендовать пациентке после выписки из стационара?
5. В чем заключается послеоперационный уход за областью вмешательства?
6. Изобразите схематично различные варианты хирургической коррекции.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с

<p>сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке</p>	<p>использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>
--	--	---	--

Критерии оценивания форм контроля.

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	--	--	--

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

	попытки решить задачу			
--	-----------------------	--	--	--

Основная литература:

1. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 991 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный 51 ЭР
2. Клиническая хирургия: национальное руководство : в 3 т. Том 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 832 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный ЭР

Дополнительная литература:

1. Реконструктивная хирургия лица. Современные методы и принципы: Учебное пособие/Е.В. Вербов, С.Б. Буцан, К.С. Гилева - Москва ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 572 с. - Доступ из ЭБС «Консультант студента» - Текст: электронный
2. Эстетическая гинекология /Под ред. И.А. Аполихиной, Г.Т. Сухих - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 656 с. - Доступ из ЭБС «Консультант студента» - Текст: электронный
3. Мантурова, Н. Е. Рубцы кожи. Клинические проявления, диагностика и лечение / Н. Е. Мантурова, Л. С. Круглова, А. Г. Стенько. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 208 с. - Доступ из ЭБС «Консультант студента» - Текст: электронный

Интернет ресурсы:

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opac/	Доступ неограничен
	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ ограничен

Wiley. Полнотекстовая коллекция электронных журналов Medical Sciences Journal Backfile : архив. – URL : https://onlinelibrary.wiley.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Бессрочная подписка
Sage Publication : [полнотекстовая коллекция электронных книг eBook Collections]. – URL: https://sk.sagepub.com/books/discipline по IP-адресам РостГМУ (<i>Нацпроект</i>)	Бессрочная подписка
Ovid Technologies : [Полнотекстовая архивная коллекция журналов Lippincott Williams and Wilkins Archive Journals]. – URL: https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi по IP-адресам РостГМУ (<i>Нацпроект</i>)	Бессрочная подписка
Questel база данных Orbit Premium edition : база данных патентного поиска http://www.orbit.com/ по IP-адресам РостГМУ (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
Wiley : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html	Контент открытого доступа
Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	Открытый доступ
Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
Univadis from Medscape : междунар. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru .	Бесплатная регистрация
DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
МЕДВЕСТИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. - URL: https://cyberleninka.org/	Контент открытого доступа
Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
Президентская библиотека : сайт. - URL: https://www.prlib.ru/collections	Открытый доступ
SAGE Openaccess : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access	Контент открытого доступа
Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс	Открытый

для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач». - URL: https://www.lvrach.ru/	доступ
Taylor & Francis. Open access books : книги открытого доступа. – URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	Контент открытого доступа
Thieme. Open access journals : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: https://open.thieme.com/home	Контент открытого доступа
Karger Open Access : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index	Контент открытого доступа
Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
Free Medical Journals . - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
Free Medical Books . - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
International Scientific Publications . – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
Медлайн.Ру : научный биомедицинский журнал : сетевое электронное издание. - URL: http://www.medline.ru	Открытый доступ
Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
Словари и энциклопедии на Академике . - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
Официальный интернет-портал правовой информации . - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам,

включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

**ФОРМА БИЛЕТА ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(СОБЕСЕДОВАНИЕ)**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен
по образовательной программе высшего образования -
программе ординатуры 31.08.60 Пластическая хирургия**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	1. Правовые аспекты отношений пластического хирурга и пациента. Информированное согласие.
	2. Задача. На прием хирургу обратился мужчина 37 лет, который во время автомобильной катастрофы получил травму правой нижней конечности. При осмотре больного в области нижней трети правой голени по задней поверхности имеется рана размером 12,0х 7,0 см. Ваша тактика?
2.	1. Анатомия верхних и нижних век.
	2. Больному К., 28 лет, жалобы на маленькие, глубоко посаженные глаза, есть эпикантус, внешние уголки опущены вниз. Желание

	пациента увеличить размер глаз. Ваша тактика?
--	---

Руководитель ООП, д.м.н., доцент _____ Колесников В.Е.
подпись