

Тесты по пластической хирургии

1. Пластическая хирургия — это специальность, которая:

- а) устраняет деформации и корректирует недостатки внешности человека;
- б) занимается операциями на поверхностных тканях тела;
- в) посвящена вопросам заживления ран с целью восстановления форм и функций частей тела;
- г) является синонимом «хирургии красоты».

2. Роль макрофагов заключается в следующем:

- а) синтезируют и выделяют факторы роста ТФР-8, оФРФ и ФРСЭ;
- б) их присутствие обеспечивает рост грануляций;
- в) с их участием фибробласты превращаются в миофибробласты и рана контрагирует;
- г) все вышеперечисленное.

3. Факторы, играющие роль в образовании тонкого линейного рубца, следующие:

- а) атравматичная техника оперирования;
- б) направление рубца, совпадающее с кожными линиями, в зависимости от области тела;
- в) возраст пациента;
- г) все вышеперечисленное.

4. Оптимальными донорскими зонами для закрытия дефектов лица трансплантатами являются:

- а) передняя брюшная стенка;
- б) заушная и надключичная области;
- в) внутренняя поверхность плеча;
- г) наружная поверхность бедра.

5. Участок покровных тканей, который перемещен на другой участок тела, но при этом сохраняет свое основание и непрерывное кровоснабжение, носит название:

- а) саженец;
- б) трансплантат;
- в) лоскут;
- г) свободный лоскут.

6. При замещении дефектов лица трансплантатом у лиц молодого возраста следует прежде всего учитывать:

- а) деление лица на анатомические подзоны;
- б) пожелания пациента;
- в) направление кожных линий;
- г) тип кожи по Фитцпатрику

7. Для обеспечения оптимального приживления кожных трансплантатов большой площади после иссечения послеожоговых рубцов щечной области целесообразно:

- а) проводить отсрочку пластики на 24 часа по достижении полного гемостаза;
- б) шинировать зубы;
- в) проводить кормление через назогастральный зонд;
- г) все вышеперечисленное.

8. Ногтевой комплекс пальцев кисти:

- а) увеличивает площадь опоры мякоти дистальной фаланги;
- б) обеспечивает стабильность кончика пальца;
- в) состоит из матрикса и ногтевой пластинки;
- г) все вышеперечисленное.

9. Наиболее важна чувствительность мякоти дистальных фаланг следующих поверхностей пальцев, за исключением:

- а) лучевые (наружные) II и III пальцев;
- б) ладонные I пальца;
- в) локтевая IV пальца;
- г) локтевая поверхность V пальца.

10. Какие поверхности пальцев кисти отличаются наименьшей тактильной чувствительностью и наибольшим расстоянием при дискриминации двух точек:

- а) ладонные поверхности основных фаланг пальцев;
- б) ладонная поверхность дистальной фаланги I пальца;
- в) тыльная поверхность пальцев;
- г) локтевая поверхность подушечки IV пальца.

11. По сравнению с полнослойными трансплантатами расщепленные трансплантаты кожи, как правило, не рекомендуются для пересадки на ладонную поверхность пальцев кисти, поскольку:

- а) в большей мере контрагируют;
- б) в них хуже восстанавливается чувствительность;
- в) вызывают большее рубцевание и дают худшие косметические результаты;
- г) все вышеперечисленное.

12. У 23-летнего мужчины 4 месяца назад разможен кончик указательного пальца правой доминирующей кисти по лучевому краю. При поступлении рана была закрыта расщепленным кожным трансплантатом. Рана зажила, но затем кость обнажилась и кончик пальца стал болезненным. Какой способ пластики следует предпочесть:

- а) пересадка полнослойного трансплантата кожи;
- б) замещение дефекта нейроваскулярным осевым лоскутом.

13. К свободным лоскутам, применяемым для закрытия дефектов пальцев кисти, относят:

- а) венозные лоскуты;
- б) лоскут височной фасции;
- в) перфорантные лоскуты предплечья;
- г) все вышеперечисленное.

14. Большой по площади и глубине дефект тыла проксимальной фаланги I пальца может быть ликвидирован:

- а) I метакарпальным лоскутом;
- б) тыльным островковым лоскутом средней фаланги;
- в) тыльным межкостным лоскутом;
- г) всем вышеперечисленным.

15. Причиной нарушения притока крови в не свободных осевых лоскутах может являться:

- а) перекрут артерии;
- б) слишком большое натяжение ножки;
- в) тромбоз сосудов конечности;
- г) все вышеперечисленное.

16. В сгибании межфаланговых суставов пальца участвуют следующие мышцы, за исключением:

- а) червеобразных;
- б) поверхностного сгибателя пальцев;
- в) межкостных мышц;
- г) глубокого сгибателя пальцев.

17. Для восстановления функции поврежденного сухожилия сгибателя в зоне II необходимыми условиями являются:

- а) наличие кровоснабжения сухожилия в зоне повреждения;
- б) целостность синовиального влагалища);
- в) наличие кровоснабжения сухожилия в зоне повреждения и целостность синовиального влагалища);
- г) ничего из вышеперечисленного.

18. Зона III сухожилий сгибателей ограничена проксимально:

- а) дистальным краем карпальной связки;
- б) проксимальным краем карпальной связки;
- в) проксимальным краем связки A1 фиброзного влагалища;
- г) ничего из вышеперечисленного.

19. Необходимыми условиями для успеха операции тенолиза являются следующие, кроме:

- а) отсутствия контрактур суставов пальца;
- б) хорошей сократимости мышц сгибателей пальца;
- в) целостности кольцевидных связок А2 и А4;
- г) нормальной чувствительности кожи пальца.

20. Шов сухожилий сгибателей противопоказан при определенных условиях, кроме:

- а) повреждения обоих сосудисто-нервных пучков пальца;
- б) дистального конца глубокого сгибателя длиной менее 1 мм;
- в) разрушения фиброзного влагалища пальца;
- г) ни при одном из вышеперечисленных исключений.

21. Двухэтапная пластика сухожилия показана в определенных случаях, кроме:

- а) целостности сухожильного влагалища);
- б) дефекта сухожилия сгибателя в зоне II;
- в) повреждения сухожилия на нескольких уровнях;
- г) ни при одном из вышеперечисленных исключений.

22. Утрата фиброзного влагалища на пальце:

- а) увеличивает необходимую амплитуду сокращения мышцы для достижения полного сгибания суставов;
- б) уменьшает эту амплитуду;
- в) не влияет на амплитуду сокращения мышцы для достижения полного сгибания суставов;
- г) ничего из вышеперечисленного.

23. Завершение процесса восстановления формы сухожилия после сшивания происходит:

- а) через 5 недель;
- б) через 16 недель»
- в) через 8 недель;
- г) ничего из вышеперечисленного.

24. Наиболее опасной манипуляцией для возникновения несостоятельности сухожильного шва в первые три недели после операции является:

- а) активное сгибание пальца);
- б) активное разгибание пальца);
- в) пассивное разгибание пальца;
- г) пассивное сгибание пальца.

25. Местное применение стероидных гормонов имеют определенные действия, кроме:

- а) ограничения формирования рубцов вокруг сухожилия;
- б) увеличения вероятности развития инфекционных осложнений;
- в) удлинения времени заживления раны;
- г) снижения вероятности несостоятельности сухожильного шва.

26. При изолированном повреждении поверхностного сгибателя пальца:

- а) становится невозможным сгибание дистального межфалангового сустава;
- б) выпадает сгибание только проксимального межфалангового сустава;
- в) возможно только сгибание пястно-фалангового сустава;
- г) ничего из вышеперечисленного.

27. Болезненные ощущения при поколачивании в надключичной области обычно указывают на:

- а) заживление перелома ключицы;
- б) ложную аневризму подключичной артерии;
- в) скопление жидкости;
- г) наличие связей корешка со спинным мозгом.

28. Положительный симптом Горнера означает наличие

- а) повреждения верхних корешков плечевого сплетения;
- б) нормальной функции верхней конечности;
- в) сопутствующих офтальмологических проблем;
- г) повреждения нижних корешков.

29. Сочетанные травмы магистральных сосудов и плечевого сплетения обычно являются признаком подключичного уровня повреждения.

- а) да;
- б) нет.

30. При огнестрельных ранениях плечевого сплетения показаны первичная ревизия и восстановление поврежденных нервных стволов.

- а) да;
- б) нет.

31. При обнаружении невром на корешках необходимо их:

- а) стимулировать;
- б) иссечь и заместить трансплантатами;
- в) направить на биопсию;
- г) все перечисленное выше.

32. Наиболее часто для восстановления сгибания предплечья используют несвободную пересадку мышц, за исключением:

- а) широчайшей спины;
- б) группы мышц сгибателей и пронаторов предплечья;
- в) грудино-ключично-сосцевидной;
- г) большой грудной.

33. Реиннервация широчайшей мышцы спины на стороны повреждения плечевого сплетения представляется важной для:

- а) косметических причин;
- б) стабилизации лопатки;
- в) перемещения на плечо как несвободного мышечного лоскута для восстановления сгибания предплечья.

34. Наиболее эффективной для восстановления сгибания предплечья представляется пересадка свободных мышечных лоскутов из:

- а) широчайшей мышцы спины с противоположной стороны и прямой мышцы бедра;
- б) длинной приводящей мышцы бедра;
- в) нежной мышцы;
- г) ни одной из перечисленных выше.

35. Боль при повреждениях плечевого сплетения:

- а) является физиологической по своей природе и лечится в ходе регулярных повторных консультаций;
- б) может быть очень сильной при высокоэнергетических проникающих ранениях;
- в) всегда требует хирургического лечения;
- г) сопровождается отрыв верхних корешков.

36. Наилучший прогноз при повреждениях плечевого сплетения ожидается

- а) у пожилых пациентов;
- б) при множественных отрывах корешков;
- в) при значительном сроке денервации;
- г) ни в одной из перечисленных выше ситуаций.

37. Для пронатор-синдрома не характерны симптомы:

- а) усиление боли при сгибании III пальца с сопротивлением;
- б) усиление боли и парестезии при активном сгибании и пронации предплечья;
- в) усиление боли при разгибании III пальца с сопротивлением;
- г) усиление боли и парестезии при пронации предплечья с сопротивлением в сочетании со сгибанием кистевого сустава.

38. Разрез кожи при синдроме карпального канала производится:

- а) вдоль тенарной складки отступя на 5 мм от нее в локтевую сторону;
- б) вдоль тенарной складки отступя на 5 мм от нее в лучевую сторону;
- в) непосредственно по тенарной складке;
- г) в зависимости от предпочтения хирурга.

39. Для синдрома кубитального канала характерны следующие симптомы, кроме:

- а) формирования «когтеобразной» деформации на пальцах кисти, короткие мышцы которых иннервируются локтевым нервом;
- б) боли и парестезии в пальцах, иннервируемых локтевым нервом;
- в) слабости кисти, выпадения предметов из нее;
- г) атрофии мышц тенара.

40. Перелом крючка крючковидной кости может стать причиной компрессионной невропатии:

- а) двигательной ветви локтевого нерва;
- б) переднего межкостного нерва;
- в) тыльного межкостного нерва;
- г) срединного нерва в карпальном канале.

42. Выполнение эндоневролиза срединного нерва показано:

- а) во всех случаях декомпрессии срединного нерва в карпальном канале;
- б) только при наличии очевидной невромы в толще нерва;
- в) если продолжительность заболевания более 10 месяцев;
- г) противопоказано во всех случаях.

43. Введение стероидных гормонов для лечения синдрома карпального канала показано при:

- а) возникновении симптомов заболевания во время беременности;
- б) появлении симптомов после перелома лучевой кости в «типичном месте»;
- в) продолжительности заболевания более 10 мес.;
- г) ничего из вышеперечисленного.

44. Какая из мимических мышц оказывает наибольшее воздействие на формирование деформации носа при врожденных расщелинах верхней губы?

- а) щечная мышца;
- б) круговая мышца рта;
- в) большая скуловая мышца.

45. Основание колумеллы и перегородки носа при врожденных расщелинах верхней губы и альвеолярного отростка:

- а) смещено в здоровую сторону;
- б) расположено по средней линии;
- в) смещено в сторону расщелины.

46. При врожденных расщелинах верхней губы колумелла на стороне расщелины:

- а) симметрична здоровой стороне;
- б) укорочена.

47. Операция первичная ринохейлопластика предусматривает:

- а) восстановление анатомической формы губы;
- б) восстановление анатомической формы губы и устранение деформации носа;
- в) восстановление анатомической формы губы, устранение деформации носа, костную пластику альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба.

48. Использование оперативных методик, предусматривающих рассечение или иссечение участков нижних латеральных хрящей в детском возрасте:

- а) способствует коррекции деформации носа;
- б) вызывает возникновение грубых вторичных деформаций носа;
- в) не влияет на процессы развития и роста хрящевого отдела носа.

49. Окончательная коррекция всех измененных структур носа с использованием приемов эстетической пластической хирургии может быть выполнена в возрасте:

- а) 5—6 лет;
- б) 12—14 лет;
- в) 16 лет и старше.

50. Остаточными называются деформации носа:

- а) не устраненные во время первичной операции;
- б) возникшие после воспалительных осложнений или рубцовых процессов;
- в) возникшие после неправильно спланированного оперативного лечения.

51. Способ вторичной ринохеилопластики по В. А. Виссарионову предусматривает устранение дефицита носовой слизистой оболочки:

- а) кожно-хрящевым трансплантатом из ушной раковины;
- б) «скользящим» лоскутом, содержащим рубцово-измененные ткани верхней губы;
- в) лоскутом из нижней носовой раковины.

52. Предпочтительнее выполнять коррекцию рубцовой деформации губы и остаточной деформации носа:

- а) одновременно;
- б) в два этапа.

53. Если деформация носа сопровождается искривлением костно-хрящевой перегородки носа, вторичная ринохеилопластика должна предусматривать ее коррекцию?

- а) да;
- б) нет.

54. При остаточных деформациях носа после устранения двусторонней расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба основания крыльев носа смещены:

- а) вверх и медиально;
- б) вниз и латерально;
- в) соответствуют возрастной норме.

55. При переломах костей лица наиболее часто повреждается:

- а) нижняя челюсть;
- б) верхняя челюсть;
- в) скуловая кость;
- г) кости носа.

56. Первичная хирургическая обработка мягких тканей лица проводится в сроки:

- а) до 12 часов после ранения;
- б) до 24 часов после ранения;
- в) до 48 часов после ранения;
- г) до 72 часов после ранения.

57. Переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда без смещения отломков считаются закрытыми.

- а) да;
- б) нет.

58. Причиной возникновения диплопии при переломе скуловой кости является:

- а) травма глазного яблока;
- б) травма зрительного нерва;
- в) смещение глазного яблока;
- г) внутриглазничная гематома.

59. Наиболее стабильная фиксация костных фрагментов при переломах челюстей осуществляется при помощи:

- а) проволочного шва;
- б) спиц Киршнера;
- в) титановых мини-пластин;
- г) назубных проволочных шин с межчелюстной резиновой тягой.

60. Смещение средней линии нижней челюсти в здоровую сторону отмечается

- а) при одностороннем вывихе нижней челюсти;
- б) при переломе мышечкового отростка;
- в) при ангулярном переломе;
- г) при деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава.

61. Наиболее грозным осложнением двустороннего ангулярного перелома нижней челюсти является:

- а) травматический остеомиелит;
- б) нарушение чувствительности в области подбородка;
- в) асфиксия;
- г) нарушение прикуса.

62. При переломах верхней челюсти по среднему типу определяется симптом "ступеньки" в области:

- а) верхне-наружного края глазницы;
- б) нижнего края глазницы;
- в) корня носа;
- г) нижнего края грушевидного отверстия.

63. При переломах скуловой кости ограничение подвижности нижней челюсти обусловлено:

- а) рефлексорным сокращением жевательных мышц;
- б) болевым синдромом;
- в) давлением смещенного отломка скуловой дуга на венечный отросток челюсти;
- г) отеком мягких тканей.

64. «Взрывными» переломами называют переломы:

- а) нижнего края орбиты;
- б) латерального края орбиты;
- в) верхнего края орбиты;
- г) дна орбиты.

65. Вторичными ранящими снарядами считаются:

- а) разрывные пули;
- б) стреловидные элементы;
- в) осколки зубов и костей лица;
- г) осколки снаряда.

66. Смещение тела скуловой кости при переломах может привести к сдавлению

- а) глазодвигательного нерва;
- б) блокового нерва;
- в) зрительного нерва;
- г) подглазничного нерва.

67. Какой способ оперативного лечения переломов челюстей относится к открытому очаговому остеосинтезу?

- а) спицами Киршнера;
- б) минипластинами с шурупами;
- в) наложение внеротовых аппаратов;
- г) окружающий шов.

68. При ударе в подбородок отраженный перелом нижней челюсти чаще всего локализуется в области

- а) тела нижней челюсти;
- б) угла нижней челюсти;
- в) мышечковых отростков;
- г) по средней линии.

69. Особенности первичной хирургической обработки укушенных ран лица заключается в следующем:

- а) наложение швов не производится;
- б) рана зашивают наглухо;
- в) накладывают редкие швы с обязательным дренированием глубоких ран;
- г) накладывают пластиночные швы.

70. Какая из носовых раковин первично ответственна за обструкцию носовых ходов?

- а) нижняя;
- б) средняя;
- в) верхняя;
- г) самая верхняя;
- д) все, взятые вместе.

71. Внутренний носовой клапан сформирован

- а) крылом носа, колумеллой и порогом ноздри;
- б) крылом носа, нижним латеральным хрящом и порогом ноздри;
- в) нижним латеральным хрящом, дном носа и перегородкой;
- г) нижним латеральным хрящом, верхним латеральным хрящом и перегородкой;
- д) дном носа, перегородкой и верхним латеральным хрящом.

72. Носовой клапан в открытом состоянии поддерживает

- а) носовая мышца;
- б) мышца, опускающая перегородку носа;
- в) мышца, поднимающая верхнюю губу и крыло носа;
- г) мышца гордецов;
- д) передний расширитель ноздрей.

73. В плане возможного некроза кончика носа при открытой ринопластике особо опасным представляется двустороннее повреждение следующих артерий

- а) тыльной артерии носа из верхнечелюстной артерии
- б) подглазничной артерии из верхнечелюстной артерии
- в) передней решетчатой артерии из верхнечелюстной артерии
- г) артерии колумеллы из верхней губной артерии
- д) боковой носовой артерии из угловой артерии

74. Особенно важной в ходе эстетической ринопластики представляется анестезия

- а) надблокового нерва;
- б) переднего решетчатого нерва;
- в) крылонебного узла;
- г) подглазничного нерва;
- д) всех перечисленных выше.

75. Горб спинки носа в основном состоит из хрящевой части

- а) да;
- б) нет.

76. Повторные латеральные остеотомии костей пирамидки носа связаны с меньшим риском кровотечения и образования гематом

- а) да;
- б) нет.

77. Остеотомию носовых костей не рекомендуется проводить выше уровня медиальных кантусов в связи с

- а) большей толщиной носовых костей;
- б) опасностью повреждения лобной пазухи;
- в) возможностью повреждения слезных путей;
- г) опасностью внутричерепных осложнений;
- д) всем вышеперечисленным.

78. Для операции на носовой перегородке под местной анестезией достаточно добиться анестезии

- а) внутренних носовых ветвей подглазничного и переднего решетчатого нервов;
- б) внутренних носовых ветвей подглазничного и заднего решетчатого нервов;
- в) переднего и заднего решетчатого нервов;
- г) внутренних носовых ветвей подглазничного нерва;
- д) носонебного нерва и переднего решетчатого нерва.

79. К динамическим эффектам ринопластики относят все, за исключением

- а) смещения крыльев носа в каудальном направлении при резекции оснований крыльев носа;
- б) снижения проекции кончика носа при удалении передней ости верхней челюсти;
- в) сплющивания кончика при иссечении полосок нижних латеральных хрящей в области куполов;
- г) «удлинения» носа при удалении горба спинки;
- д) выступания спинки носа при ротации кончика книзу.

80. Для развития возможной гипертензии, связанной с особенностями анестезиологического пособия в ходе ринопластики, опасным является

- а) слишком поверхностное проведение анестезии;
- б) использование ингаляционных анестетиков, а не наркотических препаратов;
- в) применение адреналина при наркозе галотаном;
- г) использование адреналина и закиси азота;
- д) все перечисленное выше.

81. Возможность развития головных болей, неукротимого чихания, формирования гематом перегородки носа, олеогранулем и обострения хронического гайморита непосредственно связана с

- а) постановкой тампонов в нос;
- б) редукцией горба спинки носа;
- в) септопластикой;
- г) латеральными остеотомиями;
- д) всем перечисленным выше.

82. Оптимальным сроком для удаления носовых тампонов является

- а) 1—2 суток;
- б) 3—5 суток;
- в) 5—7 суток;
- г) 7—10 суток;
- д) до 14 суток.

83. Какие из следующих ниже положений, касающихся эмбриологии уха, представляются правильными?

- а) внутреннее ухо и среднее ухо развиваются из ушной плакоды, которая делится на эмбриональный слуховой пузырек и слуховые косточки;
- б) в процессе развития наружное ухо мигрирует из краниального в каудальном направлении;
- в) ушная раковина развивается из шести бугорков первой жаберной дуги;
- г) в развитии ушной раковины участвуют первая и вторая жаберные дуги;
- д) молоточек, наковальня и стремечко развиваются из трех ушных бугорков.

84. Основными источниками чувствительной иннервации ушной раковины являются следующие нервы:

- а) подглазничный и большой затылочный;
- б) ушно-височный и большой ушной;
- в) ушно-височный и большой затылочный;
- г) большой ушной и большой затылочный;
- д) височно-скуловой и малый затылочный.

85. Согласно современным представлениям, этиопатогенез гемифациальной микросомии может быть связан с изменениями следующих артерий:

- а) лицевой;
- б) внутренней сонной;
- в) глоточной;
- г) стремечной;
- д) поверхностной височной.

86. Использование метода постоянного растяжения кожи с помощью тканевых экспандеров перед выполнением тотальной реконструкции ушной раковины значительно улучшает непосредственные и отдаленные результаты этой операции.

- а) да;
- б) нет.

87. Хирургическое лечение келоидного рубца задней поверхности ушной раковины после выполнения эстетической отопластики должно включать в себя иссечение рубца в пределах здоровой кожи, повторное наложение шва с использованием атравматической техники и наложение давящей повязки.

- а) да; б) нет.

88. Проведение операции отопластики под общим обезболиванием снижает вероятность развития такого грозного осложнения, как злокачественная гипертермия.

- а) да; б) нет.

89. Наиболее важным фактором в лечении открытого перелома голени является:

- а) стабильный остеосинтез;
б) закрытие дефекта мягких тканей хорошо кровоснабжаемыми тканями;
в) тщательное удаление всех нежизнеспособных тканей;
г) хорошее дренирование раны.

90. Для правильного понимания возможностей реконструкции нижней конечности при сахарном диабете ошибочно следующее положение:

- а) проблемы нарушения трофики связаны с поражением мелких сосудов стопы;
б) ответственной за поражение стоп является диабетическая нейропатия;
в) операции микрососудистой пластики у больных сахарным диабетом достаточно надежны и эффективны;
г) частота местных осложнений и повторных операций у больных диабетом закономерно выше, чем у других пациентов с дефектами нижней конечности.

91. Справедливы все положения, касающиеся техники наложения микрососудистых анастомозов при травмах конечностей, за исключением:

- а) микрососудистые анастомозы следует накладывать вне зоны повреждения;
б) если доступ к сосудам, расположенным дистальнее зоны повреждения, представляется более легким, сосуды лоскута следует анастомозировать именно с ними;
в) за проходимость анастомозов не стоит волноваться, если они наложены отступя 2 см от зоны повреждения, независимо от его характера;
г) для размещения анастомозов вне зоны повреждения могут быть полезны аутовенозные вставки.

92. Методом выбора закрытия дефекта покровов 8 и 6 см с обнажением Ахиллова сухожилия является:

- а) свободная пересадка микрососудистого лоскута;
б) перемещение сурального лоскута на дистальной ножке;
в) кросс-пластика с противоположной голени;
г) пластика Филатовским стеблем.

93. Куперовская трактовка поддерживающего аппарата молочной железы такова:

- а) связки Купера анатомически постоянны, крепят паренхиму к грудной фасции, могут быть идентифицированы и реконструированы;
б) связки крепят железу к фасции в зонах наибольшей фиксации «чехла» — в субмаммарной и по медиальной границе;
в) поддерживающий связочный каркас непрерывен от дермы до глубокой фасции, присутствует в любой единице объема, но максимален в субмаммарной зоне и по медиальной границе;
г) антигравитационная поддержка молочной железы — функция упругости всех ее тканей.

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

- а) маммопластике с кожным краем Вайза; б) с вертикальным краем;
в) с периареолярным краем; г) с горизонтальным краем.

95. Птоз молочной железы обусловлен:

- а) увеличением ее объема;
- б) постлактационным уменьшением объема;
- в) действием момента силы тяжести;
- г) снижением упругости кожи

96. Наиболее действенное из перечисленных средств профилактики рецидивного птоза:

- а) вертикальная пликация паренхимы;
- б) мышечный «ремень» или «балкон», поддерживающий паренхиму;
- в) уменьшение массы и высоты конуса молочной железы;
- г) укрепление кожно-подкожного чехла.

97. Риск возникновения местных рецидивов после выполнения кожесохраняющей мастэктомии находится в следующих пределах:

- а) 0—10%;
- б) 10—20%;
- в) 20—30%;
- г) 30—35%;
- д) 35—40%.

98. В течение раннего послеоперационного периода после РМЖ TRAM-лоскутом произошло «проседание» лоскута с западением тканей в подключичной области и избытком их по нижнему краю. Через 6 месяцев после операции пациентка расстроена и настаивает на повторном вмешательстве. Что делать?

- а) установить анатомический имплантат для заполнения вмятины в подключичной области и резецировать нижнюю часть лоскута;
- б) поставить круглый имплантат для устранения контурного дефекта по верхнему краю воссозданной железы;
- в) мобилизовать верхний край лоскута и заново фиксировать его в правильном положении подшиванием к большой грудной мышце;
- г) верхний край в зоне депрессии заполнить липофилингом, а нижний край лоскута уменьшить липосакцией;
- д) зону втяжения тканей заместить лоскутом широчайшей мышцы спины, а нижнюю часть TRAM-лоскута уменьшить липосакцией.

99. Наиболее удобным прикроватным средством мониторинга свободного лоскута при реконструкции груди является:

- а) дуплексный сканер;
- б) имплантируемый доплер;
- в) ручной (переносной) доплер;
- г) интравенозный флуоресцин;
- д) термометр.

100. Через 6 недель после операции в верхнем крае свободного TRAM-лоскута обнаружено уплотнение. Выберите правильную тактику:

- а) продолжение наблюдения за возможным липонекрозом (липосклерозом);
- б) эксцизионная биопсия;
- в) консультация онколога и радиотерапевта на предмет местного рецидива опухоли;
- г) игольчатая биопсия;
- д) дренирование.