

## Гнойные заболевания пальцев и кисти. Диабетическая стопа.

1. Панариций - это:
  - 1) гнойное воспаление кожных покровов пальца;
  - 2) гнойно-некротическое поражение кожи и ее производных пальца;
  - 3) гнойное воспаление кожи и жировой клетчатки пальца;
  - 4) гнойное воспаление мягких тканей пальца;
  - 5) гнойно-воспалительные заболевания анатомических структур пальца.
  
2. Паронихия - это:
  - 1) воспаление всех тканей пальца;
  - 2) воспаление ногтевого ложа;
  - 3) воспаление сухожильного влагалища пальца;
  - 4) воспаление околоногтевого валика;
  - 5) воспаление межфалангового сустава.
  
3. Фелон - это:
  - 1) воспаление ногтевого ложа;
  - 2) воспаление околоногтевого валика;
  - 3) воспаление подкожной клетчатки ногтевой фаланги;
  - 4) воспаление сухожильного влагалища пальца;
  - 5) воспаление межфалангового сустава.
  
4. К поверхностным формам панариция относятся:
  - 1) кожный;
  - 2) сухожильный;
  - 3) суставной;
  - 4) подкожный;
  - 5) фурункул;
  - 6) пандактилит;
  - 7) подногтевой.
  
5. К глубоким формам панариция относятся:
  - 1) фелон;
  - 2) костный;
  - 3) суставной;
  - 4) подногтевой;
  - 5) карбункул;
  - 6) пандактилит;
  - 7) сухожильный.
  
6. Панариций в форме запонки - это:
  - 1) сухожильный панариций с распространением процесса на кисть;
  - 2) подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис;
  - 3) паронихия с прорывом гноя в ногтевое ложе;
  - 4) костный панариций с распространением процесса на сустав;
  - 5) сухожильный панариций I и V пальцев кисти.
  
7. Наиболее часто возбудителем панариция является:
  - 1)  $\beta$ -гемолитический стрептококк;
  - 2) кишечная палочка;
  - 3) золотистый стафилококк;
  - 4) палочка сине-зеленого гноя;
  - 5) аэробно-энаэробные ассоциации.

8. Выделяют следующие формы пандактилита:
  - 1) тыльный;
  - 2) изолированный
  - 3) тотальный;
  - 4) комбинированный;
  - 5) ладонный.
  
9. К клиническим признакам паронихии относятся:
  - 1) булавовидное утолщение ногтевой фаланги;
  - 2) отек ногтевого валика;
  - 3) наличие гнойного свища;
  - 4) отслойка ногтевой пластинки;
  - 5) выделение гноя из-под ногтевого валика;
  - 6) разгибательная контрактура пальца.
  
10. К клиническим признакам сухожильного панариция относятся:
  - 1) пульсирующая боль;
  - 2) выделение гноя из-под околоногтевого валика;
  - 3) отек пальца со сглаживанием межфаланговых борозд;
  - 4) палец максимально разогнут;
  - 5) палец в полусогнутом положении;
  - 6) скопление гноя под ногтевой пластинкой;
  - 7) болезненность по ходу сухожилия при пальпации пуговчатым зондом.
  
11. К клиническим признакам суставного панариция относятся:
  - 1) отек ногтевого валика;
  - 2) боли в области межфалангового сустава;
  - 3) палец максимально разогнут;
  - 4) веретенообразная форма пальца;
  - 5) ослабление болей при движении в суставе;
  - 6) болезненность по ходу сухожилия при пальпации пуговчатым зондом;
  - 7) наличие гнойного свища.
  
12. В отличие от поверхностных, для глубоких форм панариция характерна:
  - 1) распирающая боль, усиливающаяся при опущенной вниз руке;
  - 2) выраженные симптомы интоксикации;
  - 3) лимфаденит;
  - 4) сглаженность кожного рисунка;
  - 5) лимфангоит;
  - 6) болезненность при пальпации пуговчатым зондом.
  
13. При диагностике панариция используются:
  - 1) пальпация пуговчатым зондом;
  - 2) артроскопия;
  - 3) рентгенография;
  - 4) ангиография;
  - 5) пункция;
  - 6) радиоизотопная сцинтиграфия.
  
14. Рентгенологические признаки костного панариция возникают:
  - 1) на 3 сутки заболевания;
  - 2) на 5 – 7 сутки заболевания;
  - 3) на 9 – 14 сутки заболевания;
  - 4) на 20 сутки заболевания;

- 5) через месяц от начала заболевания.
15. Какие операции проводятся при подногтевом панариции?
- 1) овальный разрез кожи и клетчатки в зоне ногтевой пластинки;
  - 2) перфорация ногтевой пластинки;
  - 3) полуовальные разрезы кожи и клетчатки в зоне ногтевой пластинки;
  - 4) резекция ногтевой пластинки;
  - 5) удаление ногтевой пластинки.
16. Какие хирургические манипуляции проводятся при сухожильном панариции:
- 1) обязательное удаление ногтевой пластинки;
  - 2) вскрытие сухожильного влагалища с последующим его дренированием;
  - 3) иссечение погибшего сухожилия;
  - 4) обязательное вскрытие сустава вблизи пораженного сухожилия;
  - 5) обязательная ампутация пальца.
17. Какие хирургические манипуляции проводятся при суставном панариции:
- 1) обязательное удаление ногтевой пластинки;
  - 2) вскрытие сухожильного влагалища выше и ниже воспаленного сустава с последующим его дренированием;
  - 3) обязательное вскрытие просвета пораженного сустава с последующим дренированием;
  - 4) обязательная резекция головок костей, формирующий пораженный сустав;
  - 5) обязательная ампутация пальца.
18. Опасность перехода гнойного процесса на предплечье возникает при панарициях:
- 1) I пальца;
  - 2) II пальца;
  - 3) III пальца;
  - 4) IV пальца;
  - 5) V пальца
19. При подкожном панариции могут развиваться все перечисленные осложнения, кроме:
- 1) сухожильный панариций;
  - 2) костный панариций;
  - 3) суставной панариций;
  - 4) бурсит локтевого сустава;
  - 5) флегмона предплечья.
20. Негативными исходами суставного панариция являются:
- 1) костный анкилоз;
  - 2) фиброзный анкилоз;
  - 3) патологическая подвижность сустава;
  - 4) деформирующий артрит;
  - 5) ложный сустав.
21. Какой вид обезболивания является наиболее предпочтительным при подногтевом панариции 4 пальца кисти?
- 1) проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу;
  - 2) анестезия плечевого сплетения по Куленкампу;
  - 3) проводниковая анестезия локтевого нерва;
  - 4) внутривенный наркоз;
  - 5) перидуральная анестезия.

22. Какой вид обезболивания является наиболее предпочтительным при костном панариции 3 пальца кисти?
- 1) проводниковая анестезия локтевого нерва;
  - 2) проводниковая анестезия лучевого, локтевого и срединного нерва;
  - 3) проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу;
  - 4) комбинированный эндотрахеальный наркоз;
  - 5) анестезия плечевого сплетения по Куленкампфу.
23. Какой вид обезболивания является наиболее предпочтительным при сухожильном панариции основной фаланги пальца?
- 1) проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу;
  - 2) проводниковая анестезия локтевого нерва;
  - 3) проводниковая анестезия лучевого, локтевого и срединного нерва;
  - 4) проводниковая анестезия срединного нерва;
  - 5) анестезия плечевого сплетения по Куленкампфу.
24. Наиболее часто возбудителем флегмоны кисти является:
- 1)  $\beta$ -гемолитический стрептококк;
  - 2) золотистый стафилококк;
  - 3) кишечная палочка;
  - 4) неклостридиальная анаэробная инфекция;
  - 5) аэробно-энаэробные ассоциации.
25. Наиболее часто флегмона кисти возникает:
- 1) при глубоко проникающих колотых ранениях;
  - 2) как осложнение эризепилоида;
  - 3) как осложнение панариция;
  - 4) как осложнение болезни кошачьих царапин;
  - 5) как осложнение отморожения пальцев.
26. Выделяют следующие виды флегмон кисти:
- 1) флегмона области тенара;
  - 2) комиссуральная флегмона;
  - 3) флегмона области запястья;
  - 4) флегмона тыла кисти;
  - 5) U-образная флегмона;
  - 6) S-образная флегмона;
  - 7) флегмона области пястья.
27. Причинами развития флегмоны области тенора могут являться:
- 1) колотые раны в области тенора;
  - 2) подкожный панариций I пальца;
  - 3) гнойный тендовагинит I пальца;
  - 4) распространение гнойного воспаления по каналу червеобразных мышц II пальца;
  - 5) распространение гнойного воспаления из срединного ладонного пространства.
28. Перекрестная флегмона кисти характеризуется:
- 1) выраженной интоксикацией;
  - 2) резкой болезненностью в проекции сухожилий сгибателей I и V пальцев;
  - 3) резкой болезненностью в проксимальной части кисти;
  - 4) отсутствием активных движений пальцев кисти;
  - 5) резкой болезненностью в проекции сухожилий сгибателей II и IV пальцев;
  - 6) разгибательной контрактурой пальцев.
29. К клиническим признакам флегмоны области тенара относятся:

- 1) резкая боль и отек в области возвышения I пальца;
  - 2) II - IV пальцы полусогнуты;
  - 3) отек тыла кисти;
  - 4) гиперемия кожи ладонной поверхности кисти;
  - 5) резкая боль и отек в области V пальца;
  - 6) ограничение подвижности I пальца.
30. К клиническим признакам флегмоны области гипотенара относятся:
- 1) II - IV пальцы полусогнуты;
  - 2) резкая боль и отек в области возвышения V пальца;
  - 3) отек тыла кисти;
  - 4) гиперемия кожи в области ульнарного края кисти;
  - 5) резкая боль и отек в области IV пальца;
  - 6) ограничение подвижности V пальца.
31. К клиническим признакам флегмоны срединного ладонного пространства относятся:
- 1) сглаженность ладонных кожных складок;
  - 2) наличие флюктуации;
  - 3) болезненность при пальпации ладонной впадины;
  - 4) реактивный отек тыла кисти;
  - 5) II - IV пальцы полусогнуты;
  - 6) ограничение подвижности I пальца;
  - 7) I, II и V пальцы полусогнуты.
32. К клиническим признакам флегмоны тыла кисти относятся:
- 1) резкая боль и отек в области I и V пальцев;
  - 2) согнутые II - IV пальцы;
  - 3) отек тыла кисти;
  - 4) гиперемия кожи ладонной поверхности кисти;
  - 5) наличие флюктуации в области тыла кистит;
  - 6) болезненность при пальпации тыла кисти.
33. При срединной флегмоне кисти гнойные затеки могут распространяться:
- 1) в межпальцевые промежутки;
  - 2) на область тенара;
  - 3) на лучезапястный сустав;
  - 4) в пространство Пирогова-Парона;
  - 5) под кожу.
34. Какой вид обезболивания является наиболее предпочтительным при флегмоне области тенора:
- 1) проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу;
  - 2) комбинированный эндотрахеальный наркоз;
  - 3) проводниковая анестезия лучевого, локтевого и срединного нерва;
  - 4) перидуральная анестезия;
  - 5) внутривенный наркоз.
35. Какой вид обезболивания является наиболее предпочтительным при переходе флегмоны кисти на предплечье:
- 1) проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу;
  - 2) анестезия плечевого сплетения по Куленкампу;
  - 3) проводниковая анестезия лучевого, локтевого и срединного нерва;
  - 4) перидуральная анестезия;
  - 5) спинномозговая анестезия;
  - 6) внутривенный наркоз;

- 7) комбинированный эндотрахеальный наркоз.
36. При синдроме диабетической стопы деструктивно-дегенеративным или гнойно-некротическим изменениям могут подвергаться:
- 1) все анатомические структуры стопы кроме костей;
  - 2) все анатомические структуры стопы кроме суставов;
  - 3) все анатомические структуры стопы кроме сосудов микроциркуляторного русла;
  - 4) все анатомические структуры стопы кроме нервов;
  - 5) все анатомические структуры стопы.
37. Ведущими звеньями патогенеза синдрома диабетической стопы являются:
- 1) диабетическая нейропатия;
  - 2) хроническая венозная недостаточности в исходе тромбоза глубоких вен нижних конечностей;
  - 3) диабетическая нефропатия;
  - 4) диабетическая макроангиопатия;
  - 5) диабетическая микроангиопатия;
  - 6) диабетический кетоацидоз.
38. Проявлениями автономной нейропатии при синдроме диабетической стопы являются:
- 1) снижение болевой и проприоцептивной чувствительности;
  - 2) сухость и ломкость кожи;
  - 3) поражение связочного аппарата суставов;
  - 4) деформация стопы и пальцев с формированием участков патологического избыточного давления;
  - 5) остеопороз.
39. Проявлениями моторной нейропатии при синдроме диабетической стопы являются:
- 1) снижение болевой и проприоцептивной чувствительности;
  - 2) сухость и ломкость кожи;
  - 3) поражение связочного аппарата суставов;
  - 4) деформация стопы и пальцев с формированием участков патологического избыточного давления;
  - 5) остеопороз.
40. Проявлениями сенсорной нейропатии при синдроме диабетической стопы являются:
- 1) снижение болевой и проприоцептивной чувствительности;
  - 2) сухость и ломкость кожи;
  - 3) поражение связочного аппарата суставов;
  - 4) деформация стопы и пальцев с формированием участков патологического избыточного давления;
  - 5) остеопороз.
41. Согласно классификации Вагнера первая степень поражения тканей при синдроме диабетической стопы характеризуется:
- 1) наличием поверхностной язвы без признаков инфицирования;
  - 2) формированием гангрены пальцев стопы;
  - 3) наличием глубокой язва, проникающей до костей и суставов;
  - 4) предъязвенным поражением кожи, костными и суставными деформациями стопы;
  - 5) наличием глубокой язвы до мышц и сухожилий, но без вовлечения костей и суставов с признаками инфицирования.
42. Согласно классификации Вагнера вторая степень поражения тканей при синдроме диабетической стопы характеризуется:

- 1) наличием глубокой язвы до мышц и сухожилий, но без вовлечения костей и суставов с признаками инфицирования;
- 2) формированием гангрены стопы;
- 3) наличием поверхностной язвы без признаков инфицирования;
- 4) формированием гангрены пальцев стопы;
- 5) наличием глубокой язва, проникающей до костей и суставов.

43. Согласно классификации Вагнера третья степень поражения тканей при синдроме диабетической стопы характеризуется:

- 1) наличием глубокой язвы до мышц и сухожилий, но без вовлечения костей и суставов с признаками инфицирования;
- 2) формированием гангрены стопы;
- 3) наличием поверхностной язвы без признаков инфицирования;
- 4) наличием глубокой язва, проникающей до костей и суставов;
- 5) предъязвенным поражением кожи, костными и суставными деформациями стопы.

44. Согласно классификации Вагнера четвертая степень поражения тканей при синдроме диабетической стопы характеризуется:

- 1) наличием поверхностной язвы без признаков инфицирования;
- 2) формированием гангрены пальцев стопы;
- 3) наличием глубокой язва, проникающей до костей и суставов;
- 4) предъязвенным поражением кожи, костными и суставными деформациями стопы;
- 5) наличием глубокой язвы до мышц и сухожилий, но без вовлечения костей и суставов с признаками инфицирования.

45. Согласно классификации Вагнера пятая степень поражения тканей при синдроме диабетической стопы характеризуется:

- 1) наличием глубокой язвы до мышц и сухожилий, но без вовлечения костей и суставов с признаками инфицирования;
- 2) формированием гангрены стопы;
- 3) наличием поверхностной язвы без признаков инфицирования;
- 4) формированием гангрены пальцев стопы;
- 5) наличием глубокой язва, проникающей до костей и суставов.

46. Клиническими признаками нейропатической формы синдрома диабетической стопы являются:

- 1) стопа Шарко;
- 2) симптом перемежающейся хромоты;
- 3) спонтанные подвывихи и переломы;
- 4) снижение пульсации на магистральных артериях нижних конечностей;
- 5) симптом «пергаментной кожи»;
- 6) язвенные дефекты на подошве и кончиках пальцев;
- 7) снижение температуры и бледность кожи;
- 8) снижение болевой и температурной кожной чувствительности.

47. Клиническими признаками ишемической формы синдрома диабетической стопы являются:

- 1) стопа Шарко;
- 2) симптом перемежающейся хромоты;
- 3) спонтанные подвывихи и переломы;
- 4) снижение пульсации на магистральных артериях нижних конечностей;
- 5) симптом «пергаментной кожи»;
- 6) язвенные дефекты на подошве и кончиках пальцев;
- 7) снижение температуры и бледность кожи;
- 8) снижение болевой и температурной кожной чувствительности.

48. При наличии раневого дефекта у пациентов с нейропатической формой синдрома диабетической стопы микрофлора чаще всего представлена:

- 1) Acinetobacter;
- 2) Clostridium difficile.
- 3) Staphylococcus aureus;
- 4) Pseudomonas aeruginosa;
- 5) Enterobacteriaceae.

49. При наличии раневого дефекта у пациентов с ишемической формой синдрома диабетической стопы микрофлора чаще всего представлена:

- 1) Acinetobacter;
- 2) Clostridium difficile.
- 3) Staphylococcus aureus;
- 4) Pseudomonas aeruginosa;
- 5) Enterobacteriaceae.

50. При нейропатической форме диабетической стопы основной лечебной тактики является:

- 6) исключение опорной нагрузки на стопу путем применения ортопедических средств;
- 7) ношение компрессионного трикотажа;
- 1) разгрузка зоны язвы посредством толстых стелек из вспененных материалов в сочетании с подходящей обувью;
- 2) обеспечение ревазуляризации путем выполнения реконструктивной сосудистой операции;
- 3) курсовой прием антиагрегантов, антикоагулянтов и простагландина E1;
- 4) при неэффективности комплексной терапии – экономные ампутации на уровне пальцев и стопы;
- 5) при неэффективности комплексной терапии – ампутация на уровне голени или бедра.

51. При ишемической форме диабетической стопы основной лечебной тактики является:

- 1) исключение опорной нагрузки на стопу путем применения ортопедических средств;
- 2) разгрузка зоны язвы посредством толстых стелек из вспененных материалов в сочетании с подходящей обувью;
- 3) обеспечение ревазуляризации путем выполнения реконструктивной сосудистой операции;
- 4) ношение компрессионного трикотажа;
- 5) курсовой прием антиагрегантов, антикоагулянтов и простагландина E1;
- 6) при неэффективности комплексной терапии – экономные ампутации на уровне пальцев и стопы;
- 7) при неэффективности комплексной терапии – ампутация на уровне голени или бедра.