

Тема: Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение одонтогенного периостита и остеомиелита.

Вариант №1.

1. Периостит - это

- a) инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости;
- b) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
- c) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры.

2. При остром периостите на рентгенограмме челюсти выявляются изменения

- a) изменений нет;
- b) характерные для хронического периодонтита;
- c) секвестрация.

3. При какой локализации периостита челюсти возникает затруднённое открывание рта?

- a) С вестибулярной и язычной сторон нижней челюсти в области моляров;
- b) С вестибулярной стороны нижней челюсти в области премоляров;
- c) С вестибулярной и нёбной сторон верхней челюсти в области премоляров;
- d) С язычной стороны нижней челюсти в области премоляров;
- e) С вестибулярной стороны верхней челюсти в области моляров.

4. Для острой стадии остеомиелита челюсти характерна боль при перкуссии

- a) причинного зуба;
- b) соседних зубов;
- c) причинного и соседних зубов.

5. При остром остеомиелите подвижные интактные зубы подлежат

- a) шинированию;
- b) удалению;
- c) депульпированию.

6. В каком возрасте наиболее часто развивается одонтогенный остеомиелит?

- a) в раннем детском возрасте;
- b) в детском возрасте;
- c) в подростковом возрасте;
- d) в 16-20 лет;
- e) в 20-40 лет;
- f) в 40-60 лет;
- g) в пожилом возрасте.

7. Клиническая симптоматика при остром одонтогенном остеомиелите характеризуется клиникой

- a) острого периодонтита;

- b) острого периостита;
- c) симптомами всех одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей.

8. Когда выявляются при помощи рентгенографии первые костные изменения одонтогенного остеомиелита

- a) на 2-5 сутки после начала заболевания;
- b) на 6-10 сутки после начала заболевания;
- c) на 10-14 сутки после начала заболевания;
- d) не ранее, чем через месяц после начала заболевания.

9. Костная ткань в очаге остеомиелитического воспаления становится нежизнеспособной

- a) на 2-4 сутки от начала заболевания;
- b) на 5-10 сутки от начала заболевания;
- c) на 10-14 сутки от начала заболевания;
- d) на 14-20 сутки от начала заболевания.

10. Тактика лечения одонтогенного остеомиелита в период формирования секвестров

- a) борьба с инфекцией в очаге воспаления, предупреждение образования новых некрозов (сохранение микроциркуляции по периферии воспалительного очага), снижение сосудистой проницаемости и интенсивности нейрогуморальных сдвигов;
- b) назначение гаммаглобулина, антистафилококковой плазмы;
- c) проведение секвестрэктомии.

11. Воспалительная контрактура II степени - это

- a) открывание рта свободное;
- b) небольшое ограничение открывания рта;
- c) рот открывается на 1 см;
- d) рот открывается на 2 см;
- e) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

12. Рарефицирующий периостит чаще всего локализуется

- a) во фронтальном отделе;
- b) в ментальном отделе;
- c) в области угла нижней челюсти;
- d) в области бугра верхней челюсти.

13. В чём заключается лечение рарефицирующего периостита?

- a) удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1-2 % раствора йодида калия;
- b) удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости;
- c) ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы.

14. При каком виде хронического периостита вновь образованная кость после лечения подвергается обратному развитию?

- a) простой хронический периостит;
- b) оссифицирующий периостит;
- c) рарефицирующий периостит.

15. Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита

- a) удалить зуб, уменьшить "напряжение" тканей и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение;
- b) предупредить развитие инфекции и образование некроза;
- c) снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить зуб;
- d) уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия;
- e) провести симптоматическое лечение.

16. Костная ткань в очаге остеомиелитического воспаления становится нежизнеспособной

- a) на 2-4 сутки от начала заболевания;
- b) на 5-10 сутки от начала заболевания;
- c) на 10-14 сутки от начала заболевания;
- d) на 14-20 сутки от начала заболевания.

17. Для хронического одонтогенного остеомиелита челюстей характерно

- a) острое начало;
- b) начало длительное, постепенное, синюшный цвет кожи и следы разрезов, асимметрия лица, наличие гнойных свищей, наличие секвестров на рентгенограмме;
- c) флюктуация в тканях, выраженная инфильтрация тканей;
- d) гиперемия кожи лица, отсутствие секвестра на рентгенограмме.

18. Острый остеомиелит верхней челюсти у детей раннего возраста имеет склонность к

- a) ограниченному поражению кости;
- b) распространенному поражению кости и окружающих мягких тканей;
- c) как ограниченному, так и распространенному поражению кости и окружающих мягких тканей.

19. Как часто встречается остеомиелит нижней челюсти у детей до прорезывания молочных зубов?

- a) очень часто;
- b) довольно часто;
- c) редко.

20. Секвестральная капсула при остеомиелите челюстей у лиц пожилого возраста

- a) выражена слабее, чем у молодых людей;
- b) такая же, как и у лиц молодого возраста;
- c) выражена больше, чем у молодых людей.

Тема: Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение одонтогенного периостита и остеомиелита.

Вариант №2.

1. Причиной острого одонтогенного периостита челюстей наиболее часто являются

- a) резцы;
- b) клыки;
- c) премоляры;
- d) моляры.

2. При остром одонтогенном периостите появляются следующие изменения в крови

- a) изменений нет;
- b) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, эозинопения, лимфопения, увеличение СОЭ;
- c) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг вправо, эозинофилия, лимфоцитоз, увеличение СОЭ;
- d) лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз, базофилия.

3. Какое из заболеваний чаще других является причиной развития острого гнойного периостита челюсти?

- a) Острый периодонтит;
- b) Обострившийся хронический периодонтит;
- c) Нагноившаяся радикулярная киста;
- d) Общий гнойный пульпит;
- e) Альвеолит.

4. Остеомиелит – это

- a) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;
- b) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
- c) воспалительный процесс в костной ткани челюсти;
- d) инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости под воздействием внешних или внутренних факторов.

5. При какой локализации острого остеомиелита нижней челюсти возникает затруднённое открывание рта и боль при глотании?

- a) в области резцов и клыка;
- b) в области премоляров;
- c) в области моляров.

6. В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность

- a) причинного зуба;
- b) соседних зубов;
- c) причинного и соседних зубов.

7. Где должен локализоваться очаг поражения, чтобы у больного с острым остеомиелитом возник «симптом Венсана»?

- a) в области тела нижней челюсти соответственно молярам;
- b) в области альвеолярного отростка;
- c) в области суставного отростка;
- d) в подбородочной области нижней челюсти.

8. Причинный зуб при остром остеомиелите

- a) сохраняют обязательно;
- b) шинируют;
- c) депульпируют;
- d) удаляют по показаниям;
- e) удаляют обязательно.

9. Остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти, характеризуется

- a) более легким течением, менее частыми и разнообразными осложнениями, небольшими секвестрами;
- b) более тяжелым течением, более частыми и разнообразными осложнениями, обширной секвестрацией;
- c) аналогичное течение на обеих челюстях.

10. Первый клинический признак отторжения секвестров при одонтогенном остеомиелите?

- a) данные рентгенографии;
- b) данные анализа крови;
- c) выпячивание грануляций из свищевого хода;
- d) подвижность зубов;
- e) появление свищей на альвеолярном отростке челюсти.

11. Парестезия нижней губы наблюдается при периостите с локализацией воспалительного процесса в области

- a) резцов;
- b) клыка;
- c) премоляров;
- d) моляров.

12. Какова причина rareфицирующего периостита?

- a) травма;
- b) периодонтитные зубы;
- c) кисты челюстей;
- d) воспалительные процессы в верхнечелюстных пазухах.

13. В чём заключается лечение оссифицирующего периостита

- a) удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1-2 % раствора йодида калия;
- b) удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости;
- c) ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы.

14. На основании чего, чаще всего, приходится проводить дифференциальную диагностику периостита с остеомиелитом, кистой и остеомой?

- a) анамнестических данных;
- b) клинико-рентгенологических данных;
- c) инцизионной биопсии.

15. Для острого одонтогенного остеомиелита челюстей характерно

- a) высокая температура тела, общее состояние больного тяжелое, подвижность причинного и соседних зубов, асимметрия лица;

- b) субфебрильная температура тела, общее состояние не нарушено;
- c) жалобы на интенсивные боли в челюсти, боли возникают приступообразно;
- d) жалобы на периодические ноющие боли в зубе;
- e) ограничение открывания рта, наличие гноя при надавливании на десну.

16. Острая стадия остеомиелита длится

- a) одну неделю, при обширных костных поражениях - до 2-4 недель;
- b) 2-3 недели, при обширных костных поражениях - до 4 недель;
- c) 3-4 недели, при обширных костных поражениях - до 6 недель.

17. Клинические признаки при хроническом остеомиелите челюстей

- a) асимметрия лица, синюшность кожи, вздутие альвеолярного отростка с двух сторон, наличие свища с гнойным отделяемым;
- b) гиперемия кожи, западение мягких тканей, затрудненное открывание рта;
- c) одностороннее утолщение кости.

18. Что, как правило, появляется в тех случаях, когда одонтогенный остеомиелит у детей

начинается с выделений гноя из носа?

- a) абсцессы и флегмоны крылонёбной ямки;
- b) явления фронтита и этмоидита;
- c) свищи в области нижнеглазничного края;
- d) абсцессы головного мозга;
- e) остеомиелит костей носа.

19. Как часто встречаются абсцессы и флегмоны подвисочной и крылонёбной ямок, а также височной области при остеомиелитическом поражении верхнечелюстной кости у детей раннего возраста?

- a) очень часто;
- b) довольно часто;
- c) редко.

20. Остеомиелит у пожилых людей, в отличие от молодых, протекает

- a) более остро с выраженной болевой реакцией и инфильтрацией тканей, секвестрация обширная;
- b) не отличается от такового у молодых;
- c) менее остро, болевая реакция выражена нерезко, небольшая инфильтрация, секвестрация редко бывает обширной.