



СТОМАТОЛОГИЯ Эндодонтия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапевтической стоматологии**

Учебный план 31050350_18_12сд.plx
Специальность 31.05.03 - РФ, 560004 - КР Стоматология

Квалификация **специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **6 ЗЕТ**




Часов по учебному плану 215,5
в том числе:
аудиторные занятия 126
самостоятельная работа 72
экзамены 17,5

Виды контроля в семестрах:
экзамены 8
зачеты 7

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	7 (4.1)		8 (4.2)		Итого	
	Неделя		Неделя			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18			18	18
Практические	54	54	54	54	108	108
Контактная	0,3	0,3			0,3	0,3
Контактная			0,5	0,5	0,5	0,5
В том числе	3	3	2	2	5	5
Итого ауд.	72	72	54	54	126	126
Контактная	72,3	72,3	54,5	54,5	126,8	126,8
Сам. работа	35,7	35,7	36	36	71,7	71,7
Часы на			17,5	17,5	17,5	17,5
Итого	108	108	108	108	216	216

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Супатаева Т.У. ; ст. преп. Нигматулина Н.Р. 
ст. преп Маматалиева А.Э. 

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, Сельтiev Т.Т. ; к.м.н., доц., Сушко Н.Ю. 

Рабочая программа дисциплины

Эндодонтия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №96)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.05.03 - РФ, 560004 - КР Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.2018 протокол № 12.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапевтической стоматологии

Протокол от 22 мая _____ 2018 г. №11

Срок действия программы: 2018-2023 уч.г.

Зав. кафедрой Супатаева Т. У.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

4 сентября 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Терапевтической стоматологии

Протокол от 29 августа 2019 г. № 1

Зав. кафедрой Супатаева Т. У.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Терапевтической стоматологии

Протокол от _____ 2020 г. № _

Зав. кафедрой Супатаева Т. У.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Терапевтической стоматологии

Протокол от _____ 2021 г. № _

Зав. кафедрой Супатаева Т. У.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Терапевтической стоматологии

Протокол от _____ 2022 г. № _

Зав. кафедрой Супатаева Т. У.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью освоения дисциплины "Эндодонтия" является подготовка врача стоматолога, способного оказать пациентам с заболеваниями пульпы и периодонта амбулаторную стоматологическую терапевтическую помощь.
1.2	Задачами освоения дисциплины «Эндодонтия» являются:
1.3	- освоение методов диагностики, используемых при обследовании пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта;
1.4	- изучение показаний для терапевтического лечения пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта;
1.5	- освоение планирования терапевтического лечения заболевания пульпы и периодонта;
1.6	- формирование практических умений по терапевтическому лечению пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта в амбулаторно-поликлинических условиях;
1.7	- обучение профилактике, выявлению и устранению осложнений при лечении заболеваний пульпы и периодонта.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б.34
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Кариесология и заболевание твердых тканей зубов
2.1.2	Клиническая фармакология
2.1.3	Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии
2.1.4	Патогенез осложнений кариеса
2.1.5	Стандарты диагностики
2.1.6	Стандарты стоматологического лечения
2.1.7	Микробиология, вирусология - микробиология полости рта
2.1.8	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
2.1.9	Гистология, эмбриология, цитология - гистология полости рта
2.1.10	Пропедевтика
2.1.11	Анатомия человека - анатомия головы и шеи
2.1.12	Топографическая анатомия головы и шеи
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Клиническая практика (Помощник врача стоматолога (терапевта))
2.2.2	Пародонтология
2.2.3	Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)
2.2.4	Заболевания головы и шеи
2.2.5	Клиническая стоматология
2.2.6	Слизистая оболочка полости рта
2.2.7	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
2.2.8	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
2.2.9	Онкостоматология и лучевая терапия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-2: способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией

Знать:

Уровень 1	Основные направления диспансеризации и профилактики основных стоматологических заболеваний
Уровень 2	Основные виды диспансеризации и меры профилактики у больных со стоматологическими заболеваниями
Уровень 3	Методы профилактики и виды диспансеризации стоматологических заболеваний

Уметь:

Уровень 1	Правильно раскрыть смысл профилактических мероприятий и диспансеризации
Уровень 2	Дифференцировать виды диспансеризации и меры профилактики у стоматологических пациентов
Уровень 3	Проводить диспансеризацию и профилактику основных стоматологических заболеваний

Владеть:

Уровень 1	Диспансеризацией и профилактикой у больных со стоматологическими заболеваниями
Уровень 2	Видами диспансеризации и мерами профилактики у больных со стоматологическими заболеваниями

Уровень 3	Навыками диспансеризации и профилактики у стоматологических больных
ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	
Знать:	
Уровень 1	Сбор и анализ жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания
Уровень 2	Основные и дополнительные методы обследования, применяемые в стоматологии
Уровень 3	Результаты лабораторных, патологоанатомических исследований.
Уметь:	
Уровень 1	Собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра.
Уровень 2	Провести и интерпретировать результаты обследования
Уровень 3	Анализировать результаты лабораторных патологоанатомических исследований.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания.
Уровень 2	Работа со стоматологическими инструментами, методикой чтения рентген снимков.
Уровень 3	Анализом результатов лабораторных, патологоанатомических анализов.

ПК-8: способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями	
Знать:	
Уровень 1	Этиологию, патогенез, клинику стоматологических заболеваний.
Уровень 2	Лечение основных стоматологических заболеваний
Уровень 3	Знать основные направления и проблематику в ведении больных со стоматологическими заболеваниями
Уметь:	
Уровень 1	Раскрыть полную картину заболевания.
Уровень 2	Разработать план лечения стоматологических заболеваний
Уровень 3	Выработать тактику ведения больных со стоматологической патологией
Владеть:	
Уровень 1	Навыками изложения и анализировать этиологию, патогенез различных клинических заболеваний для постановки диагноза.
Уровень 2	Алгоритмом лечения стоматологических заболеваний
Уровень 3	Навыками определения тактики ведения больных со стоматологическими заболеваниями

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- классификации, этиологию, патогенез заболеваний пульпы и периодонта;
3.1.2	- этиологические факторы, приводящие к развитию заболеваний пульпы и периодонта;
3.1.3	- методы обследования, диагностики, профилактики и терапевтического лечения пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта;
3.1.4	- методы эндодонтического лечения пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта;
3.1.5	- причины осложнений в терапевтической практике при лечении пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта и способы их предупреждения;
3.1.6	- ошибки, возникающие при лечении пульпы и периодонтита, и методы их профилактики и устранения.
3.2	Уметь:
3.2.1	- обследовать пациента с заболеваниями пульпы и периодонта;
3.2.2	- определять этиологические факторы, приводящие к развитию заболеваний пульпы и периодонта;
3.2.3	- использовать для постановки диагноза лабораторные и лучевые методы исследования;
3.2.4	- поставить диагноз;
3.2.5	- планировать лечение пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта;
3.2.6	- выбирать метод эндодонтического лечения заболеваний пульпы и периодонта;
3.2.7	- выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений при лечении пульпы и периодонта.
3.3	Владеть:

3.3.1	- методами обследования пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта;
3.3.2	- методами лечения воспаления пульпы с сохранением ее жизнеспособности;
3.3.3	- методами лечения воспаления пульпы с применением девитализирующих средств;
3.3.4	- методами лечения воспаления пульпы с применением анестезии (методами витальной ампутации и экстирпации);
3.3.5	- методами лечения острого и хронического апикального периодонтита;
3.3.6	- консервативно-хирургическими методами лечения хронического апикального периодонтита;
3.3.7	- методами реставрации зубов после эндодонтического лечения;
3.3.8	- методами отбеливания девитальных зубов.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Введение в эндодонтию.						
1.1	Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы. Методы диагностики воспаления пульпы зуба. /Лек/	7	2	ПК-2 ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
1.2	Анатомо-физиологические особенности пульпы. /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э2	0	
1.3	Анатомо-физиологические особенности пульпы. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
1.4	Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика пульпита. Методы лечения пульпита, сохраняющие жизнеспособность пульпы. Показания и противопоказания к проведению. /Лек/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э2	0	
1.5	Топографо-анатомические особенности полостей зубов нижней челюсти. /Пр/	7	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
1.6	Топография полостей зубов нижней челюсти. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
1.7	Методики лечения пульпита, не сохраняющие жизнеспособность пульпы: витальная и девитальная экстирпация пульпы. Неотложная помощь в эндодонтии. /Лек/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
1.8	Топографо-анатомические особенности полостей зубов верхней челюсти. /Пр/	7	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
1.9	Топография полостей зубов верхней челюсти. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
1.10	Ошибки в диагностике пульпита. Ошибки и осложнения при лечении пульпита. Методы лечения зубов с проблемными корневыми каналами. Профилактика неотложных состояний в эндодонтии /Лек/	7	2	ПК-8 ПК-2	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э2	0	
1.11	Эндодонтический инструментарий. Классификация. (К-ридер, К-файл, Н-файл, каналонаполнитель, спредер, плагер, пульпоэкстракторы). /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
1.12	Эндодонтический инструментарий. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
1.13	Этиология, патогенез воспаления апикального периодонта. Классификация периодонтитов. /Лек/	7	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э2	0	

1.14	Современный эндодонтический инструментарий: Pro Taper, Pro File, эндомотор, апекслокатор. /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2	3	работа в лечебном кабинете
1.15	Современный эндодонтический инструментарий. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
1.16	Методы диагностики апикального периодонтита Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика апикального периодонтита. /Лек/	7	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
1.17	Материалы для пломбирования корневых каналов (временные, постоянные). Состав, свойства. /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э2	0	
1.18	Материалы для пломбирования корневых каналов. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
	Раздел 2. Пульпит.						
2.1	Методы лечения апикального периодонтита. Консервативно-хирургические методы в эндодонтии. /Лек/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
2.2	Пульпит. Этиология. Патогенез. Классификация (МКБ, Е.М. Гофунга, Е.Е. Платонова, ВОЗ). /Пр/	7	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э2	0	
2.3	Пульпиты, этиопатогенез. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
2.4	Одонтогенный сепсис, очагово-обусловленные заболевания. Ошибки в диагностике периодонтита. Ошибки и осложнения при лечении периодонтита. /Лек/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
2.5	Острый очаговый пульпит. Клиника. Дифференциальная диагностика. /Пр/	7	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
2.6	Острый очаговый пульпит. /Ср/	7	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
2.7	Реставрация зубов после эндодонтического лечения. Способы профилактики и устранения ошибок и осложнений в эндодонтии. /Лек/	7	2	ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э2	0	
2.8	Острый диффузный пульпит. Клиника. Дифференциальная диагностика. /Пр/	7	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
2.9	Острый диффузный пульпит. /Ср/	7	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
2.10	Хронические формы пульпита. Клиника. Дифференциальная диагностика. Обострение хронических форм пульпитов. Клиника. Дифференциальная диагностика. /Пр/	7	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
2.11	Хронические формы пульпита. /Ср/	7	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
	Раздел 3. Лечение острых и хронических форм пульпитов.						
3.1	Методы сохранения пульпы зуба. Показания, противопоказания. Биологический метод лечения пульпита (полное сохранение пульпы зуба). /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э2	0	
3.2	Биологический метод лечения пульпита. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	история болезни
3.3	Витальная ампутация пульпы зуба. Показания, противопоказания. /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
3.4	Метод витальной ампутации. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	

3.5	Хирургические методы лечения пульпита. Витальная экстирпация пульпы зуба. Показания, противопоказания. /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
3.6	Метод витальной экстирпации. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	история болезни
3.7	Девитальная экстирпация и ампутация пульпы зуба. /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	история болезни
3.8	Метод девитальной экстирпации и ампутации пульпы зуба. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
3.9	Комбинированный метод лечения пульпита (состав девитализирующих паст, техника приготовления резорцин-формалиновой смеси и пасты). /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э2	0	история болезни
3.10	Техника приготовления резорцин-формалиновой смеси и пасты. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
3.11	Методики прохождения и расширения корневых каналов. Медикаментозная обработка корневых каналов. /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
3.12	Механическая обработка корневых каналов. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
3.13	Методики пломбирования корневых каналов (с помощью каналонаполнителя, гуттаперчевыми штифтами, термофил с помощью серебряных штифтов, анкерных штифтов, Vi-система). /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э2	0	
3.14	Повторное эндодонтическое лечение. Показания. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении пульпита. /Пр/	7	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2 Э1	0	
3.15	Методики пломбирования корневых каналов. Распломбировка корневых каналов. /Ср/	7	3,7	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.2	0	
3.16	/КрТО/	7	0,3			0	
3.17	Зачет. /Зачёт/	7	0		Л1.1 Л1.2 Л2.3	0	
Раздел 4. Периодонтит.							
4.1	Анатомо-физиологические особенности периодонта. /Пр/	8	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
4.2	Анатомо-физиологические особенности периодонта. /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
4.3	Периодонтит. Этиология. Патогенез. Классификация. /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
4.4	Периодонтит. Этиология. Патогенез. /Ср/	8	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
4.5	Очагово-обусловленные заболевания. Одонтогенный сепсис. /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э2	0	
4.6	Очагово-обусловленные заболевания. Одонтогенный сепсис. /Ср/	8	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
Раздел 5. Острые и хронические формы периодонтита.							
5.1	Острый серозный верхушечный периодонтит (первая фаза). Клиника. Дифференциальная диагностика. /Пр/	8	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
5.2	Острый серозный верхушечный периодонтит (первая фаза). /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
5.3	Острый гнойный периодонтит (вторая фаза). Клиника. Дифференциальная диагностика. /Пр/	8	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э2	0	

5.4	Острый гнойный периодонтит (вторая фаза). /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
5.5	Хронический фиброзный периодонтит. Клиника. Дифференциальная диагностика. /Пр/	8	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
5.6	Хронический фиброзный периодонтит. /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
5.7	Хронический гранулирующий периодонтит. Клиника. Дифференциальная диагностика. /Пр/	8	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э2	0	
5.8	Хронический гранулирующий периодонтит. /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.2 Л1.1 Л2.3 Л3.1	0	
5.9	Хронический гранулематозный периодонтит. Клиника. Дифференциальная диагностика. /Пр/	8	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
5.10	Хронический гранулематозный периодонтит. /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
	Раздел 6. Лечение острых и хронических форм периодонтита.						
6.1	Лечение острого инфекционного периодонтита. /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	история болезни
6.2	Лечение острого инфекционного периодонтита. /Ср/	8	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
6.3	Лечение острого медикаментозного (токсического) периодонтита. /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
6.4	Лечение острого медикаментозного (токсического) периодонтита. /Ср/	8	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
6.5	Методика инструментальной обработки корневых каналов. Медикаментозная обработка корневых каналов. Методы пломбирования корневых каналов. /Пр/	8	6	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1 Э2	2	работа в лечебном кабинете на эндоблоках
6.6	Методика инструментальной обработки корневых каналов. /Ср/	8	6	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
6.7	Лечение хронического верхушечного периодонтита однокорневого зуба. /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	история болезни
6.8	Медикаментозная обработка корневых каналов. /Ср/	8	4	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
6.9	Лечение хронического верхушечного периодонтита в многокорневых зубах. /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э2	0	история болезни
6.10	Методы obturation корневых каналов. /Ср/	8	6	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
6.11	Лечение хронического периодонтита в стадии обострения. /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1	0	
6.12	Физиотерапевтические методы лечения периодонтита. Показания (УВЧ, флюктуоризация, электрофорез). /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э2	0	
6.13	Консервативно-хирургические методы лечения периодонтита. /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э2	0	
6.14	Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита. /Пр/	8	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2	0	
6.15	/КрЭж/	8	0,5			0	
6.16	Экзамен. /Экзамен/	8	17,5		Л1.1 Л1.2 Л2.3	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ «ЗНАТЬ»:

1. Эндодонтия, как раздел терапевтической стоматологии (цель, задачи раздела «Эндодонтия»).
2. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие эндодонтии.
3. Этиологию пульпита.
4. Патогенез пульпита.
5. Классификацию пульпита (МКБ, Е.М. Гофунга, Е.Е. Платонова, ВОЗ).
6. Анатомия в эндодонтии. (Топографическая анатомия полости зуба. Общие принципы строения полости зуба).
7. Топография полостей и корневых каналов однокорневых зубов.
8. Типы строения корневых каналов в однокорневых зубах.
9. Понятие об анатомической, физиологической, рентгенологической верхушке зуба.
10. Топография полостей и корневых каналов многокорневых зубов.
11. Эндодонтический инструментарий. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO (механические характеристики).
12. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO (длина, размер).
13. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO (цветовое кодирование, конусность).
14. Никель-титановые эндодонтические инструменты (классификация, физико-механические свойства).
15. Клиническая классификация эндодонтических инструментов.
16. Эндоборы. Виды, функциональное предназначение.
17. Инструменты для определения длины корневого канала (диагностические).
18. Инструменты для удаления мягкого содержимого корневых каналов.
19. Инструменты для расширения устьев корневых каналов
20. Инструментарий для прохождения корневых каналов.
21. Инструментарий для расширения и выравнивания корневых каналов.
22. Инструменты для obturation корневых каналов.
23. Эндодонтические инструменты золотой середины. «Golden Medium»
24. Эндодонтические аксессуары (эндодонтические линейки, эндоблоки, Clean Stand, Flexobend, страховочные нити).
25. Апикально-коронарные методы Стандартная техника обработки корневого канала (инструментарий, последовательность его применения)
26. Апикально-коронарные методы «Step Back» техника (сущность метода, используемый инструментарий, методика проведения).
27. Коронарно-апикальные методы «Crown Down» техника (сущность, используемый инструментарий, методика проведения.)
28. Коронарно-апикальные методы «Step Down» техника (сущность, используемый инструментарий, методика проведения.)
29. Эндодонтические наконечники. Классификация.
30. Задачи инструментальной обработки корневого канала. Параметры правильно отпрепарированного корневого канала.
31. Принципы работы с ProTapers, преимущества и недостатки
32. Принцип работы с ProFiles, преимущества и недостатки
33. Эндомикроскопия. Виды эндомикроскопов, их оптические характеристики и функциональные возможности.
34. Вибрационные эндодонтические наконечники. (Звуковые и ультразвуковые приборы в структуре эндодонтического лечения). Техника работы.
35. Ошибки и осложнения при инструментальной обработке корневых каналов.
36. Материалы для временного пломбирования корневых каналов. Состав, свойства.
37. Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Состав, свойства.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ «УМЕТЬ»:

1. Обследовать пациента с острым очаговым пульпитом.
2. Обследовать пациента с острым диффузным пульпитом.
3. Обследовать пациента с хроническим фиброзным пульпитом.
4. Обследовать пациента с хроническим гипертрофическим пульпитом.
5. Обследовать пациента с хроническим гангренозным пульпитом.
6. Обследовать пациента с обострившимся хроническим фиброзным пульпитом.
7. Обследовать пациента с обострившимся хроническим гангренозным пульпитом.
8. Определять этиологические факторы, приводящие к развитию заболеваний пульпы.
9. Использовать для постановки диагноза дополнительные методы исследования.
10. Поставить диагноз.
11. Составить план лечения пациентов с заболеваниями пульпы
12. Выбирать метод эндодонтического лечения заболеваний пульпы.
13. Выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений при лечении заболеваний пульпы.
14. Интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
15. Выбирать оптимальный вариант консервативного лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждения их нежелательных побочных действий.
16. Определить эндодонтический доступ. Принципы раскрытия полостей зубов.

ДЕМОНСТРИРОВАТЬ СПОСОБНОСТЬ И ГОТОВНОСТЬ «ВЛАДЕТЬ»:

1. Методами обследования пациентов с заболеваниями пульпы.
2. Методами лечения воспаления пульпы с полным сохранением ее жизнеспособности (биологический метод).
3. Методами лечения воспаления пульпы с частичным сохранением ее жизнеспособности (витальная ампутация).
4. Хирургическими методами лечения пульпита (витальная экстирпация пульпы).
5. Методами лечения воспаления пульпы с применением девитализирующих средств (девитальная ампутация и девитальная экстирпация пульпы зуба).
6. Комбинированным методом лечения пульпита (техникой наложения девитализирующих паст, техникой приготовления резорцин-формалиновой смеси и пасты).
7. Методиками прохождения и расширения корневых каналов.
8. Трепанацией и раскрытием коронок резцов и клыков.
9. Трепанацией и раскрытием коронок премоляров и моляров.
10. Методами контроля качества предстерилизационной обработки инструментария.
11. Методами определения рабочей длины (тактильный, расчетный, метод красной точки)
12. Особенности определения длины корневого канала рентгенологическим методом.
13. Аппаратным методом определения длины корневого канала. Апекслокатор: виды, функциональные характеристики, принцип работы.
14. Основными этапами выполнения эндодонтических манипуляций.
15. Машинной техникой обработки корневых каналов.
16. Методиками пломбирования корневых каналов с помощью каналонаполнителя.
17. Методиками пломбирования корневых каналов с помощью гуттаперчевых штифтов.
18. Методиками пломбирования корневых каналов с помощью термафил.
19. Методиками пломбирования корневых каналов с помощью анкерных штифтов.
20. Методиками пломбирования корневых каналов (Vi-система).
21. Проведением повторного эндодонтического лечения.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы не предусмотрены.

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТЫ (Приложение №1)

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (Приложение №2)

РЕФЕРАТЫ и ПРЕЗЕНТАЦИИ

7 семестр

1. Исторические этапы развития эндодонтии. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие эндодонтии.
2. Апикальная констрикция
3. Особенности эндоанатомии полостей и корневых каналов постоянных зубов
4. Эндоборы. Классификация. Техника работы.
5. Агрессивный кончик эндодонтического инструмента. Особенности работы
6. Никель-титановые эндодонтические инструменты.
7. Эндодонтические инструменты золотой середины
8. Особенности обработки эндодонтического инструментария при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами.
9. Определение рабочей длины в зубах с периапикальной резорбцией
10. Особенности работы апекслокатора с пульпестером в корневых каналах со сложной эндоанатомией
11. Значение аксессуаров на этапах выполнения эндодонтических манипуляций
12. Апикально-коронарный метод инструментальной обработки корневых каналов. Метод сбалансированных сил. (Roape-method)
13. Коронарно-апикальный метод инструментальной обработки корневых каналов «Double Flared» (ручной способ)
14. Использование ультразвуковых аппаратов в структуре эндодонтического лечения.
15. Внутриротовая видеокамера.

8 семестр

1. Материалы для временного пломбирования корневых каналов.
2. Силеры. Физико-механические свойства. Преимущества и недостатки.
3. Гуттаперчевые штифты. Физико-механические свойства. Особенности применения.
4. Обтурация термопластифицированной гуттаперчей.
5. Современные методы контроля качества обтурации корневых каналов.
6. Корневая пломба на основе цинк-эвгенола. Физико-химические свойства. Показания к применению. Техника пломбирования корневых каналов.
7. Корневая пломба на основе гидроксида кальция. Физико-химические свойства. Показания к применению. Техника пломбирования корневых каналов.
8. Изменения тканей периодонта в возрастном аспекте.
9. Панорамная рентгенография.
10. Система Термафил.
11. Коффердам.
12. Визиография

13. Апексдент - материал для лечения деструктивных форм периодонтита.
 14. Пути устранения осложнений в процессе эндодонтического лечения периодонтитов.
 15. Применение лазерных технологий в эндодонтии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. Проведение метода сохранения жизнеспособности пульпы зуба (биологический метод).
2. Накладывание пасты для девитализации пульпы (мышьяковистая паста, состав, методика).
3. Определение рабочей длины корневого канала.
4. Раскрытие полостей всех групп зубов.
5. Топография всех групп зубов.
6. Пломбирование корневых каналов пастами.
7. Пломбирование корневых каналов метод латеральной конденсации.
8. Проведение инструментальной обработки корневых каналов (методы).
9. Проведение медикаментозной обработки корневых каналов (растворы).
10. Высушивание корневого канала с помощью ватных турунд.
11. Эндодонтический инструментарий по группам.
12. Временное пломбирование корневых каналов при периодонтитах.
13. Механическое и химическое расширение корневого канала (эндогель, состав, методика)
14. Техника приготовления резорцин формалиновой смеси (метод импрегнации).
15. Методы обследования при пульпитах и периодонтитах.
16. Запикальное лечение при периодонтитах.

ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

7 семестр

1. Острый очаговый пульпит
2. Острый диффузный пульпит
3. Хронический гангренозный пульпит
4. Хронический фиброзный пульпит

8 семестр

1. Острый периодонтит
2. Хронический гранулирующий периодонтит
3. Хронический гранулематозный периодонтит

5.4. Перечень видов оценочных средств

Ситуационные задачи
 Тесты
 Реферат
 Контрольная работа
 Презентация
 Практические навыки
 История болезни
 Шкалы оценивания по видам оценочных средств (Приложение №3)

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская, Л.Ю.Орехова.	Терапевтическая стоматология.	2003
Л1.2	Боровский Е.В.	Терапевтическая стоматология: учебник	М.: Медицинское информационное агентство 2004

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Л.Н.Максимовская, П.И.Рощина.	Лекарственные средства в стоматологии.: Эндодонтия	М.: Медицина 2000
Л2.2	Афанасьев В.В., Барер Г.М., Ибрагимов Т.И.	Стоматология. Запись и ведение истории болезни: Практическое руководство	М.: ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава 2006
Л2.3	Иванов В.С.	Практическая эндодонтия	1984

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	В.А. Кожокеева, К.Б. Куттубаева, С.М. Эргешов	Периодонтит: клиника, диагностика, лечение.: Учебное пособие	КРСУ 2015
Л3.2	В.А. Кожокеева, К.Б. Куттубаева, С.М. Эргешов	Пульпит: клиника, диагностика, лечение.: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Медицинская информационная сеть		www.medicinform.net/stomat/
Э2	Стоматологический портал		belodent.org
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования. Использование лечебных кабинетов для работы студентов.		
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся ситуационные задачи, мозговой штурм, ролевые игры, работа в малых группах, научно-практические конференции.		
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентами компьютерной техники и интернет - ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы студенты готовят рефераты и презентации.		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	- Российский Стоматологический Портал www.stom.ru - текущие события в России и за рубежом, научные статьи ведущих специалистов, обзор литературы.		
6.3.2.2	- StomatinFo www.web-4-u.ru/stomatinfo - электронные книги по стоматологии.		
6.3.2.3	- Стоматологический портал СТОМАТЛАЙФ stomatlife.ru - стоматологический портал Stomatlife представляет собой справочно-информационный ресурс по стоматологии и медицине.		
6.3.2.4	- E-Dent World.ru www.edentworld.ru - информация о периодических изданиях, событиях в стоматологическом мире в России и за рубежом, научные статьи по различным направлениям стоматологии.		
6.3.2.5	- Dental Site www.dentalsite.ru - профессионалам о стоматологии.		
6.3.2.6	- Сайт для студентов стоматологов stomstudent.ru/- сайт создан для студентов, учащихся на различных стоматологических факультетах вузов.		
6.3.2.7	- Стоматология на MedicInform.Net medicinform.net/stomat/ (Популярные статьи о стоматологии, материалы для специалистов. Ответы на вопросы).		
6.3.2.8	- Стоматолог.Ру www.stomatolog.ru - книги, журналы, газеты, оборудование, инструмент, английский язык, работа для стоматолога).		
6.3.2.9	- www.webmedinfo.ru/library/stomatologiya - на сайте представлены книги по стоматологии для бесплатного скачивания).		
6.3.2.10	- Дентал-ревю www.dental-revue.ru - информационный стоматологический сайт, статьи по разным разделам стоматологии, дискуссии.		
6.3.2.11	- StomatinFo www.web-4-u.ru/stomatinfo (Электронные книги по стоматологии скачать бесплатно. Сайт постоянно обновляется).		
6.3.2.12	- Все о стоматологии - информационный ресурс denta-info.ru - статьи о стоматологии, новых методиках лечения, оборудовании и материалах, советы стоматологов, стоматологический словарь - глоссарий.		
6.3.2.13	- Консультант студента www.studmedlib.ru- ЭБС - электронная библиотечная система		

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Для осуществления учебно-лечебного процесса используются учебные аудитории и лечебные кабинеты на базе КРСУ в Аламедине-1, оснащенные специальным оборудованием (стоматологические установки, фантомы, модели) и необходимыми материалами (инструментарий, медикаменты, пломбировочные материалы) для осуществления приема пациентов со стоматологической патологией. На кафедре имеются проекционные приборы (мультимедийные проекторы) для демонстраций видеофильмов и презентаций.
7.2	1. Модель зубов
7.3	2. Модель зубов в разрезе
7.4	3. Модель медиальный разрез головы

7.5	4. Модель нижняя челюсть взрослая
7.6	5. Модель патологии зубов
7.7	6. Модель развития зубов
7.8	7. Модель уход за зубами
7.9	8. Модель череп взрослого
7.10	9. Стоматологический манекен II типа
7.11	10. Челюсть для анестезии
7.12	11. Челюсть для лечения периодонтита
7.13	12. Челюсть стандартная 32 зуба
7.14	13. Стоматологические установки модель XP 330 SN 0119/ Dental
7.15	14. Компьютер acer модель AL 1702 W.
7.16	15. Ноутбук модель code: NP –N 100s/
7.17	16. Мультимед. установка acer X 1160Z
7.18	17. Апекслокаторы 2шт
7.19	18. Светодиодные лампы 4шт
7.20	19. Скейлеры UDS-K 0197.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Обучение складывается из аудиторных занятий и самостоятельной работы. Основное учебное время выделяется на практическую работу на фантоме и в клинике по приёму больных. Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение.

В соответствии с требованиями ФГОС ВПО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерные симуляции, деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций и т.д.).

В свете современной парадигмы практико – ориентированного образования модернизация учебного процесса требует использование новых педагогических технологий, активных методов обучения, которые позволят обучать студентов не сумме знаний, а способам мышления (теоретическому, диалектическому, логическому анализу, синтезу, системному подходу), развивать творческие способности (умение применять усвоенные знания в любых ситуациях, включая и самостоятельную постановку задачи, а также поиск новых способов решения задач), повышать профессиональное мастерство (свободное осуществление требуемой деятельности в стандартных и нестандартных ситуациях).

Для освоения дисциплины отдается предпочтение методам активного обучения, позволяющих организовать непосредственное вовлечение студентов в активную учебно-познавательную деятельность по ходу учебного процесса. Следует выделить следующие уровни усвоения учебной информации дисциплины «Эндодонтия» - от простого знакомства с информацией до ее творческого использования в решении профессиональных проблем:

- Ознакомление с учебной информацией (прослушивание лекций, изучение материальных объектов (фантомов, инструментов, стоматологических материалов), тестовых источников информации (учебников, учебных пособий и др.).
- Выполнение умственных действий (решение задач познавательных, логических, ситуационных клинических, выполнение тестовых заданий).

- Выполнение мануальных действий (на фантомах, моделях, непосредственная работа с пациентами).

- Учебные игры (ситуационно-ролевые).

Учебно-исследовательская работа (реферирование источников информации, планирование и проведение исследования на практических занятиях, написание истории болезни).

Работа студента в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Самостоятельная работа с литературой, написание историй болезни и рефератов, прием пациентов формируют способность анализировать медицинские и социальные проблемы, умение использовать на практике медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Различные виды учебной работы, включая самостоятельную работу студента, способствуют овладению культурой мышления, способностью в письменной и устной речи логически правильно оформить его результаты; готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, восприятию инноваций; формируют способность и готовность к самосовершенствованию, самореализации, личностной и предметной рефлексии.

Различные виды учебной деятельности формируют способность в условиях развития науки и практики к переоценке накопленного опыта, анализу своих возможностей, умение приобретать новые знания, использовать различные формы обучения, информационно-образовательные технологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ПРИМЕР: Задача

Больной А., 50 лет, жалуется на длительные ноющие боли в зубе на верхней челюсти справа, которые возникают при перемене температуры окружающей среды и во время приема пищи. При обследовании в пришеечной области 1.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Электровозбудимость пульпы - 50 мкА.

1. Перечислите заболевания, наиболее вероятные при данной симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Подтвердите диагноз данными из условий задачи.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каковы особенности эндодонтического лечения 1.6 зуба при данном расположении кариозной полости?

Эталон ответа к задаче

1. Хронический фиброзный пульпит, хронический гангренозный пульпит, глубокий кариес.
2. Хронический фиброзный пульпит
3. Характерные жалобы, ЭОД, болезненное зондирование дна кариозной полости
4. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация, девитальная ампутация, девитально-комбинированный метод
5. Для проведения эндодонтического лечения необходимо создать доступ со стороны жевательной поверхности. 1.6 зуб имеет сложное строение корневых каналов – часто встречается 4 корневых канала: небный, щечно-дистальный, два щечно-медиальных.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ в Microsoft PowerPoint Презентация дает возможность наглядно представить инновационные идеи, разработки и планы, согласно заданной теме. Учебная презентация представляет собой результат самостоятельной работы студентов, с помощью которой они наглядно демонстрируют материалы публичного выступления перед аудиторией. Компьютерная презентация – это файл с необходимыми материалами, который состоит из последовательности слайдов. Каждый слайд содержит законченную по смыслу информацию, так как она не переносится на следующий слайд автоматически в отличие от текстового документа. Одной из основных программ для создания презентаций в мировой практике является программа PowerPoint компании Microsoft. Структура презентации: Удерживать активное внимание слушателей можно не более 15 минут, а, следовательно, при среднем расчете времени просмотра – 1 минута на слайд, количество слайдов не должно превышать 15-ти. Первый слайд презентации должен содержать тему работы, фамилию, имя и отчество исполнителя, номер учебной группы, а также фамилию, имя, отчество, должность и ученую степень преподавателя. На втором слайде целесообразно представить цель и краткое содержание презентации. Последующие слайды необходимо разбить на разделы согласно пунктам плана работы. На заключительный слайд выносятся самое основное, главное из содержания презентации. Рекомендации по оформлению презентаций в Microsoft Power Point: Для визуального восприятия текст на слайдах презентации должен быть не менее 18 пт, а для заголовков – не менее 24 пт. Макет презентации должен быть оформлен в строгой цветовой гамме. Фон не должен быть слишком ярким или пестрым. Текст должен хорошо читаться. Одни и те же элементы на разных слайдах должны быть одного цвета. Пространство слайда (экрана) должно быть максимально использовано, за счет, например, увеличения масштаба рисунка. Кроме того, по возможности необходимо занимать верхние $\frac{3}{4}$ площади слайда (экрана), поскольку нижняя часть экрана плохо просматривается с последних рядов. Каждый слайд должен содержать заголовок. В конце заголовков точка не ставится. В заголовках должен быть отражен вывод из представленной на слайде информации. Оформление заголовков заглавными буквами можно использовать только в случае их краткости. На слайде следует помещать не более 5-6 строк и не более 5-7 слов в предложении. Текст на слайдах должен хорошо читаться. При добавлении рисунков, схем, диаграмм, снимков экрана (скриншотов) необходимо проверить текст этих элементов на наличие ошибок. Нельзя перегружать слайды анимационными эффектами – это отвлекает слушателей от смыслового содержания слайда. Для смены слайдов используйте один и тот же анимационный эффект.

РЕФЕРАТ Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с интересами студента и должна соответствовать приведенному примерному перечню.
 2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников (монографии, статьи).
 3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
 4. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.
 5. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы
 6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их.
 7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
 8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том . № . Страницы от ___ до _____. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от ___ до ____.
- Примерное содержание работы: Наименование: Объем: 13-15 стр.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Выполняется в форме письменного ответа на вопрос задания, тестовый контроль, решения ситуационной задачи соответственно тематическому плану практических занятий. Содержание ответов по эндодонтии должно акцентироваться на знаниях строения пульпы и периодонта, классификаций пульпита и периодонтита, этиологии, патогенеза, методов обследования больных с заболеваниями пульпы и периодонта, клиники, диф. диагностики, лечения и профилактики этих

заболеваний. Целью контрольной работы является определения качества усвоения материала. При подготовке студентов к контрольной работе необходимо использовать лекционный материал и учебники, указанные в основном списке литературы рабочей программы дисциплины.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Студенты изучают методы обследования и лечения больных с заболеваниями пульпы и периодонта, отрабатывают практические навыки в группе, работают с больными в лечебных кабинетах под руководством педагога. Для работы рекомендовано использовать методические рекомендации к практическому занятию, плакаты, таблицы, методические разработки кафедры. Техническое оснащение: на кафедре имеются стоматологический инструментарий, медикаменты. Заключительным этапом работы является оформление истории болезни.

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- Общие сведения
- Данные расспроса больного
- Анамнез заболевания
- Общее состояние больного
- Общий осмотр полости рта
- Осмотр преддверия полости рта
- Исследование собственно полости рта
- Осмотр зубных рядов
- Объективное обследование зуба
- Дополнительные методы исследования
- Дифференциальный диагноз
- Окончательный диагноз
- Этиология и патогенез заболевания
- Выбор методы лечения и его обоснование
- Этапы лечения
- Дневник
- Прогноз
- Эпикриз
- Список использованной литературы

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ: прием мануальных навыков, устный опрос и решение ситуационных задач.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ и ЭКЗАМЕНУ: При подготовке студентов к зачету и экзамену следует обратить внимание на следующие учебники:

1. Терапевтическая стоматология: Учебник. Под редакцией проф. Е.В.Боровского. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2011. - 798с.
2. Терапевтическая стоматология: национальное руководство /под редакцией проф. Л.А. Дмитриевой, проф. Ю.М. Максимова. М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2009. - 912с.
3. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. - Санкт-Петербург, 2001
4. Лекционный материал, а также издания выпускаемые кафедрой.

ТЕСТЫ

1. Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий:
 - 1) технику препарирования кариозных полостей
 - 2) внутреннее строение полости зуба и манипуляции в ней
 - 3) технику пломбирования кариозных полостей
 - 4) манипуляции на тканях пародонта
 - 5) лечение кариеса
2. Для определения качества раскрытия полости зуба врач использует стоматологические инструменты:
 - 1) пинцет, зеркало
 - 2) гладилку, пинцет
 - 3) зеркало, зонд
 - 4) штопфер, зонд
 - 5) штопфер, пинцет
3. Раскрытие полости зуба в премолярах верхней челюсти проводится бором в направлении:
 - 1) передне-заднем
 - 2) по оси зуба
 - 3) щечно-небном
 - 4) щечно-заднем
 - 5) передне-щечном
4. Раскрытие полости зуба в молярах нижней челюсти проводится бором в направлении:
 - 1) щечно-язычном
 - 2) по оси зуба
 - 3) передне-заднем
 - 4) задне-язычном
 - 5) задне-щечном
5. Антидотом мышьяковистой кислоты являются:
 - 1) препараты йода
 - 2) метронидазол (трихопол)
 - 3) препараты брома
 - 4) облепиховое масло
 - 5) витамин А
6. После наложения мышьяковистой пасты кариозную полость закрывают:
 - 1) дентин-пастой
 - 2) цинкоксидаэвгеноловой пастой
 - 3) фосфат-цементом
 - 4) искусственным дентином (водным)
 - 5) воском
7. Каналонаполнитель предназначен для:
 - 1) удаления пульпы
 - 2) определения глубины корневого канала
 - 3) пломбирования каналов
 - 4) распломбирования каналов
 - 5) расширения каналов
8. Вскрытие полости зуба проводят:
 - 1) финиром
 - 2) карборундовой головкой
 - 3) фиссурным бором
 - 4) шаровидным бором № 1
 - 5) диском
9. Для некротизации пульпы достаточно мышьяковистой пасты (г):
 - 1) 0,0008
 - 2) 0,001
 - 3) 0,01
 - 4) 0,1
 - 5) 1,0
10. Мышьяковистая паста классической прописи в 3.7 зуб накладывается на время:
 - 1) 24 часа
 - 2) 48 часов
 - 3) 3 суток
 - 4) 5-6 суток

- 5) 7 суток
11. Для удаления коронковой части (ампутации) пульпы используют инструменты:
 - 1) штопфер
 - 2) экскаватор
 - 3) зонд
 - 4) колесовидный бор
 - 5) зеркало
12. Для удаления корневой части (экстирпации) пульпы в хорошо проходимых корневых каналах используют инструменты:
 - 1) пульпоэкстрактор
 - 2) иглу Миллера
 - 3) К-файл
 - 4) гуттаконденсор
 - 5) спредер
13. Удаление инфицированного предентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:
 - 1) корневой иглой
 - 2) пульпоэкстрактором
 - 3) К-файлом
 - 4) каналонаполнителем
 - 5) экскаватором
14. При пломбировании корневого канала используют инструмент:
 - 1) Н-файл
 - 2) спредер
 - 3) развертку
 - 4) пульпоэкстрактор
 - 5) штифт
15. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:
 - 1) плагер
 - 2) экскаватор
 - 3) спредер
 - 4) корневую иглу
 - 5) файлы
16. Для высушивания корневого канала применяется:
 - 1) пистолет универсальной установки
 - 2) бумажные штифты
 - 3) спирт
 - 4) эфир
 - 5) перекись водорода
17. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:
 - 1) спирт
 - 2) гипохлорит натрия
 - 3) эфир
 - 4) аскорбиновую кислоту
 - 5) фосфорную кислоту
18. Для импрегнационного метода используют раствор:
 - 1) камфора-фенола
 - 2) резорцин-формалина
 - 3) фенол-формалина
 - 4) «царскую водку»
 - 5) гипохлорит натрия
19. Для девитализации пульпы используют:
 - 1) мышьяковистую пасту
 - 2) резорцин-формалиновую смесь
 - 3) камфора-фенол
 - 4) гипохлорит натрия
 - 5) унитиол
20. Для химического расширения корневого канала используют медикаментозные препараты:
 - 1) ЭДТА
 - 2) глюконат кальция
 - 3) марганцово-кислый калий
 - 4) формалин
 - 5) йодиол
21. При проведении метода девитальной экстирпации пульпы в первое посещение проводят:

- 1) раскрытие полости зуба
 - 2) промывание каналов
 - 3) наложение мышьяковистой пасты
 - 4) инструментальную обработку каналов
 - 5) пломбирование каналов
22. Для пломбирования корневого канала однокорневого зуба используют:
- 1) резорцин-формалиновую пасту
 - 2) силикатный цемент
 - 3) жидкотекучий композит
 - 4) гуттаперчевые штифты
 - 5) форфенан
23. Гуттаперчевые штифты вводят в корневой канал для:
- 1) абсорбции влаги
 - 2) дезинфекции канала
 - 3) пломбирования
 - 4) оттока экссудата
 - 5) расширения
24. Вскрытие полости зуба означает:
- 1) удаление свода полости зуба
 - 2) удаление нависающих краев эмали
 - 3) создание сообщения с полостью зуба
 - 4) перфорацию дна полости зуба
 - 5) удаление пульпы
25. Для медикаментозной обработки корневого канала противопоказано применение:
- 1) раствора ЭДТА
 - 2) гипохлорита натрия
 - 3) перекиси водорода
 - 4) соляной кислоты
 - 5) хлоргексидина
26. Для прохождения корневого канала по длине применяют:
- 1) К-ример
 - 2) К-файл
 - 3) Н-файл
 - 4) пульпоэкстрактор
 - 5) каналонаполнитель
27. Для расширения корневого канала по диаметру применяют:
- 1) корневую иглу
 - 2) пульпоэкстрактор
 - 3) К-ример
 - 4) К-файл, Н-файл
 - 5) каналонаполнитель
28. Длина пульпоэкстрактора для фронтальных зубов верхней челюсти равна (мм):
- 1) 22
 - 2) 36
 - 3) 41
 - 4) 44
 - 5) 46
29. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются инструменты:
- 1) пульпоэкстракторы
 - 2) Н-файлы
 - 3) спредеры
 - 4) плагеры
 - 5) К-файлы
30. При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется:
- 1) резорцин-формалиновая паста
 - 2) паста на основе смол
 - 3) серебряные штифты
 - 4) стекловолоконные штифты
 - 5) анкерные штифты
31. Элементом коронковой полости зуба является:
- 1) канал
 - 2) свод

- 3) края
 - 4) углы
 - 5) физиологическое сужение
32. Частью корневого канала является:
- 1) свод
 - 2) анатомическое отверстие
 - 3) дно
 - 4) рентгенологическая верхушка
 - 5) края
33. Вскрытие полости зуба проводят:
- 1) бором
 - 2) шпателем
 - 3) пинцетом
 - 4) штопфером
 - 5) экскаватором
34. Полость зуба раскрывают бором:
- 1) колесовидным
 - 2) грушевидным
 - 3) батт-бором
 - 4) обратноконусовидным
 - 5) торпедовидным
35. Ампутацию пульпы проводят:
- 1) зондом
 - 2) экскаватором
 - 3) гладилкой
 - 4) корневой иглой
 - 5) пинцетом
36. Экстирпацию пульпы проводят: -
- 1) экскаватором
 - 2) пульпоэкстрактором
 - 3) каналонаполнителем
 - 4) спредером
 - 5) плагером
37. Глубокую кариозную полость обрабатывают:
- 1) 3% перекисью водорода
 - 2) физиологическим раствором
 - 3) 70% этиловым спиртом
 - 4) 18%ЭДТА
 - 5) 1,0% перманганатом калия
38. Для антисептической обработки корневого канала применяется:
- 1) малеиновая кислота
 - 2) дистиллированная вода
 - 3) 37% фосфорная кислота
 - 4) 3% гипохлорит натрия
 - 5) азотная кислота
39. В верхних молярах количество корней:
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
 - 5) 5
40. В нижних молярах количество каналов:
- 1) 1,2
 - 2) 2,3
 - 3) 3, 4
 - 4) 4
 - 5) 5
41. В верхних молярах количество каналов:
- 1) 1,2
 - 2) 2,3
 - 3) 3,4
 - 4) 4,5
 - 5) 1,4

42. В нижних молярах количество корней:
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
 - 5) 5
43. На верхней челюсти два корня имеют:
- 1) резцы
 - 2) клыки
 - 3) первые премоляры
 - 4) вторые премоляры
 - 5) моляры
44. На верхней челюсти три корня имеют:
- 1) резцы
 - 2) клыки
 - 3) первые премоляры
 - 4) вторые премоляры
 - 5) моляры
45. Вскрытие полости зуба интактных моляров верхней челюсти производят в области:
- 1) передней фиссуры
 - 2) задней фиссуры
 - 3) щечного бугра
 - 4) небного бугра
 - 5) валика
46. Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий топографию и манипуляции в полости:
- 1) зуба
 - 2) кариозной
 - 3) рта
 - 4) носа
 - 5) глаза
47. Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:
- 1) рентгенографии
 - 2) субъективных ощущений
 - 3) термодиагностики
 - 4) электроодонтодиагностики
 - 5) ультразвуковым
48. Девитализирующим действием обладает:
- 1) цинкэвгеноловая паста
 - 2) параформальдегидная паста
 - 3) резорцин-формалиновая жидкость
 - 4) крезофен
 - 5) камфора-фенол
49. Один корень и два канала могут иметь зуб:
- 1) 3.2, 4.2
 - 2) 3.7, 4.7
 - 3) 1.1, 2.1
 - 4) 2.6, 3.6
 - 5) 2.1, 2.2
50. Два корня и два канала имеют зубы:
- 1) 1.2 и 2.2
 - 2) 3.2 и 4.2
 - 3) 1.4 и 2.4
 - 4) 3.4 и 4.4
 - 5) 1.6 и 2.6
51. Два корня и три канала имеют зубы:
- 1) 1.4 и 2.4
 - 2) 3.4 и 4.4
 - 3) 1.5 и 2.5
 - 4) 3.7 и 4.7
 - 5) 4.3 и 5.3
52. Вскрытие полости зуба интактных центральных резцов производят с оральной поверхности на уровне:
- 1) режущего края
 - 2) верхней трети коронки

- 3) средней трети коронки
 - 4) нижней трети коронки
 - 5) шейки зуба
53. Вскрытие полости зуба интактных премоляров верхней челюсти производят:
- 1) в середине продольной фиссуры
 - 2) в области щечного бугра
 - 3) в области небного бугра
 - 4) в пришеечной области
 - 5) с вестибулярной стороны
54. Вскрытие полости зуба интактного первого премоляра нижней челюсти производят в области:
- 1) валика
 - 2) фиссуры впереди валика
 - 3) фиссуры позади валика
 - 4) щечного бугра
 - 5) язычного бугра
55. Вскрытие полости зуба интактного второго премоляра нижней челюсти производят в области:
- 1) середины продольной фиссуры
 - 2) щечного бугра
 - 3) язычного бугра
 - 4) задней трети продольной фиссуры
 - 5) передней трети продольной фиссуры
56. Вскрытие полости зуба интактных нижних моляров производят в области:
- 1) передней трети фиссуры
 - 2) середины фиссуры
 - 3) задней трети фиссуры
 - 4) переднего щечного бугра
 - 5) заднего щечного бугра
57. При промывании корневого канала из шприца эндодонтическая игла продвигается:
- 1) в устье
 - 2) на 1/3 его длины
 - 3) в среднюю треть длины
 - 4) к апикальному отверстию
 - 5) за апикальное отверстие
58. Пульпоэкстрактор применяется для:
- 1) удаления свода полости зуба
 - 2) удаления пульпы из канала
 - 3) удаления прединтона
 - 4) создания апикального упора
 - 5) расширения канала
59. Для высушивания корневого канала применяется:
- 1) абсорбер, ватная турунда
 - 2) шприц
 - 3) пустер
 - 4) ватная турунда, пустер
 - 5) шприц, ватная турунда
60. Символом К-римера является:
- 1) треугольник
 - 2) квадрат
 - 3) ромб
 - 4) круг
 - 5) трапеция
61. Символом К-файла является:
- 1) треугольник
 - 2) квадрат
 - 3) ромб
 - 4) круг
 - 5) трапеция
62. Для снижения риска перфорации искривленного канала необходимо:
- 1) изогнуть К-ример по кривизне канала
 - 2) применить вращающиеся инструменты
 - 3) отказаться от обработки канала
 - 4) применить препарат ЭДТА
 - 5) запломбировать канал
63. Критерием полного удаления пульпы из корневого канала является:

- 1) наличие целого тяжа на пульпоэкстракторе
 - 2) кровотечение из канала
 - 3) безболезненная перкуссия
 - 4) болезненное зондирование
 - 5) проведение ЭОД
64. Современным способом пломбирования корневых каналов является:
- 1) метод латеральной конденсации гуттаперчи
 - 2) применение одной пасты
 - 3) применение фосфат-цемента
 - 4) применение серебряного штифта
 - 5) применение гуттаперчи без силера
65. Показанием к проведению импрегнационных методов являются:
- 1) хорошо проходимые каналы
 - 2) каналы в стадии резорбции верхушечной части
 - 3) плохопроходимые и облитерированные каналы
 - 4) каналы однокорневых зубов
 - 5) воспаление в периодонте
66. Первым этапом при инструментальном расширении корневого канала является:
- 1) антисептическая обработка
 - 2) расширение апикального отверстия
 - 3) определение длины корневого канала
 - 4) расширение устьев корневого канала
 - 5) применение Н-файлов
67. Количество и название корневых каналов у первых верхних моляров:
- 1) 2- щечный, небный
 - 2) 3 - небный, передне-щечный, задне-щечный
 - 3) 3- задний, передне-язычный, передне-щечный
 - 4) 3 - небный, передне-язычный, задне-язычный
 - 5) 5 - передней, задне-щечный, небный
68. При лечении пульпита методом девитальной экстирпации в первое посещение проводят:
- 1) раскрытие полости зуба
 - 2) удаление коронковой пульпы
 - 3) удаление корневой пульпы
 - 4) вскрытие полости зуба
 - 5) полное эндодонтическое лечение
69. Устья каналов определяют:
- 1) пародонтальным зондом
 - 2) экскаватором
 - 3) шаровидным бором
 - 4) эндодонтическим зондом
 - 5) скалером
70. Рабочая длина корневого канала определяется:
- 1) по субъективным ощущениям врача
 - 2) по ощущениям пациента
 - 3) ортопантограммой
 - 4) рентгенограммой с иглой
 - 5) ЭОД
71. Препараты на основе ЭДТА преимущественно действуют в среде:
- 1) кислой
 - 2) щелочной
 - 3) нейтральной
 - 4) с гипохлоритом натрия
 - 5) соленой
72. Преимуществом пломбирования корневого канала с применением системы «Термафил» является:
- 1) короткий период пластичности
 - 2) трехмерная obturation канала
 - 3) болевые ощущения >
 - 4) выведение материала за верхушку
 - 5) травма периодонта
73. Ошибкой в эндодонтии на этапах диагностики является:
- 1) неправильная интерпретация рентгенограмм
 - 2) недостаточная герметизация девитализирующей пасты
 - 3) смещение мышьяковистой пасты при наложении повязки

- 4) закрытие мышьяковистой пасты масляным дентином
 - 5) перфорация
74. Осложнением при эндодонтическом лечении является:
- 1) отлом инструмента в канале
 - 2) создание апикального упора
 - 3) пломбирование корневого канала до физиологического отверстия
 - 4) создание конусности канала
 - 5) расширение канала
75. Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является:
- 1) вскрытие полости зуба
 - 2) наложение лечебной прокладки
 - 3) полное, удаление некротизированного дентина
 - 4) раскрытие кариозной полости
 - 5) формирование кариозной полости
76. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:
- 1) наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба
 - 2) закрытие кариозной полости искусственным дентином
 - 3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба
 - 4) адекватное обезболивание
 - 5) проведение некроэктомии
77. Метод полного сохранения жизнеспособности пульпы - это:
- 1) витальная экстирпация
 - 2) витальная ампутация
 - 3) биологический метод
 - 4) девитальная экстирпация
 - 5) девитальная ампутация
78. Метод частичного сохранения пульпы в корневых каналах - это:
- 1) девитальная экстирпация
 - 2) девитальная ампутация
 - 3) витальная ампутация
 - 4) витальная экстирпация
 - 5) биологический метод
79. При лечении пульпита биологическим методом проводится:
- 1) удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией
 - 2) удаление коронковой пульпы под анестезией
 - 3) сохранение всей пульпы
 - 4) девитализация пульпы
 - 5) девитальная ампутация пульпы
80. Ретроградное пломбирование канала зуба проводят:
- 1) пластичными нетвердеющими пастами
 - 2) резорцин-формалиновой пастой
 - 3) цинк-эвгеноловой пастой
 - 4) стеклоиономерным цементом
 - 5) масляным дентином
81. Частота обращаемости больных с пульпитом:
- 1) 15-25%
 - 2) 28-30%
 - 3) 38-40%
 - 4) 48-50%
 - 5) 60-70%
82. Длительность болевого приступа при остром очаговом пульпите не более:
- 1) 1 часа
 - 2) 2-х часов
 - 3) 3-х часов
 - 4) 4-х часов
 - 5) 5-ти часов
83. При остром очаговом пульпите зондирование кариозной полости наиболее болезненно в области:
- 1) всего дна кариозной полости
 - 2) проекции одного из рогов пульпы
 - 3) эмалево-дентинного соединения
 - 4) пришеечной

- 5) эмали
84. Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА):
- 1) 2-6
 - 2) 10-12
 - 3) 15-25
 - 4) 30-60
 - 5) выше 100
85. Для диффузного пульпита характерна боль:
- 1) постоянная
 - 2) ночная
 - 3) локализованная
 - 4) дневная
 - 5) ноющая
86. Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва является симптомом пульпита:
- 1) острого очагового
 - 2) острого диффузного
 - 3) хронического фиброзного (ремиссия)
 - 4) хронического гипертрофического (ремиссия)
 - 5) хронического гангренозного (ремиссия)
87. Клиника хронического фиброзного пульпита отличается от клиники острого очагового пульпита:
- 1) болью от холодного раздражителя
 - 2) болью от горячего раздражителя
 - 3) болью от механического раздражителя
 - 4) длительностью течения
 - 5) отсутствием клинических проявлений
88. Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:
- 1) среднего кариеса
 - 2) глубокого кариеса
 - 3) хронического фиброзного пульпита
 - 4) хронического фиброзного периодонтита
 - 5) гипоплазии
89. Приступы самопроизвольной боли возникают при:
- 1) среднем кариесе
 - 2) остром пульпите
 - 3) хроническом пульпите Г
 - 4) остром периодонтите
 - 5) глубоком кариесе
90. Основная функция одонтобластов:
- 1) образование межклеточного вещества
 - 2) защитная функция
 - 3) образование коллагеновых волокон
 - 4) образование дентина
 - 5) резорбция дентина
91. Специфической структурной особенностью пульпы зуба является:
- 1) наличие коллагеновых волокон
 - 2) наличие аргирофильных волокон
 - 3) отсутствие эластических волокон
 - 4) наличие клеточных слоев
 - 5) наличие межклеточного вещества
92. Процессы, характеризующие старение пульпы:
- 1) увеличение размера полости зуба
 - 2) снижение синтетической, энергетической и функциональной активности клеток
 - 3) увеличение количества коллагеновых волокон
 - 4) увеличение плотности кровеносных сосудов и нервов
 - 5) увеличение количества клеточных элементов
93. Воспаление пульпы в течение 48 часов после альтерации имеет характер:
- 1) острого диффузного пульпита
 - 2) острого очагового пульпита
 - 3) обострения хронического фиброзного пульпита
 - 4) обострения хронического гангренозного пульпита
 - 5) обострения хронического гипертрофического пульпита
94. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:
- 1) изменением атмосферного давления

- 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
 - 3) понижением гидростатического давления в полости зуба
 - 4) уменьшением количества vasoактивных веществ
 - 5) повышением температуры тела
95. Расстояние между физиологическим и анатомическим отверстиями:
- 1) 0,1-0,5 мм
 - 2) 0,5-1,0 мм
 - 3) 1,0-1,5 мм
 - 4) 1,5-2,0 мм
 - 5) 2,0-2,5 мм
96. Содержание воды в пульпите:
- 1) 60%
 - 2) 85%
 - 3) 90%
 - 4) 95%
 - 5) 100%
97. В структуре пульпы отсутствуют:
- 1) одонтобласты
 - 2) фибробласты
 - 3) эластические волокна
 - 4) коллагеновые волокна
 - 5) звездчатые клетки
98. Количество морфологических зон в пульпите:
- 1) 2
 - 2) 3
 - 3) 4
 - 4) 5
 - 5) 6
99. Периферическая зона пульпы образована клетками:
- 1) фибробластами
 - 2) остеобластами
 - 3) одонтобластами
 - 4) цементобластами
 - 5) пульпоцитами
100. Субодонтобластическая зона пульпы содержит:
- 1) одонтобласты
 - 2) фибробласты
 - 3) пульпоциты звездчатой формы
 - 4) цементобласты
 - 5) остеобласты
101. Большое количество нервных рецепторов пульпы в виде сплетений расположено в:
- 1) центральной зоне
 - 2) периферической зоне
 - 3) субодонтобластической зоне
 - 4) в пульпопериодонтальной зоне
 - 5) по эмалево-дентинному соединению
102. Коронковая пульпа содержит одонтобластов (максимально):
- 1) 2 слоя
 - 2) 3 слоя
 - 3) 4 слоя
 - 4) 5 слоев
 - 5) 6 слоев
103. В корневой пульпе одонтобласты формируют:
- 1) 2 слоя
 - 2) 3 слоя
 - 3) 4 слоя
 - 4) 5 слоев
 - 5) 6 слоев
104. Сохранение жизнеспособности пульпы возможно при:
- 1) острым очаговом пульпите
 - 2) острым диффузном пульпите
 - 3) хроническом фиброзном пульпите
 - 4) хроническом гипертрофическом пульпите

- 5) обострении хронического пульпита
105. Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию:
- 1) третичного дентина 2) клеточного цемента
 - 2) неклеточного цемента
 - 3) первичного дентина.
 - 4) вторичного дентина
106. Удаление пульпы (витальное, девитальное) показано при:
- 1) острых формах пульпита
 - 2) хроническом фиброзном пульпите
 - 3) хроническом гангренозном пульпите
 - 4) всех формах пульпита
 - 5) обострении хронического пульпита
107. Хронический гипертрофический пульпит является следствием:
- 1) глубокого кариеса
 - 2) острого очагового пульпита
 - 3) острого диффузного пульпита
 - 4) хронического фиброзного пульпита (длительное течение)
 - 5) хронического гангренозного пульпита
108. Хронический гипертрофический пульпит встречается чаще у лиц:
- 1) до 30 лет
 - 2) до 40 лет
 - 3) до 50 лет
 - 4) в пожилом возрасте
 - 5) в старческом возрасте
109. Болезненное зондирование дна кариозной полости, точечное вскрытие полости зуба характерно для пульпита:
- 1) острого очагового
 - 2) острого диффузного
 - 3) хронического фиброзного
 - 4) хронического гипертрофического
 - 5) хронического гангренозного
110. Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование коронковой части пульпы практически безболезненно является симптомом пульпита:
- 1) острого диффузного
 - 2) хронического фиброзного
 - 3) хронического гипертрофического
 - 4) хронического гангренозного
 - 5) острого очагового пульпита
111. Слабоболезненное зондирование широко вскрытой полости зуба, появление кровоточивости при зондировании является симптомом пульпита:
- 1) острого диффузного
 - 2) хронического фиброзного
 - 3) хронического гипертрофического
 - 4) хронического гангренозного
 - 5) обострения хронического пульпита
112. Для обострения хронического пульпита характерна:
- 1) приступообразная боль от всех видов раздражителей, сохраняющаяся после их устранения
 - 2) ноющая боль от различных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющиеся после устранения действия, боль от перемены температур
 - 3) боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи
 - 4) приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом
 - 5) приступообразная, ночная, самопроизвольная боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва
113. Проведение биологического метода возможно:
- 1) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
 - 2) при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
 - 3) при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
 - 4) при случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
 - 5) при хроническом фиброзном пульпите в стадии обострения
114. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:
- 1) по артериолам (гематогенное инфицирование)
 - 2) по дентинным каналам из кариозной полости

- 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана
- 4) по лимфатическим сосудам
- 5) травматические повреждения пульпы

115. В этиологии пульпита основную роль играют:

- 1) фузобактерии
- 2) спирохеты
- 3) гемолитические и негемолитические стрептококки
- 4) лактобактерии
- 5) простейшие

116. Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:

- 1) под анестезией
- 2) после ее некротизации
- 3) после применения антибиотиков
- 4) после применения препаратов йода
- 5) под наркозом

117. Мышьяковистая паста (быстродействующая) для некротизации пульпы в молярах должна быть наложена на:

- 1) 3 часа
- 2) 24 часа
- 3) 48 часов
- 4) 72 часа
- 5) неделю

118. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:

- 1) некроз ткани пульпы
- 2) фиброзное перерождение пульпы
- 3) значительное разрастание грануляционной ткани
- 4) уменьшение количества волокнистых элементов
- 5) увеличение количества клеточных элементов

119. Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен:

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) периодическим шунтированием кровотока по артериоловеноулярным анастомозам
- 4) увеличением количества вазоактивных веществ
- 5) снижением гидростатического давления в полости зуба

120. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) изменением атмосферного давления
- 3) понижением гидростатического давления в полости зуба
- 4) повышением температуры тела

121. Создание дренажа между кариозной полостью и полостью зуба способствует переходу острого очагового пульпита в:

- 1) хронический фиброзный
- 2) острый диффузный
- 3) хронический гипертрофический
- 4) хронический гангренозный
- 5) острый периодонтит

122. Самопроизвольная боль, боль от всех видов раздражителей, ночная приступообразная от 10 до 30 минут:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) хронический фиброзный пульпит
- 4) хронический гангренозный пульпит
- 5) хронический гипертрофический пульпит

123. Приступообразная, интенсивная ночная боль с короткими светлыми промежутками, с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) острый периодонтит
- 4) обострение хронического пульпита
- 5) хронический гипертрофический пульпит

124. Ноющая боль, дискомфорт от температурных раздражителей, ноющая боль при смене температур:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит

- 3) хронический фиброзный пульпит
 - 4) хронический гангренозный пульпит
 - 5) хронический гипертрофический пульпит
125. Боль от различных раздражителей (главным образом от горячего):
- 1) острый очаговый пульпит
 - 2) острый диффузный пульпит
 - 3) хронический фиброзный пульпит
 - 4) хронический гангренозный пульпит
 - 5) хронический гипертрофический пульпит
126. Проведение биологического метода возможно при:
- 1) случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 57 лет
 - 2) остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 17 лет
 - 3) хроническом фиброзном пульпите многокорневого зуба с кариозной полостью в пришеечной области
 - 4) случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
 - 5) обострении хронического фиброзного пульпита у пациента 18 лет
127. Метод витальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:
- 1) под анестезией
 - 2) без анестезии
 - 3) после ее девитализации препаратами мышьяка
 - 4) после применения антибиотиков
 - 5) после ее девитализации параформальдегидной пастой
128. Мышьяковистая (быстродействующая) паста для некротизации пульпы в однокорневых зубах накладывается на:
- 1) 3 часа
 - 2) 24 часа
 - 3) 48 часов
 - 4) 72 часа
 - 5) неделю
129. При хроническом гипертрофическом пульпите в пульпе происходит:
- 1) некроз ткани пульпы
 - 2) фиброзное перерождение пульпы
 - 3) значительное разрастание грануляционной ткани
 - 4) уменьшение количества волокнистых элементов
 - 5) развитие отека и полнокровия
130. Дифференциальный диагноз обострения хронического пульпита проводится с:
- 1) глубоким кариесом
 - 2) острым и обострившимся хроническим периодонтитом
 - 3) хроническим фиброзным периодонтитом в стадии ремиссии
 - 4) альвеолитом
 - 5) острыми формами пульпита
131. Полное сохранение пульпы зуба проводится при:
- 1) глубоком кариесе
 - 2) остром очаговом пульпите
 - 3) остром диффузном пульпите
 - 4) остром периодонтите
 - 5) обострении хронического пульпита
132. Метод витальной ампутации пульпы применяют в:
- 1) клыках верхней челюсти
 - 2) резцах
 - 3) молярах
 - 4) премолярах
 - 5) клыках нижней челюсти
133. Одонтотропные средства в лечебных прокладках:
- 1) глюкокортикоиды
 - 2) гидроокись кальция
 - 3) гипохлорит натрия
 - 4) хлоргексидин
 - 5) НПВС
134. Противовоспалительные средства в лечебных прокладках:
- 1) НПВС
 - 2) гидроокись кальция
 - 3) гипохлорит натрия

- 4) хлорамин
 - 5) гидроксипатит
135. Антимикробные средства в лечебных прокладках:
- 1) гидроокись кальция
 - 2) фториды
 - 3) лизоцим
 - 4) метронидазол
 - 5) гидроксипатит
136. Требования, предъявляемые к препарированию верхушки корневого канала:
- 1) верхушечная треть канала не подвергается обработке
 - 2) верхушка корня не обрабатывается инструментально, только медикаментозно
 - 3) верхушка расширена
 - 4) формируется апикальный уступ
 - 5) проводится резекция верхушки
137. Обнаружение устьев каналов проводится с помощью:
- 1) бора
 - 2) примера
 - 3) корневой иглы
 - 4) зонда
 - 5) К-файла
138. Для расширения устьев каналов используют:
- 1) зонд
 - 2) корневую иглу
 - 3) шаровидный бор, Gates-Glidden
 - 4) Н-файл
 - 5) К-файл
139. Корневой канал при воспалении пульпы пломбируют:
- 1) до анатомической верхушки
 - 2) до физиологической верхушки
 - 3) за пределы апикального отверстия
 - 4) не доходя 2 мм до апикального отверстия
 - 5) на 2/3 длины канала
140. Промывание корневого канала из шприца проводится при введении эндодонтической иглы:
- 1) в устье канала
 - 2) на 1/3 канала
 - 3) на 1/2 канала
 - 4) до верхушки
 - 5) в полость зуба
141. Для промывания одного канала в процессе эндодонтического лечения необходимо использовать антисептический раствор в количестве (мл):
- 1) 1-5
 - 2) 5-10
 - 3) 10-15
 - 4) 20-25
 - 5) 25-30
142. Непосредственно перед пломбированием канал обрабатывается:
- 1) перекисью водорода
 - 2) 96° спиртом
 - 3) гипохлоритом натрия
 - 4) дистиллированной водой
 - 5) камфара-фенолом
143. Методика пломбирования корневого канала пастами предполагает:
- 1) введение в канал одного центрального штифта
 - 2) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
 - 3) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
 - 4) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
 - 5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией
144. Способ пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает:
- 1) введение в канал одного центрального штифта
 - 2) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
 - 3) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением.
 - 4) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
 - 5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

145. Обтурация корневых каналов системой «Гермафил» предполагает:

- 1) введение в канал одного центрального штифта
- 2) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- 3) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- 4) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- 5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

146. Рентгегологические изменения в 50% случаях встречаются при пульпите:

- 1) острым очаговым
- 2) острым диффузным
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

147. Для медленной девитализации пульпы используют:

- 1) мышьяковистую пасту
- 2) резорцинформалиновую пасту
- 3) цинкоксиэвгеноловую пасту
- 4) параформальдегидную пасту
- 5) дентин-пасту

148. Метод витальной ампутации не показан в случае:

- 1) острого очагового пульпита
- 2) случайного вскрытия пульпы зуба
- 3) острого диффузного пульпита
- 4) неэффективности биологического метода
- 5) хронического фиброзного пульпита

149. Удаление пульпы (витальное, девитальное) показано при:

- 1) острых формах пульпита
- 2) хроническом фиброзном пульпите
- 3) хроническом гангренозном пульпите
- 4) хроническом гипертрофическом пульпите
- 5) всех формах пульпита

150. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

- 1) ферментов
- 2) антибиотиков
- 3) антидотов
- 4) хлорсодержащих препаратов
- 5) кислородсодержащих препаратов

151. Рентгенологические изменения в 30% случаях встречаются при пульпите:

- 1) острым очаговым
- 2) острым диффузным
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

152. Пучки волокон, идущие в горизонтальном направлении и соединяющие соседние зубы:

- 1) трансептальные
- 2) свободные волокна десны
- 3) циркулярные волокна
- 4) альвеолярные гребешковые волокна
- 5) косые волокна

153. Волокна периодонта, охватывающие шейку зуба:

- 1) трансептальные
- 2) свободные волокна десны
- 3) циркулярные волокна
- 4) альвеолярные гребешковые волокна
- 5) косые волокна

154. Волокна периодонта от вершины альвеолярных гребней к цементу корня:

- 1) трансептальные
- 2) свободные волокна десны
- 3) циркулярные волокна
- 4) альвеолярные гребешковые волокна
- 5) косые волокна

155. Волокна периодонта, идущие под углом к оси зуба:

- 1) свободные волокна десны
- 2) циркулярные волокна

- 3) альвеолярные гребешковые волокна
 - 4) косые волокна
 - 5) транссептальные волокна
156. Наружное (ближе к лунке) сплетение сосудов состоит из:
- 1) капилляров
 - 2) сосудов среднего калибра
 - 3) крупных, продольно расположенных сосудов
 - 4) капиллярных петель в виде клубочков
157. Терминальные веточки кустиковых нервных окончаний обеспечивают регуляцию:
- 1) защитной функции
 - 2) распределения силы жевательного давления
 - 3) сенсорной функции
 - 4) опорно-удерживающей функции
 - 5) пластической функции
158. Клубочковые окончания обеспечивают регуляцию:
- 1) пластической функции
 - 2) силы жевательного давления
 - 3) сенсорной функции
 - 4) опорно-удерживающей функции
 - 5) защитной функции
159. Содержание в периодоните 60% тканевой жидкости без учета большого количества лимфы и крови в его сосудах способствует выполнению функции:
- 1) опорно-удерживающей
 - 2) распределения давления
 - 3) пластической
 - 4) сенсорной
 - 5) защитной
160. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:
- 1) стафилококки
 - 2) стрептококки
 - 3) вейлонеллы
 - 4) лактобактерии
 - 5) простейшие
161. Причиной острой травмы периодонта может быть:
- 1) грубая эндодонтическая обработка канала
 - 2) вредные привычки
 - 3) скученность зубов
 - 4) травматическая окклюзия
 - 5) употребление мягкой пищи
162. Чувство «выросшего» зуба связано с:
- 1) разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон
 - 2) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
 - 3) гиперемией и отеком десны
 - 4) избыточной нагрузкой на зуб
 - 5) температурным воздействием на зуб
163. Дифференциальный диагноз хронического фиброзного периодонтита, кроме других форм периодонтита, проводится:
- 1) с хроническим гранулирующим периодонтитом
 - 2) с хроническим гранулематозным периодонтитом
 - 3) со средним кариесом
 - 4) с кистогранулемой
 - 5) с хроническим фиброзным пульпитом
164. Симптом вазопареза определяется при обследовании пациентов с:
- 1) хроническим фиброзным периодонтитом
 - 2) хроническим гранулирующим периодонтитом
 - 3) хроническим гранулематозным периодонтитом
 - 4) острым периодонтитом в фазе интоксикации
 - 5) хроническим гангренозным пульпитом
165. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня (рентгенологическая картина) характерно для:
- 1) хронического фиброзного периодонтита
 - 2) хронического гранулематозного периодонтита
 - 3) хронического гранулирующего периодонтита

- 4) острого периодонтита
 - 5) среднего кариеса
166. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня соответствует рентгенологической картине:
- 1) хронического фиброзного периодонтита
 - 2) хронического гранулематозного периодонтита
 - 3) хронического гранулирующего периодонтита
 - 4) острого периодонтита
 - 5) хронического гангренозного пульпита
167. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:
- 1) хронического фиброзного периодонтита
 - 2) хронического гранулематозного периодонтита
 - 3) хронического гранулирующего периодонтита
 - 4) кистогранулемы
 - 5) хронического гангренозного пульпита
168. Для кистогранулемы характерен признак:
- 1) четкие контуры очага деструкции на рентгенограмме до 5 мм
 - 2) отсутствие костной структуры в очаге деструкции
 - 3) расширение периодонтальной щели
 - 4) очаг деструкции с нечеткими контурами
 - 5) сужение периодонтальной щели
169. Зрелая гранулема (по Fich) содержит:
- 1) 2 зоны
 - 2) 3 зоны
 - 3) 4 зоны
 - 4) 5 зон
 - 5) 6 зон
170. Зона гранулемы, характеризующаяся активностью осетобластов и фибробластов:
- 1) зона некроза
 - 2) зона контаминации
 - 3) зона раздражения
 - 4) зона стимуляции
 - 5) зона распада и деминерализации
171. Наиболее эффективный метод лечения зубов с труднопроходимыми каналами:
- 1) резорцин-формалиновый метод
 - 2) трансканальный электрофорез йодом
 - 3) трансканальный электрофорез с ферментами
 - 4) депофорез
 - 5) удаление
172. Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является:
- 1) хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
 - 2) острый периодонтит однокорневого зуба
 - 3) хронический фиброзный периодонтит
 - 4) хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого хода
 - 5) хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба
173. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется:
- 1) топографией полости зуба
 - 2) размером кариозной полости
 - 3) выбором пломбирочного материала для корневой пломбы
 - 4) выбором методики обработки корневого канала
 - 5) выбором анестетика
174. Эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала:
- 1) ример и К-файл
 - 2) Н-файл (бурав Хедстрема)
 - 3) каналонаполнитель
 - 4) спредер
 - 5) пульпэкстрактор
175. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:
- 1) ример (дрельбор)
 - 2) К-файл и Н-файл
 - 3) каналонаполнитель
 - 4) спредер

- 5) пульпэкстрактор
176. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:
- 1) ример (드릴бор)
 - 2) К-файл
 - 3) Н-файл
 - 4) каналонаполнитель и спредер
 - 5) пульпэкстрактор
177. Наиболее точно длина корневого канала определяется при помощи:
- 1) корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола
 - 2) корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
 - 3) апексолокатора
 - 4) по соотношению длины корня и коронки зуба
 - 5) по специальным таблицам
178. Первым этапом эндодонтической техники «Step back» (шаг назад) является:
- 1) введение в корневой канал К-файла №35 на глубину 16 мм
 - 2) определение временной рабочей длины
 - 3) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
 - 4) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
 - 5) введение в корневой канал пульпэкстрактора
179. При проведении антисептической обработки сильнодействующие препараты (камфарафенол, крезофен и т.д.):
- 1) вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную повязку
 - 2) оставляют на ватном, хорошо отжатом тампоне в устье корневого канала под временную повязку
 - 3) выводят за верхушку корня на тонком бумажном штифте
 - 4) оставляют на ватном, обильно смоченном тампоне в устье корневого канала
 - 5) не используют
180. Основой для нетвердеющих паст является:
- 1) эвгенол
 - 2) резорцин-формалиновая смесь
 - 3) вазелин-глицериновая смесь
 - 4) эпоксидные смолы
 - 5) дистиллированная вода
181. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:
- 1) ЭОД
 - 2) реопародонтография
 - 3) рентгенография
 - 4) реоплетизмография
 - 5) температурная проба
182. Минимальные сроки восстановления костной ткани (месяцы):
- 1) 6-9
 - 2) 9-12
 - 3) 12-18
 - 4) 18-24
 - 5) 24-28
183. Средняя толщина периодонта (мм):
- 1) 0-0,1 2) 0,10-0,15
 - 2) 0,20-0,25
 - 3) 0,25-0,30
 - 4) 0,35-0,40
184. В периодонте в норме преобладает коллаген:
- 1) I типа
 - 2) II типа
 - 3) III типа
 - 4) IV типа
 - 5) V типа
185. Дельтовидные разветвления каналов обнаруживаются в молярах в:
- 1) 80%
 - 2) 58%
 - 3) 53,5%
 - 4) 35%
 - 5) 25,5%
186. Резекция верхушки корня - это:
- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
 - 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
 - 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
 - 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку
187. Корона-радикулярная сепарация - это:
- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
 - 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
 - 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
 - 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
 - 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку
188. Гемисекция - это:
- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
 - 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
 - 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
 - 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
 - 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку
189. Ампутация корня - это:
- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
 - 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
 - 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
 - 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
 - 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку
190. Реплантация зуба - это:
- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
 - 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
 - 3) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
 - 4) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку.
 - 5) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
191. Рабочая длина корня при удалении живой пульпы:
- 1) равна рентгенологической длине корня
 - 2) на 0,5 мм меньше
 - 3) на 1,0 мм меньше
 - 4) на 1,5 мм меньше
 - 5) на 2 мм меньше
192. Рабочая длина корня при удалении некротизированной пульпы или распада:
- 1) равна рентгенологической длине корня
 - 2) на 0,5 мм меньше
 - 3) на 1,0 мм меньше
 - 4) на 1,5 мм меньше
 - 5) на 2 мм меньше
193. Общую интоксикацию организма в большей степени вызывает:
- 1) хронический фиброзный периодонтит
 - 2) хронический гранулирующий периодонтит
 - 3) хронический гранулирующий периодонтит
 - 4) кистогранулема
 - 5) хронический гангренозный пульпит
194. Чаще, чем другие формы хронического периодонтита, обостряется:
- 1) хронический фиброзный периодонтит
 - 2) хронический гранулирующий периодонтит
 - 3) хронический гранулирующий периодонтит
 - 4) кистогранулема
 - 5) радикулярная киста
195. Свищевой ход является симптомом обострения:
- 1) фиброзного хронического периодонтита
 - 2) гранулирующего хронического периодонтита
 - 3) гранулематозного хронического периодонтита
 - 4) кистогранулемы
 - 5) радикулярной кисты
196. Для медикаментозной обработки канала используют раствор перекиси водорода в концентрации:
- 1) 1,5%
 - 2) 3%
 - 3) 4%
 - 4) 6%

- 5) 10%
197. Для медикаментозной обработки корневого канала используют раствор гипохлорита натрия в концентрации:
- 1) 2-3%
 - 2) 3-5% 3) 5-6%
 - 3) 6-8%
 - 4) 8-10%
198. Для химического расширения корневого канала используют:
- 1) хлоргексидин
 - 2) ЭДТА
 - 3) эвгенол
 - 4) формалин
 - 5) гипохлорит натрия
199. Эвгенол является основой для:
- 1) материалов для постоянных пломб
 - 2) паст для постоянного пломбирования каналов
 - 3) паст для временного пломбирования каналов
 - 4) для изолирующих прокладок под композиты химического отверждения
 - 5) для изолирующих прокладок под композиты светового отверждения
200. Йодсодержащие препараты для медикаментозной обработки каналов:
- 1) хлорамин Т, хлоргексидин
 - 2) протеолитические ферменты
 - 3) гидроокись меди-кальция
 - 4) бетадин, йодиол
 - 5) перекись водорода
201. Ферментные препараты для медикаментозной обработки корневых каналов:
- 1) гипохлорит натрия, хлорамин
 - 2) йодиол, бетадин
 - 3) диметилсульфоксид
 - 4) лизоцим, трипсин
 - 5) перекись водорода
202. Препарат с выраженным поверхностно активным действием для медикаментозной обработки каналов:
- 1) лизоцим, трипсин
 - 2) йодиол, бетадин
 - 3) гипохлорит натрия
 - 4) диметилсульфоксид
 - 5) перекись водорода
203. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:
- 1) диклофенак натрия
 - 2) метронидазол
 - 3) гипохлорит натрия
 - 4) фурацилин
 - 5) перекись водорода
204. При лечении острого периодонтита в стадии выраженного экссудативного процесса в первое посещение:
- 1) герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
 - 2) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
 - 3) создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
 - 4) проводят разрез по переходной складке
 - 5) пломбируют канал временными пломбировочными материалами
205. Пломбирование канала зуба при лечении острого периодонтита проводят после стихания острых воспалительных явлений:
- 1) на 2-3 сутки
 - 2) на 4-5 сутки
 - 3) на 5-7 сутки
 - 4) через 10 дней
 - 5) через 14 дней
206. Целью лечения хронического деструктивного верхушечного периодонтита является:
- 1) сохранение зуба
 - 2) устранение очага одонтогенной инфекции
 - 3) прохождение корневого канала
 - 4) воздействие на микрофлору корневых каналов

- 5) пломбирование корневого канала
207. Антисептическое воздействие на систему корневых каналов оказывается проведением:
- 1) инструментальной обработки
 - 2) медикаментозной обработки
 - 3) общей противовоспалительной терапией
 - 4) протравливаем стенку корневого канала
 - 5) сочетанием инструментальной и медикаментозной обработки
208. Медикаментозная обработка корневых каналов наиболее эффективна при сочетании:
- 1) антибиотиков и протеолитических ферментов
 - 2) иодосодержащих препаратов и лизоцима
 - 3) гипохлорита натрия и ЭДТА
 - 4) хлорамина и перекиси водорода
 - 5) ферментов и перекиси водорода
209. Антисептические пасты для временного пломбирования каналов содержат:
- 1) эвгенол
 - 2) формалин
 - 3) гидроокись кальция
 - 4) эпоксидные смолы
 - 5) параформ
210. Некачественное пломбирование канала на 1/2-1/3 длины корня:
- 1) требует повторного эндодонтического лечения
 - 2) не требует дополнительного вмешательства
 - 3) требует резекции верхушки корня
 - 4) требует удаления зуба
 - 5) требует реплантации зуба
211. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения деструктивного периодонтита однокорневого зуба проводится:
- 1) повторное эндодонтическое лечение
 - 2) гемисекция
 - 3) короно-радикулярная сепарация
 - 4) резекция верхушки корня
 - 5) ампутация корня
212. Причиной избыточного выведения пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня является:
- 1) перфорация стенки корневого канала
 - 2) избыточное расширение апикального отверстия
 - 3) облом стержневого инструмента в канале
 - 4) недостаточная медикаментозная обработка
 - 5) плохо высушенный канал
213. Причиной острой травмы периодонта может быть:
- 1) грубая эндодонтическая обработка канала
 - 2) вредные привычки
 - 3) скученность зубов
 - 4) травматическая окклюзия
 - 5) препарирование кариозной полости
214. Наиболее обсемененной микробами частью корневого канала независимо от формы хронического периодонтита является:
- 1) устье канала
 - 2) средняя часть канала
 - 3) верхушечная часть канала
 - 4) околоверхушечная часть канала
 - 5) обсеменение равномерно по всей длине канала
215. Зона, содержащая некротизированные ткани и бактерии:
- 1) зона некроза
 - 2) зона контаминации
 - 3) зона раздражения
 - 4) зона стимуляции
 - 5) ни одна из зон так не характеризуется
216. Зона, содержащая лейкоциты, лимфоциты и остеокласты:
- 1) зона некроза
 - 2) зона контаминации
 - 3) зона раздражения
 - 4) зона стимуляции

- 5) ни одна из зон так не характеризуется
217. Зона, содержащая грунוליционную ткань:
- 1) зона некроза
 - 2) зона контаминации
 - 3) зона раздражения
 - 4) зона стимуляции
 - 5) ни одна из зон так не характеризуется
218. Наиболее редко дает обострение хронический периодонтит:
- 1) гранулирующий
 - 2) гранулематозный
 - 3) фиброзный
 - 4) кисторанулема
 - 5) нет зависимости от формы периодонтита
219. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:
- 1) ферментов
 - 2) антибиотиков
 - 3) антидотов
 - 4) хлорсодержащих препаратов
 - 5) кислородсодержащих препаратов
220. Наиболее благоприятный для зуба отток экссудата при остром или обострении хронического периодонтита:
- 1) периодонт с формированием пародонтального кармана
 - 2) корневой канал
 - 3) систему гаверсовых канатов с формированием подслизистого абсцесса
 - 4) систему гаверсовых каналов с формированием периостита
 - 5) для сохранности зуба не играет роли
221. Исходом острого периодонтита не может быть:
- 1) клиническое выздоровление
 - 2) восстановление периодонта до нормального состояния
 - 3) развитие периостита
 - 4) переход в хронический процесс
 - 5) развитие остеомиелита
222. На выбор метода лечения хронического периодонтита практически не оказывает влияние:
- 1) проходимость корневого канала
 - 2) размер очага периапикальной деструкции
 - 3) одно- или многокорневой зуб
 - 4) наличие очаговообусловленных заболеваний
 - 5) возраст и пол пациента
223. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:
- 1) канал запломбирован не полностью
 - 2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
 - 3) канал запломбирован полностью
 - 4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
 - 5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня
224. Для медикаментозной обработки каналов (промывания) чаще всего используются:
- 1) раствор хлорамина
 - 2) 3% раствор перекиси водорода
 - 3) 12% раствор перекиси карбамида
 - 4) камфара-фенол
 - 5) фенол-формалин
225. В возрастных изменениях периодонта выделяют:
- 1) 2 периода
 - 2) 3 периода
 - 3) 4 периода
 - 4) 5 периодов
 - 5) 6 периодов
226. Волокна периодонта, расположенные в разных направлениях, выполняют функцию:
- 1) распределения давления
 - 2) опорно-удерживающую
 - 3) пластическую
 - 4) трофическую
 - 5) защитную
227. Форма корневого канала после инструментальной обработки должна быть идентична форме:

- 1) К-файла №15
 - 2) К-файла № 20
 - 3) К-файла №25
 - 4) К-файла №30
 - 5) последнему номеру, применявшемуся в инструментальной обработке
228. В процессе инструментальной обработке апикальную часть канала (до физиологического отверстия) расширяют:
- 1) на 1--2 номера от первоначального размера
 - 2) на 2-3 номера
 - 3) на 3-4 номера
 - 4) на 5-6 номеров
 - 5) оставляют без изменений
229. Содержание в периодонте 60% тканевой жидкости (без учета большого количества лимфы и крови в его сосудах) способствуют выполнению функции:
- 1) опорно-удерживающей
 - 2) распределения давления
 - 3) пластической
 - 4) сенсорной
 - 5) защитной
230. Ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб, характеризует:
- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
 - 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
 - 3) острый периодонтит в фазе экссудации
 - 4) хронический фиброзный пульпит
 - 5) периостит, подслизистый абсцесс
231. Постоянная сильная боль, «чувство выросшего зуба» характеризует:
- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
 - 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
 - 3) острый периодонтит в фазе экссудации
 - 4) хронический фиброзный пульпит
 - 5) периостит, подслизистый абсцесс
232. Отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица:
- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
 - 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
 - 3) острый периодонтит в фазе экссудации
 - 4) хронический фиброзный пульпит
 - 5) периостит, подслизистый абсцесс
233. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения каналов является:
- 1) 3% раствор гипохлорита натрия
 - 2) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
 - 3) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
 - 4) смесь соляной и серной кислот
 - 5) раствор перекиси водорода

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

VII семестр

Задача № 1.

Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадиируют в подглазничную область.

Анамнез: 23 зуб ранее не лечен. Болит в течение 2 суток.

Объективно: на апроксимально-дистальной поверхности 2.3 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога пульпа просвечивает. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ. ЭОД - 40 мкА.

1. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.
3. Какие методы лечения можно применить?
4. Показано ли использование биологического метода лечения?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Задача № 2.

Больной Н., 19 лет, жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадиирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования требуется провести.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Задача №3.

Больной А., 50 лет, жалуется на длительные ноющие боли в зубе на верхней челюсти справа, которые возникают при перемене температуры окружающей среды и во время приема пищи. При обследовании в пришеечной области 1.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Электровозбудимость пульпы - 50 мкА.

1. Перечислите заболевания, наиболее вероятные при данной симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Подтвердите диагноз данными из условий задачи.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каковы особенности эндодонтического лечения 1.6 зуба при данном расположении кариозной полости?

Задача №4.

Больная И., 39 лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, боль от горячего в 1.7 зубе. Боль появилась около месяца назад. Объективно: на

жевательной поверхности 1.7 зуба определена глубокая кариозная полость. Зуб имеет серый цвет. Полость зуба вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненное, корневой - болезненно. Горячая вода вызывает приступ боли.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Почему зондирование коронковой части пульпы безболезненное?
4. Какой метод лечения оптимален?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Задача №5.

Больной К., 35 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 2.4 зубе, болевые ощущения при попадании пищи в кариозную полость, медленное нарастание боли от температурных раздражителей. Анамнез: боли появились месяц назад, беспокоили острые приступообразные боли в этом зубе, которые снимал анальгетиками. Объективно: на жевательной поверхности 2.4 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления которого полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненно.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каково анатомическое строение каналов 2.4 зуба?

Задача №6.

Больной З., 18 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какой метод лечения оптимален?
5. Каково анатомическое строение каналов 4.6 зуба?

Задача №7.

Пациент М. 20 лет обратился в клинику с жалобами на длительную боль от холодного в зубе 2.7 в течении суток. Объективно: 2.7- на медиальной поверхности глубокая кариозная полость. Дно мягкое, полость зуба не вскрыта, зондирование резко болезненно в области щечно-медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, ЭОД 30 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие методы лечения можно использовать в данной клинической ситуации?
4. Какие группы материалов можно использовать для obturации корневых каналов?
5. Назовите пломбирочные материалы для корневых каналов для данной клинической ситуации?

Задача №8.

Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 4.7 зубе. Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.7 определена глубокая кариозная полость. Холодная вода вызывает кратковременную боль. Зондирование дна в области рога пульпы болезненно. Дно полости выполнено размягченным дентином. Во время препарирования дна полости был вскрыт рог пульпы.

1. Какие мероприятия следует провести?
2. Поставьте окончательный диагноз.
3. Возможно ли сохранение жизнеспособности пульпы в данном зубе? Обоснуйте.
4. Составьте план лечения.
5. Назовите лечебные прокладочные материалы для данной клинической ситуации.

Задача №9.

Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7. Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые каналы облитерированы, изменений в периодонте нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите методы лечения для данной клинической ситуации.
3. Какова методика наложения девитализирующей пасты?
4. Назовите девитализирующие безмышьяковистые пасты.
5. Перечислите этапы девитально-комбинированного метода лечения.

Задача №10.

Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд, к врачу не обращался. Вновь боли появились неделю назад. Объективно: На жевательной и дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит. Перкуссия безболезненна. ЭОД=55 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите корневые каналы зуба 1.4
3. Какой метод лечения показан в данной клинической ситуации?
4. Каким инструментом целесообразно расширить устья корневых каналов?
5. Какие эндодонтические инструменты используются при технике «шаг назад»?

Задача №11

Больной 20 лет обратился с жалобами на острую приступообразную боль в зубе на верхней челюсти справа. Сильные болевые приступы появились накануне ночью. Ранее боль в зубе не отмечал.

При осмотре: на медиальной поверхности зуба 14 глубокая кариозная полость с нависающими краями, заполненная размягченным дентином. Зондирование дна резко болезненно в одной точке, перкуссия зуба безболезненная.

1. Выберите из условия задачи данные, подтверждающие предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.
4. Выберите метод лечения, его обоснование, алгоритм, выпишите лекарственные препараты.
5. Перечислите профилактические мероприятия для предупреждения данного заболевания.

Задача №12

Больная 40 лет обратилась с жалобами на сильную длительную боль в области зубов верхней челюсти справа, усиливающуюся от температурных раздражителей. Со слов пациентки боль появилась в зубе на верхней челюсти справа около 4-х дней назад, которая усиливалась в ночное время и при температурном раздражении. Ранее зуб не болел. В настоящее время боль не проходит полностью, а лишь частично затихает.

При осмотре — на дистальной поверхности зуба 16 глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Зондирование болезненное по всему дну, перкуссия болезненная.

1. Выберите из условия задачи данные, подтверждающие предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.
4. Назовите и обоснуйте выбранный Вами метод лечения.
5. Выпишите лекарственные средства, применяемые при лечении данного заболевания.

Задача №13

Пациент 28 лет обратился к стоматологу с жалобами на появление достаточно длительных приступов боли от холодного и горячего в области нижней челюсти слева. Иногда на некоторое время возникает боль без видимых причин. При ощупывании зубов языком каких-либо дефектов в них больной не определяет. При выяснении локализации боли пациент указывает на зубы 34 и 35. Ночная боль отсутствует.

При осмотре кариозные полости не определяются, отмечается изменение цвета эмали на жевательной поверхности 34 зуба с дистальной стороны. Зондирование дистальной контактной поверхности зуба 34 болезненно, вероятно это связано с наличием скрытой кариозной полости. Перкуссия зуба безболезненна, реакция на холод болезненная, длительная.

1. Выберите из условия задачи данные, подтверждающие предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.
4. Выберите метод лечения, его обоснование, алгоритм, выпишите лекарственные препараты.
5. Перечислите профилактические мероприятия для предупреждения данного заболевания.

Задача №14

Пациентка 23 лет обратилась к стоматологу с жалобами, на наличие кариозной полости в зубе на верхней челюсти слева. С ее слов полость появилась около шести месяцев тому назад. Несмотря на то, что вскоре после возникновения полости большую некоторое время беспокоила боль, к врачу она не обращалась.

Возобновившаяся боль носит характер приступа, возникающего в ответ на попадание в кариозную полость пищи при жевании. Приступ длится достаточно долго, боль остается на некоторое время и после освобождения полости от пищевых остатков.

Самопроизвольной и ночной боли нет.

При осмотре в зубе 24 определяется глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. При зондировании дна полости в одном участке определяется сообщение кариозной полости с полостью зуба, болезненность и кровоточивость пульпы.

1. Выберите из условия задачи данные, подтверждающие предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.
4. Выберите метод лечения, его обоснование, алгоритм, выпишите лекарственные препараты.
5. Перечислите профилактические мероприятия для предупреждения данного заболевания.

Задача №15

Пациентка 38 лет обратилась на прием к стоматологу с жалобами, на ноющую боль в области нижней челюсти справа, возникающую при приеме горячей пищи и при переходе с улицы в теплое помещение и наоборот. Приступ боли длится достаточно долго. Кроме этого больную беспокоит попадание пищи в кариозную полость в зубе на нижней челюсти. Со слов больной, около года назад у нее несколько дней болел один из нижних коренных зубов справа. К врачу она не обращалась, так как в то время была на даче. Через несколько дней боль уменьшилась, а затем полностью исчезла. Около трех недель назад появились боли, указанные в жалобах.

При осмотре имеется глубокая кариозная полость в зубе 46. При зондировании кариозной полости обнаруживается: широкое ее сообщение с полостью зуба, отсутствие болезненности в устьях корневых каналов, глубокое зондирование корневых каналов болезненно.

1. Выберите из условия задачи данные, подтверждающие предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.
4. Выберите метод лечения, его обоснование, алгоритм, выпишите лекарственные препараты.
5. Перечислите профилактические мероприятия для предупреждения данного заболевания.

Задача №16

Пациент 34 лет обратился к стоматологу-терапевту с жалобами, на боль в зубе на нижней челюсти справа. Боль возникает при приеме горячей пищи, беспокоит три недели. Со слов больного примерно полгода тому назад из-за сильной ночной боли обратился к стоматологу. Рентгеновский снимок утерян. Лечение проводилось под анестезией. До того момента, как появилась боль от горячего, зуб не беспокоил больного. При осмотре 46 зуб под пломбой. Пломба расположена на дистально-контактной и жевательной поверхностях. Состояние пломбы удовлетворительное. Перкуссия зуба безболезненная.

1. Выберите из условия задачи данные, подтверждающие предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.
4. Выберите метод лечения, его обоснование, алгоритм, выпишите лекарственные препараты.
5. Перечислите профилактические мероприятия для предупреждения данного заболевания.

Задача №17

Пациент 39 лет обратился к врачу- стоматологу с жалобами на самопроизвольные боли в вечернее и ночное время, боли от химических и термических раздражителей в зубе на нижней челюсти слева. В анамнезе кариозная полость появилась полгода назад, несколько месяцев назад зуб болел остро, потом боли стихли, и беспокоил зуб при воздействии термических и механических раздражителей. Два дня назад появились самопроизвольные боли в ночное и вечернее время.

Объективно: на жевательной поверхности с разрушенной задней контактной поверхностью кариозная полость, заполненная размягчённым и пигментированным дентином, при зондировании резкая болезненность в одной точке, перкуссия отрицательная.

1. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
2. Какому диагнозу соответствует данное заболевание?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?
4. Выберите метод лечения, его обоснование, алгоритм, выпишите лекарственные препараты.
5. Перечислите профилактические мероприятия для предупреждения данного заболевания.

VIII семестр

Задача №1.

Пациент В., 31 год, жалобы на постоянную боль в 36 зубе, усиливающуюся при накусывании на зуб. Анамнез: 36 зуб ранее лечен по поводу кариеса, после выпадения пломбы к врачу не обращался. В течение последних двух дней появились ноющие боли постоянного характера.

Объективно: незначительная ассиметрия лица справа за счет отека мягких тканей левой щечной области. На жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Резкая боль при перкуссии. Слизистая оболочка переходной складки в области 36 зуба гиперемирована, отечна, пальпация в области проекции верхушки корня болезненна. На рентгенограмме: в области верхушки корня изменений нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифдиагностику.
3. Какие препараты необходимо применить для антисептической обработки каналов?
4. Перечислите последовательность инструментальной обработки корневых каналов.

5. Назначьте общее лечение.

Задача №2.

Пациент Н., 33 года, жалобы на постоянные боли, ноющего характера в 15 зубе, усиливающиеся при накусывании. Анамнез: 5 дней назад в 15 зуб была наложена мышьяковистая паста. В назначенный срок больной на прием не явился. Боли при накусывании появились 3 дня назад. Объективно: слизистая оболочка десны в области 15 зуба без изменений. На жевательной поверхности 15 зуба временная пломба. Перкуссия 15 зуба болезненная. Показания ЭОД= 100 мкА. На рентгенограмме 15 зуба патологических изменений нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику.
3. Перечислите антитоды мышьяковистой пасты.
4. Нужно ли проводить физиолечение?
5. Возможно ли лечение в одно посещение?

Задача №3.

Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на длительные пульсирующие боли в 36 зубе, иррадиирующие в ухо. Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней. Объективно: рот полуоткрыт, подвижность 36 зуба первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия резко болезненна. На рентгенограмме 36 патологических изменений нет.

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
2. Укажите лечебные мероприятия, необходимые в первое посещение.
3. Можно ли оставить в корневом канале турунду с 2% раствором йода спиртового.
4. Надо ли проверить электровозбудимость пульпы?
5. Прогноз лечения.

Задача №4.

Пациент А., 38 лет, обратился с жалобами на изменение цвета 12 зуба. Анамнез: Зуб не болел, кариозную полость заметил давно, но к врачу не обращался. Объективно: на медиальной поверхности 12 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование и реакция на холод безболезненные, перкуссия безболезненна. На рентгенограмме 12 зуба - деформация костной ткани, расширение периодонтальной щели с четкими границами.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику.
3. Возможно ли лечение в одно посещение?
4. Какой пломбировочный материал для корневого канала целесообразно применить?
5. Нужно ли выводить лекарственное средство за верхушечное отверстие при пломбировании?

Задача №5.

Пациент Ф., 32 года. Жалобы на неприятные ноющие боли в 25 зубе при приеме пищи. Ранее зуб болел. Был неоднократно лечен. В последнее время часто появляются ноющие боли, отек десны. Объективно: На жевательной поверхности 25 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование и реакция на холод безболезненны, боль при перкуссии 25зуба. Слизистая оболочка десны в области 25 зуба гиперемирована, отечна, пальпация при переходной складке болезненна. По переходной складке в области проекции верхушки корня свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме в области верхушки корня наблюдается деструкция костной ткани с нечеткими границами. Верхушка корня укорочена за счет резорбции цемента.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику.
3. Возможно ли лечение в одно посещение?
4. Каким пломбировочным материалом целесообразно пломбировать корневой канал?
5. Перечислите возможные осложнения эндодонтического лечения.

Задача №6.

Пациент В., 40 лет, обратился в стоматологическую клинику с целью санации полости рта для дальнейшего протезирования. При осмотре 25 зуба врач отметил изменение цвета коронки зуба и предложил провести рентгендиагностику. На рентгенограмме 25 зуба в области верхушки корня была выявлена гранулема диаметром 2,5-3,0 мм с четкими ровными краями.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику.
3. Выберите тактику лечения.
4. Какова электровозбудимость пульпы при этом заболевании?
5. Прогноз лечения.

Задача №7.

Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на длительные пульсирующие боли в 34 зубе, иррадиирующие в ухо. Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней. Объективно: рот полуоткрыт, подвижность 34 зуба первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия резко болезненна. На рентгенограмме в области верхушки корня 34 зуба определяется разряжение костной ткани размером 0,2х 0,3см без четких границ.

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
2. Укажите лечебные мероприятия, необходимые в первое посещение.
3. Можно ли оставить в корневом канале турунду с антисептиком?
4. Показано ли лечение данного зуба в одно посещение?
5. Перечислите средства для мед.обработки корневых каналов.

Задача №8.

Пациент Ф., 32 года. Жалобы на неприятные ноющие боли в 14 зубе при приеме пищи. 14 зуб ранее лечен по осложненному кариесу. В последнее время часто появляются ноющие боли, отек десны. Объективно: На жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость, на устьях пломбировочный материал. Зондирование и реакция на холод безболезненные, боль при перкуссии. Слизистая оболочка десны в области 14 зуба гиперемирована, отечна, пальпация при переходной складке болезненна. На рентгенограмме 14 зуба: каналы запломбированы на 2/3 длины, в области верхушки корня деструкция костной ткани с нечеткими границами.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику.
3. Возможно ли лечение в одно посещение?
4. Каким пломбировочным материалом целесообразно пломбировать корневой канал?
5. Перечислите препараты для распломбирования корневых каналов.

Задача №9.

Пациент В., 40 лет, жалобы на острые пульсирующие боли постоянного характера в 14 зубе, иррадиирующие в висок, ухо, боли при дотрагивании до зуба. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд. К врачу не обращался. Боли появились три дня назад, приобрели постоянный характер, сутки назад появились

пульсирующие боли, иррадиация. Объективно: переходная складка в области 14 зуба гиперемирована, болезненна при пальпации. На жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, зондирование безболезненно. Перкуссия резко болезненна. ЭОД=120 мкА. На рентгенограмме - потеря четкости рисунка кости альвеолы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику.
3. Нужно ли проводить обезболивание перед началом лечения.
4. Назначьте лечение.
5. Прогноз лечения.

Задача №10.

Пациент Д., 32 лет обратился с жалобами на ноющие боли, усиливающиеся при накусывании на 44 зуб. Анамнез: боль в 44 зубе возникла сутки назад. Объективно: слизистая оболочка и переходная складка в области 44 зуба без изменений. На жевательно-дистальной поверхности 44 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование кариозной полости 44 зуба безболезненно, сообщение с полостью зуба не определяется. Реакция на температурные раздражители безболезненна. ЭОД свыше 100 мкА. На рентгенограмме изменений нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику
3. Определите тактику лечения.
4. Возможно ли лечение данного зуба в одно посещение?
5. Прогноз лечения?

Задача №11.

Пациент А., 23 лет обратился с жалобами на изменение цвета коронки 22 зуба. Анамнез: 22 зуб лечен по поводу осложненного кариеса 1,5 года назад. После лечения зуб не болел.

Объективно: вестибулярная поверхность коронки 22 зуба имеет серый оттенок, слизистая оболочка в области проекции верхушки 22 зуба бледно-розового цвета, перкуссия безболезненная. После удаления пломбы полость зуба широко раскрыта, устье канала закрыто пломбировочным материалом. На рентгенограмме корневой канал 22 зуба прослеживается на всем протяжении. Пломбировочный материал заполняет только устьевую часть канала. В области верхушки корня очаг деструкции костной ткани с четкими контурами размером 1-2 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Каким методом можно восстановить цвет коронки зуба?
3. Необходимо ли заполнить очаг деструкции при пломбировании корневого канала?
4. Электровозбудимость пульпы при данном заболевании.
5. Возможно ли пломбирование канала в первое посещение?

Задача №12.

Пациент А., 20 лет обратился с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе. Боли отсутствуют. Анамнез: 46 зуб несколько раз был лечен по неосложненному кариесу. Объективно: на жевательно-дистальной поверхности 46 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование, реакция на холод, перкуссия безболезненны. При пальпации слизистой оболочки в области верхушек корней 46 зуба определяется крепитация.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Дайте описание рентгенограммы при этом заболевании.
4. Перечислите этапы лечения.
5. Прогноз лечения.

Задача №13.

Пациент К., 35 лет обратился с жалобами на боли при жевании жесткой пищи, чувство тяжести и распираания в 16 зубе. Анамнез: зуб беспокоит в течение 2-х недель. Ранее боли не отмечались, к стоматологу не обращался.

Объективно: 16 зуб изменен в цвете, имеется обширная, кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование устьев корневых каналов безболезненно, вертикальная перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка переходной складки застойно-синюшного цвета. Определяется свищевой ход без отделяемого. Присутствуют симптомы вазопареза. ЭОД свыше 100 мкА. На рентгенограмме: у верхушки небного корня 16 зуба имеется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами размером 4 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие препараты необходимо использовать для медикаментозной обработки корневых каналов?
3. Каким способом можно провести мед.обработку корневого канала.
- 4.Необходим ли депофорез меди-кальция?
- 5.Прогноз лечения.

Задача №14.

Пациент М., 25 лет обратился с жалобами на постоянные сильные боли в 36 зубе, чувство «выросшего» зуба.

Анамнез: впервые полость в 36 зубе заметил 2 года назад. Год назад появились самопроизвольные ночные боли, которые прошли через несколько дней. Вышеуказанные жалобы появились вчера. Объективно: на жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование вскрытой кариозной полости безболезненно, перкуссия резко болезненна. Переходная складка в области 36 зуба гиперемирована, отечна, при пальпации болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какой дополнительный метод обследования поможет поставить окончательный диагноз?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Какие препараты необходимо использовать для медикаментозной обработки корневых каналов?
5. Каким способом можно провести мед.обработку корневых каналов?

Задача №15.

Пациент А., 40 лет обратился с жалобами на наличие кариозной полости в 14 зубе, чувство неловкости, слабую болезненность при накусывании. Анамнез: зуб ранее лечен по поводу неосложненного кариеса. Через месяц появились боли при накусывании и свищ на десне с отделяемым. Затем пломба выпала и выделение из свища прекратилось. На месте свища образовался рубец. Объективно: на жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование устьев корневых каналов безболезненно, на десне в области 14 зуба имеется рубец от свища. Рентгенограмма: в области верхушек корней очаг деструкции костной ткани без четких границ, размером 3x4 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие препараты необходимо использовать для медикаментозной обработки корневых каналов?
4. Показано ли пломбирование зуба в первое посещение?
5. Прогноз лечения.

Задача № 16.

Больной Д., 37 лет, явился с жалобами на чувство “выросшего” 12 зуба. Зуб под металлокерамической коронкой. Больной при себе имеет рентгеновский снимок 12 зуба, сделанный после пломбирования канала 6 месяцев назад. Корневой канал 12 зуба запломбирован за верхушечное отверстие, разрежение костной ткани четких контуров размером 0,5x0,7 см. Со слов больного коронка была поставлена через месяц после лечения. Врач повторно сделал рентгенограмму и обнаружил: корневой канал запломбирован на 2/3, разрежение костной ткани 0,8 x1,0 см.

- 1.Поставьте диагноз, проведите дифференциальный диагноз.
- 2.В чем причины развития осложнения?
- 3.Составьте план лечения.
- 4.Расскажите о консервативно-хирургических методах лечения периодонтита.
- 5.Опишите зоны зрелой гранулемы.

Задача №17

Больной С. явился с жалобами на боль при накусывании в области 35,36 зубов. Перкуссия слегка болезненна 3.6. На рентгенограмме 36 зуба - задний канал запломбирован за верхушечное отверстие, передние каналы – до верхушечного отверстия, равномерное расширение периодонтальной щели. 35 зуб – под пломбой перкуссия 35 болезненна. На рентгенограмме корневой канал запломбирован за верхушечное отверстие. Из анамнеза выяснено, что три дня назад 35 зуб был запломбирован 9 (лечение проводилось по поводу острого пульпита), 36 зуб лечили год назад.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Составьте план лечения.
- 4.Проанализируйте причины развившегося осложнения.
- 5.Подберите необходимый перечень препаратов для оказания помощи больному.

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Указания к оцениванию ситуационных задач (в %)

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы с теоретическим обоснованием и схематическим изображением /85-100.
- Решение правильное, не полное, нет теоритического обоснования ответа / 70-84.
- Решение неполное, включает один из приведенных выше элементов / 60-69.
- Все элементы записаны неверно / 0-59.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

Шкала оценивания презентации

	Нет ответа -0 %	Минимальный ответ - 31-60 %	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ - 70-84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	Отметка (в %)
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.</i>	
<i>Представление</i>	-	<i>Представляемая информация логически не связана.</i>	<i>Представляемая информация не систематизирована и не последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирована и последовательна. нов.</i>	<i>Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4</i>	<i>3-4 ошибки в представленной информации</i>	<i>Не более 2-х ошибок в представленной информации</i>	<i>Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	

		<i>ошибок в представленной информации</i>				
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
Итоговая оценка		неудовлетворительная	удовлетворительная	хорошо	отлично	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Шкала оценивания презентации

	Нет ответа -0 %	Минимальный ответ - 31-60 %	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ - 70-84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	Отметка (в %)
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.</i>	
<i>Представление</i>	-	<i>Представляемая информация логически не связана. Не использованы профессиональные термины.</i>	<i>Представляемая информация не систематизирована и не последовательна. Использованы 1-2 профессиональных термина</i>	<i>Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2-х профессиональных терминов.</i>	<i>Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.</i>	

<i>Оформление</i>	-	<i>Не использованы информационные технологии (PowerPoint) . Больше 4 ошибок в представляемой информации</i>	<i>Использованы информационные технологии (PowerPoint) частично. 3-4 ошибки в представляемой информации</i>	<i>Использованы информационные технологии (PowerPoint) . Не более 2-х ошибок в представляемой информации</i>	<i>Широко использованы информационные технологии (PowerPoint) . Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
<i>Итоговая оценка</i>						

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии: 1. Знание основных разделов эндодонтии. 2. Глубина и полнота раскрытия вопроса. 3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе. 4. Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы. 5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Оценка устных и письменных ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в %)

Отметкой (**85-100**) оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии применяемой в эндодонтии., а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии и патогенеза заболеваний пульпы и периодонта; способен выделить симптомы, поставить клинический диагноз; знает особенности клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний пульпы и периодонта.

Отметкой (**70-84**) оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах

эндодонтии, особенностей постановки клинического диагноза, этиологии, патогенеза и течения заболеваний пульпы и периодонта, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах эндодонтии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний пульпы и периодонта, средние знания о этиологии и патогенезе заболеваний пульпы и периодонта, разбирается в вопросах клинического диагноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах эндодонтии. Студент не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний пульпы и периодонта, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует непонимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методов диагностики пульпитов и периодонтитов, студент называет способы исследования, демонстрирует правильное чтение рентген снимков, дает четкие инструкции при проведении эндодонтических манипуляций.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методов диагностики пульпитов и периодонтитов, студент называет способы исследования, демонстрирует правильное чтение рентген снимков, дает не четкие инструкции при проведении эндодонтических манипуляций.

Отметкой **(60-69)** оценивается не точное выполнение методов диагностики пульпитов и периодонтитов, студент называет не все способы исследования, демонстрирует не полное чтение рентген снимков, дает не четкие инструкции при проведении эндодонтических манипуляций.

Отметка **(0-59)** выставляется при неправильной диагностики пульпитов и периодонтитов, студент называет не все способы исследования, демонстрирует не знание рентген снимков, не может дать инструкции при проведении эндодонтических манипуляций.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме. Есть обоснование клинического диагноза, проведен дифференциальный диагноз, имеется патологическая гистология. План обследования соответствует поставленному диагнозу. Выбрано медикаментозное лечение. Определен прогноз течения заболевания.

Отметкой **(70-84)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, обоснован клинический диагноз, проведен не полный дифференциальный диагноз, имеется патологическая гистология. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания. Определен прогноз

течения заболевания.

Отметкой **(60-69)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, нет обоснования диагноза, сформулирован клинический диагноз, проведен не полный дифференциальный диагноз, нет патологической гистологии. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания.

Отметкой **(0-59)** оценивается история, написанная не по схеме, нет обоснования диагноза, не правильно сформулирован клинический диагноз, не проведен дифференциальный диагноз. План обследования не включает все возможные методики обследования. Схема лечения не соответствует данному заболеванию.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ "ЭНДОДОНТИЯ"

Курс 4, семестр 7, Количество ЗЕ – 3, Отчетность - зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Раздел 1 Введение в эндодонтию.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	5	10	6 неделя
	Рубежный	Письменный опрос, тесты	5	10	
Модуль 2					
Раздел 2 Пульпит.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	5	10	10 неделя
	Рубежный	Устный опрос, тесты	5	10	
Модуль 3					
Раздел 3 Лечение острых и хронических форм пульпитов.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	5	10	18 неделя
	Рубежный	Устный опрос, тесты. Истории болезни.	15	20	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ "ЭНДОДОНТИЯ"

Курс 4, семестр 8, Количество ЗЕ – 3, Отчетность - зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Раздел 1 Периодонтит.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	5	10	3 неделя
	Рубежный	Письменный опрос, тесты	5	10	
Модуль 2					
Раздел 2 Острые и хронические формы периодонтита.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	5	10	8 неделя
	Рубежный	Устный опрос, тесты	5	10	
Модуль 3					
Раздел 3 Лечение острых и хронических форм периодонтита в.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	5	10	18 неделя
	Рубежный	Устный опрос, тесты. Истории болезни.	15	20	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (экзамен)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.