

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**

Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.40 Эндодонтия
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2023

Рабочая программа дисциплины «Эндодонтия» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знать: методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья. Уметь: применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у взрослых наиболее распространенную патологию. Владеть: навыками: диагностики наиболее распространенных заболеваний у взрослых.
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания	Знать: показания для осуществления сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; интерпретации и анализа результатов основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования. Уметь: проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без

	<p>медицинской помощи в неотложной форме</p>	<p>явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. Владеть: методикой проведения сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; интерпретации и анализа результатов основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проведения дифференциальной диагностики заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний</p>	<p>Знать: группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний. Уметь: разрабатывать план лечения с наиболее распространенными заболеваниями у взрослых. Владеть навыками: разработки плана лечения взрослых с наиболее распространёнными заболеваниями с учётом стандартов медицинской помощи</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении</p>	<p>ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать: современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Уметь: использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания</p>

профессиональн х задач		медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть: применением современных алгоритмов лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозно го и медикаментозного лечения при решении профессиональн х задач	ИОПК-6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины	Знать: эффективность применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины. Уметь: контролировать эффективность применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины. Владеть: методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозно го и медикаментозного лечения при решении профессиональн х задач	ИОПК-6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма	Знать: безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма. Уметь: оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма. Владеть: методами оценки безопасности лечения с учётом морфофункционального состояния организма

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	7,8,9	заключительный

ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	7,8,9	заключительный
-------	---	-------	----------------

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Эндодонтия» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета.

- ознакомить студентов с основными понятиями и современными концепциями эндодонтической патологии;
- обучить умению проводить анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, готовить обзоры научной литературы/рефераты по современным научным проблемам; участию в проведении статистического анализа и подготовка докладов по выполненному исследованию; соблюдать основные требования информационной безопасности;
- изучить этиологию, патогенез, принципы выявления, лечения и профилактики эндодонтических заболеваний и патологических процессов;
- обучить умению проводить анализ данных о патологических синдромах, патологических процессах, формах патологии и отдельных болезнях;
- сформировать методологические и методические основы клинического мышления и рационального действия врача;

Содержание модуля дисциплины является логическим продолжением содержания дисциплин Пропедевтика стоматологических заболеваний, Профилактика стоматологических заболеваний, Кариесология и заболевания твердых тканей зубов и служит основой для освоения дисциплины Детская стоматология, Клиническая стоматология, Пародонтология, Заболевания слизистой оболочки рта.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. - 8 / час - 288

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр			
		7	8	9	
Контактная работа	148	36	36	76	
В том числе:	-	-	-	-	
Лекции	28	6	6	16	
Лабораторные работы (ЛР)	-	-	-	-	
Практические занятия (ПЗ)	120	30	30	60	
Семинары (С)	-	-	-	-	
Самостоятельная работа (всего)	104	36	-	68	
В том числе:	-	-	-	-	
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям		15	-	30	
Самостоятельное изучение тем		15	-	30	
Реферат		6	-	8	
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)			зачет	экз 36	
Общая трудоемкость	час.	288	72	36	180
	з.е.	8	2	1	5

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1.	Клиника, дифференциальная диагностика пульпита.	2
2.	Методы лечения пульпита.	4
3.	Клиника, диф. диагностика острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (К04.4) Клиника, диф. диагностика хронического апикального периодонтита (К04.5), периапикального абсцесса со свищём (К04.6), периапикального абсцесса без свища (К04.7).	2
4.	Лечение острого апикального периодонтита и периапикального абсцесса. Неотложная помощь. Этапы лечения хронического апикального периодонтита.	4
5.	Цель ирригации корневых каналов. Современные средства, применяемые для ирригации корневых каналов. Механизм действия и показания к применению. Протокол ирригации корневых каналов. Дезинфицирующие препараты для внутриканального применения. Классификация.	2

	Представители, механизм действия и показания к применению.	
6.	Методы инструментальной обработки корневых каналов. Методы определения рабочей длины.	2
7.	Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов.	2
8.	Техники пломбирования корневых каналов.	2
9.	Особенности работы с облитерированными корневыми каналами. Использование ультразвука в эндодонтии. Активация ирригационных растворов. Смазанный слой, влияние на эндодонтическое лечение.	2
10.	Инструменты для обработки корневого канала: ручные и ротационные. Методика работы ручными инструментами. Классификация эндодонтических инструментов по Кирсону. Вращающиеся никель-титановые инструменты для обработки корневого канала. Классификация никель-титановых инструментов в зависимости от конусности и режущей способности граней рабочей части.	2
11.	Ошибки и осложнения при лечении заболеваний пульпы и периапикальных тканей: общие и местные.	2
12.	Повторное эндодонтическое лечение. Показания. Цели перелечивания. Пределы консервативной терапии. Источники инфицирования тканей периодонта при неудачном эндодонтическом лечении. Особенности инструментальной обработки при повторном лечении корневых каналов.	2
	Итого	28

Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Форма текущего контроля
1.	1	Топография полостей зубов верхней и нижней челюсти.	5	Устный опрос
2.		Строение пульпы. Васкуляризация и иннервация пульпы. Основные функции пульпы зуба. Возрастные изменения пульпы зуба и системы каналов зубов.	5	Устный опрос тестирование
3.		Эпидемиология. Понятие пульпита. Классификации пульпита по этиологическому фактору; топографо-анатомическая, по морфологическим признакам, клиническая. Международная классификация стоматологических болезней МКБ-С-3. Этиология, патогенез и патологическая анатомия пульпита. Клиника, дифференциальная диагностика начального пульпита: (K04.00), острого (K04.01), гнойного (K04.02).	5	Устный опрос
4.		Клиника, дифференциальная диагностика	5	Устный опрос

		хронического пульпита:(K04.03), хронического язвенного (K04.04), хронического гиперпластического (K04.05), другого уточненного пульпита (K04.08), пульпита неуточненного (K04.09).		тестирование
5.		Методы лечения пульпита.	10	Устный опрос
6.	2	Строение и функции периодонта. Классификация периодонтита: И.Г. Лукомского, МКБ-С-3. Этиология, патогенез и патологическая анатомия периодонтита.	5	Устный опрос
7.		Клиника, диф. диагностика острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (K04.4), хронического апикального периодонтита (K04.5), периапикального абсцесса со свищём (K04.6), периапикального абсцесса без свища (K04.7).	10	Устный опрос
8.		Лечение острого апикального периодонтита и периапикального абсцесса. Неотложная помощь. Этапы лечения хронического апикального периодонтита.	5	Устный опрос
9.		Хронический одонтогенный очаг.	5	Устный опрос
10.		Зачетное занятие	5	Устный опрос тестирование
11.		Протокол ирригации корневых каналов. Дезинфицирующие препараты для внутриканального применения. Классификация. Представители, механизм действия и показания к применению.	5	Устный опрос
12.		Инструменты для обработки корневого канала: ручные и ротационные. Методика работы ручными инструментами.	5	Устный опрос
13.		Классификация эндодонтических инструментов по Кирсону. Вращающиеся никель-титановые инструменты для обработки корневого канала. Системы ProTaper, Profile, Mtwo, FlexMaster, K3, GT, ReSe. Классификация никель-титановых инструментов в зависимости от конусности и режущей способности граней рабочей части.	10	Устный опрос тестирование
14.		Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Представители, состав и свойства.	10	Устный опрос
15.		Особенности работы с облитерированными корневыми каналами. Использование ультразвука в эндодонтии. Активация ирригационных	5	Устный опрос

		растворов. Смазанный слой, влияние на эндодонтическое лечение. Цель obturации корневых каналов. Требования к состоянию корневых каналов перед пломбированием. Техники пломбирования корневых каналов.		
16.		Восстановление зубов после эндодонтического лечения. Типы внутриканальных штифтов. Правила выбора штифта.	5	Устный опрос тестирование
17.		Повторное эндодонтическое лечение. Показания. Цели перелечивания. Пределы консервативной терапии. Источники инфицирования тканей периодонта при неудачном эндодонтическом лечении. Особенности инструментальной обработки при повторном лечении корневых каналов.	5	Устный опрос
18.		Методы распломбировки корневых каналов, препараты для распломбирования корневых каналов. Методики извлечения отломков и фрагментов инструментов из корневых каналов, удаление инородных тел из корневых каналов.	5	Устный опрос тестирование
19.		Ошибки и осложнения при лечении заболеваний пульпы и периапикальных тканей: общие и местные.	10	Устный опрос
		Итого	120	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудо-емкость (час)	Вид контроля
1.	1.1	Топография полостей зубов верхней и нижней челюсти.	5	Устный опрос
2.	1.2	Этиология, патогенез и патологическая анатомия пульпита.	7	Устный опрос
3.	1.3	Клиника, дифференциальная диагностика начального пульпита: (K04.00), острого (K04.01), гнойного (K04.02).	5	Устный опрос
4.	1.4	Методы лечения пульпита.	4	решение практических заданий
5.		Методы лечения пульпита.	5	Устный опрос
6.		Эпидемиология. Понятие пульпита. Классификации пульпита по этиологическому	2	Устный опрос

		фактору; топографо-анатомическая, по морфологическим признакам, клиническая.		
7.		Методы лечения пульпита.	8	Устный опрос
8.		Протокол ирригации корневых каналов. Дезинфицирующие препараты для внутриканального применения. Классификация. Представители, механизм действия и показания к применению.	8	Устный опрос
9.		Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Представители, состав и свойства.	8	решение практических заданий
10.		Хронический одонтогенный очаг.	2	Устный опрос
11.		Системы ProT aper, Profile, Mtwo, FlexMaster, K3, GT, ReSe.	10	Устный опрос
12.		Особенности работы с облитерированными корневыми каналами.	2	Устный опрос
13.		Восстановление зубов после эндодонтического лечения.	8	Устный опрос
14.		Методики извлечения отломков и фрагментов инструментов из корневых каналов, удаление инородных тел из корневых каналов.	10	Устный опрос
15.		Повторное эндодонтическое лечение.	2	Устный опрос
16.		Ошибки и осложнения при лечении заболеваний пульпы и периапикальных тканей: общие и местные.	6	решение практических заданий
17.		Ошибки и осложнения при лечении заболеваний пульпы и периапикальных тканей: общие и местные.	10	Устный опрос
18.		Восстановление зубов после эндодонтического лечения. Типы внутриканальных штифтов. Правила выбора штифта.	2	Устный опрос
		Итого	104	

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Пульпа зуба. Функции. Архитектоника.
2. Клеточный состав пульпы зуба.
3. Иннервация и васкуляризация пульпы зуба.
4. Классификация пульпитов.
5. Понятие асептики и антисептики. Дезинфекция.

Стерилизация. Этапы обработки стоматологического инструментария.

Примеры тем рефератов:

1. Понятие о системе макроканала. Типы корневых каналов в однокорневых зубах. Виды верхушек корня зуба. Понятие о физиологических сужениях корневого канала.

2. Определение периодонта. Гистологическое строение периодонта. Кровоснабжение периодонта. Иннервация периодонта. Функции периодонта.

3. Понятие эндодонта. Анатомо-топографические особенности строения полостей постоянных зубов. Правила создания эндодонтического доступа.

4. Общее строение эндодонтического инструмента. Стандартизация инструментария.

5. Классификация эндодонтических инструментов по Кирсону в модификации Боровского Е.В. Инструменты для расширения устьев корневых каналов.

Тестовые задания.

1. Методы обследования больных с заболеваниями пульпы

1. рентгенологических
2. лабораторных
3. термометрических
4. основных
5. цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1. опрос, рентгенография
2. опрос, осмотр
3. осмотр, ЭОД
4. ЭОД, рентгенография
5. перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1. истории жизни
2. анамнеза заболевания
3. перенесенных заболеваний
4. жалоб

5. аллергоанамнеза
4. Окончательный диагноз выставляется на основании:
 1. Жалоб
 2. Жалоб и данных анамнеза
 3. Жалоб, анамнеза, данных объективного обследования
 4. Данных осмотра, основных и дополнительных методов обследования
 5. Осмотр пациента начинают с:
 1. заполнения зубной формулы
 2. определения прикуса
 3. внешнего осмотра
 4. осмотра зубных рядов
 5. перкуссии зубов
 6. Противопоказаниями к проведению лабораторных и инструментальных методов обследования являются:
 1. сахарный диабет
 2. гипертонический криз
 3. хронический обструктивный бронхит
 4. хронический гайморит
 7. Рентгенологический метод исследования позволяет определить:
 1. наличие перелома
 2. уровень резорбции альвеолярной кости
 3. интенсивность и распространенность воспалительных изменений
 8. Воспалительную резорбцию альвеолярной перегородки определяют в результате:
 1. зондирования пародонтального кармана
 2. реографического исследования тканей пародонта
 3. рентгенологического исследования челюстных костей
 4. эхоостеометрического исследования альвеолярной кости
 5. определения индексов кровоточивости десны при зондировании
9. К основным методам обследования относится:
 1. рентгенологическое обследование
 2. цитологическое исследование
 3. общий клинический анализ крови
 4. осмотр полости рта
 5. иммунологическое исследование
10. К дополнительным методам обследования относится:
 1. опрос
 2. осмотр полости рта
 3. рентгенологическое обследование

4. сбор анамнеза
5. внешний осмотр
11. Длительность болевого приступа при остром очаговом пульпите не более:
 1. часа
 2. 2-х часов
 3. 3-х часов
 4. 4-х часов
 5. 5-ти часов
12. Для диффузного пульпита характерна боль:
 1. постоянная
 2. ночная
 3. локализованная
 4. дневная
 5. ноющая
13. 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)
14. 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
15. Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:
 1. среднего кариеса
 2. глубокого кариеса
 3. хронического фиброзного пульпита
 4. хронического фиброзного периодонтита
 5. гипоплазии
16. Приступы самопроизвольной боли возникают при:
 1. среднем кариесе
 2. остром пульпите
 3. хроническом пульпите Г

4. остром периодонтите

5. глубоком кариесе

17. 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

18. 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 вазоактивных веществ

5. повышением температуры тела

19. 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

20. 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

21. 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

22. 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

23. 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

24. 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

25. Каналонаполнитель предназначен для:

1. удаления пульпы

2. определения глубины корневого канала

3. пломбирования каналов

4. распломбирования каналов

5. расширения каналов

26. Вскрытие полости зуба проводят:

1. финиром

2. карборундовой головкой

3. фиссурным бором

4. шаровидным бором № 1

5. диском

27. Для удаления коронковой части (ампутации) пульпы используют инструменты:

1. штопфер

2. экскаватор

3. зонд

4. колесовидный бор

5. зеркало

28. 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
29. Удаление инфицированного прединтона со стенок канала зуба

рекомендуется проводить:

1. корневой иглой
2. пульпоэкстрактором
3. К-файлом
4. каналонаполнителем
5. экскаватором

30. При пломбировании корневого канала используют инструмент:

1. Н-файл
2. спредер
3. развертку
4. пульпоэкстрактор
5. штифт

31. 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

32. 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

33. 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

34. 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
35. 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
36. 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
37. 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
38. 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
39. 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
40. Полное сохранение пульпы зуба проводится при:
 1. глубоком кариесе
 2. остром очаговом пульпите
 3. остром диффузном пульпите
 4. остром периодонтите
 5. обострении хронического пульпита
41. Метод витальной ампутации пульпы применяют в:
 1. клыках верхней челюсти
 2. резцах
 3. 3 молярах
 4. премолярах
 5. клыках нижней челюсти
42. Одонтотропные средства в лечебных прокладках:
 1. глюкокортикоиды
 2. гидроокись кальция
 3. гипохлорит натрия
 4. хлоргексидин
 5. НПВС
43. Противовоспалительные средства в лечебных прокладках:
 1. НПВС
 2. гидроокись кальция
 3. гипохлорит натрия
 4. хлорамин
 5. гидроксиапатит
44. Антимикробные средства в лечебных прокладках:
 1. гидроокись кальция
 2. фториды
 3. лизоцим
 4. метронидазол
 5. гидроксиапатит
45. 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

46. Обнаружение устьев каналов проводится с помощью:

1. бора
2. примера
3. корневой иглы
4. зонда
5. К-файла

47. Для расширения устьев каналов используют:

1. зонд
2. корневую иглу
3. шаровидный бор, Gates-Glidden
4. H-файл
5. К-файл

48. 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

49. 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

50. 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

51. Непосредственно перед пломбированием канал обрабатывается:

1. перекисью водорода
2. 96° спиртом
3. гипохлоритом натрия
4. дистиллированной водой
5. камфара-фенолом

52. 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

53. 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

54. 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

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

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

56. Для медленной девитализации пульпы используют:

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

57. 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

58. 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

59. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует

обязательного включения:

1. ферментов
2. антибиотиков
3. антидотов
4. хлорсодержащих препаратов
5. кислородсодержащих препаратов

60. Рентгенологические изменения в 30% случаях встречаются при

пульпите:

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

61. Периодонтит представляет собой сложное анатомическое

образование происхождения:

1. эпителиального
2. соединительнотканного

62. Ширина периодонтальной щели на нижней челюсти

1. 0,5-4,0
2. 0,15-0,22

3. 0,3-0,5

63. Ширина периодонтальной щели на верхней челюсти

1. 0,3-0,4

2. 0,15-0,22

3. 0,3-0,5

64. Периодонт составляют волокна

1. фиброзные коллагеновые

2. эластические

3. окситалановые

4. аргирофильные

65. Клеточные элементы периодонта

1. фибробласты

2. тучные клетки

3. гистиоциты

4. плазмоциты

5. цементоциты

6. остеобласты

7. одонтобласты

8. хондробласты

9. цементобласты

66. Наличие кариозной полости может быть причиной периодонтита

1. травматического

2. инфекционного

3. медикаментозного

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

1. транссептальные

2. свободные волокна десны

3. циркулярные волокна

4. альвеолярные гребешковые волокна

5. косые волокна

68. Волокна периодонта, охватывающие шейку зуба:

1. транссептальные

2. свободные волокна десны

3. циркулярные волокна

4. альвеолярные гребешковые волокна

5. косые волокна

69. Волокна периодонта от вершины альвеолярных гребней к цементу корня:
1. транссептальные
 2. свободные волокна десны
 3. циркулярные волокна
 4. альвеолярные гребешковые волокна
 5. косые волокна
70. 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
71. Причиной острой травмы периодонта может быть:
1. грубая эндодонтическая обработка канала
 2. вредные привычки
 3. скученность зубов
 4. травматическая окклюзия
 5. употребление мягкой пищи
72. 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
73. 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
74. 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

75. 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

76. 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

77. 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

78. 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

79. Зрелая гранулема (по Fich) содержит:

1. 2 зоны
2. 3 зоны
3. 4 зоны
4. 5 зон
5. 6 зон

80. Зона гранулемы, характеризующаяся активностью остобластов и фибробластов:

1. зона некроза
2. зона контаминации
3. зона раздражения
4. зона стимуляции

5. зона распада и деминерализации
81. 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
82. Одонтогенный очаг инфекции очагово-обусловленные заболевания
 1. вызывает
 2. не вызывает
83. Температурная реакция при хронических формах периодонтита
 1. резко болезненна
 2. болезненна
 3. безболезненна
84. Очаг разряжения костной ткани округлой формы с четкими контурами отмечается на рентгенограмме при:
 1. хроническом гранулематозном периодонтите
 2. хроническом фиброзном периодонтите
 3. хроническом гранулирующем периодонтите
 4. остром периодонтите
 5. хроническом пульпите
85. При мышьяковистом периодонтите антидотом используют:
 1. йокс
 2. димексид
 3. ЭДТА
 4. хлоргексидин
 5. фурацилин
86. Наличие кариозной полости может быть причиной периодонтита
 1. травматического
 2. инфекционного
 3. медикаментозного
87. При остром периодонтите в фазе экссудации возможны
 1. постоянная самопроизвольная боль
 2. боль от температурных раздражителей
 3. увеличение регионарных лимфоузлов
 4. усиление боли при накусывании на зуб
 5. боль при пальпации по переходной складке в области проекции верхушки корня

88. При хронических формах периодонтита результаты ЭОД
1. 60 мкА
 2. 100 мкА
 3. 150 мкА
 4. 200 мкА
 5. 300 мкА
89. Свищевой ход является симптомом обострения:
1. фиброзного хронического периодонтита
 2. гранулирующего хронического периодонтита
 3. гранулематозного хронического периодонтита
 4. кистогранулемы
 5. радикулярной кисты
90. Причиной острой травмы периодонта может быть:
1. грубая эндодонтическая обработка канала
 2. вредные привычки
 3. скученность зубов
 4. травматическая окклюзия
 5. препарирование кариозной полости
91. Мышьяковистая интоксикация периодонтита купируется
1. повторным наложением мышьяковистой пасты
 2. ампутацией пульпы с наложением тампона под повязку
 3. экстирпацией пульпы с пломбированием канала в это же посещение
 4. удалением пульпы, медикаментозной обработкой канала, вложением в корневой канал турунды с препаратами йода или унитиолом
 5. удалением пульпы и физиолечением до стихания острых воспалительных явлений
92. При выборе метода лечения хронического периодонтита наличие общесоматических заболеваний во внимание
1. принимают
 2. не принимают
93. Медикаментозная обработка корневого канала растворами протеолитических ферментов проводится с целью
1. воздействовать на очаг воспаления в периапикальной области
 2. воздействовать на патогенную флору в микроканалах
 3. растворить распад пульпы
94. При лечении хронического фиброзного периодонтита корневой канал пломбируют верхушечного отверстия
1. за верхушечное отверстие
 2. до физиологического верхушечного отверстия

95. Для проведения успешного лечения острого или хронического периодонтита корневые каналы должны быть

1. хорошо проходимыми
2. изогнутыми
3. облитерированными

96. 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 римеру, применявшемуся в инструментальной обработке

97. 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

98. 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

99. 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

100. 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

101. 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

102. Эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала:

1. ример и К-файл
2. Н-файл (бурав Хедстрема)
3. каналонаполнитель
4. спредер
5. пульпэкстрактор

103. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:

1. ример (дрильбор)
2. К-файл и Н-файл
3. каналонаполнитель
4. спредер
5. пульпэкстрактор

104. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

1. ример (дрильбор)
2. К-файл
3. Н-файл
4. каналонаполнитель и спредер
5. пульпэкстрактор

105. Для использования расширения труднопроходимого канала используют:

1. трихлоруксусную кислоту
2. трилон-В (10-20%)
3. ЭДТА 20% водный раствор

106. Для снятия боли после пломбирования канала используют

1. электрофорез трансканальный
2. флюктуоризацию
3. микроволновую терапию
4. массаж по переходной складке
5. УВЧ-терапию

6. ЧЭНС

107. Наличие рубца на слизистой оболочке в проекции вершины корня указывает на обострение хронического периодонтита

1. прошлом
2. настоящем

108. Рампад пульпы из корневого канала удаляется

1. одномоментно
2. дробно

109. Лечение хронического периодонтита в одно посещение возможно при

1. хроническом фиброзном периодонтите
2. остром периодонтите
3. хроническом гранулематозном периодонтите

110. 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

111. 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

112. 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

113. 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

114. 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

115. Метод полного сохранения жизнеспособности пульпы - это:

1. витальная экстирпация
2. витальная ампутация
3. биологический метод
4. девитальная экстирпация
5. девитальная ампутация

116. Метод частичного сохранения пульпы в корневых каналах - это:

1. девитальная экстирпация
2. девитальная ампутация
3. витальная ампутация
4. витальная экстирпация
5. биологический метод

117. 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

118. Ретроградное пломбирование канала зуба проводят:

1. пластичными нетвердеющими пастами
2. резорцин-формалиновой пастой
3. цинк-эвгеноловой пастой
4. стеклоиономерным цементом
5. масляным дентином

119. Рабочая длина корневого канала определяется:

1. по субъективным ощущениям врача
2. по ощущениям пациента
3. ортопантограммой
4. рентгенограммой с иглой
5. ЭОД

120. Препараты на основе ЭДТА преимущественно действуют в среде:

1. кислой

2. щелочной
3. нейтральной
4. с гипохлоритом натрия
5. соленой

121. Какой метод лечения используется при хроническом периодонтите, в случае поломки инструмента на уровне верхушки корня:

1. резекция корня
2. ампутация
3. Гемисекция
4. Трансплантация
5. коронарно-радикулярная сепарация

122. При резекции корня ретроградным пломбирование пользуются:

1. фосфат –цемент
2. силидонт
3. Резорцин-фармалин
4. Серебряная амальгама
5. эндометазоновая паста

123. Первой помощью при остром верхушечном периодонтите (фаза экссудации) не является:

1. применение фтористых препаратов
2. назначение противовоспалительного лечения
3. создание оттока экссудата через корневой канал
4. создание оттока экссудата через дренаж
5. проведение обезболивания

124. Механическая обработка корневых каналов при периодонтитах в себя не включает:

1. использование ЭДТА
2. удаление распада пульпы из 1/3 канала под антисептической ванночкой
3. удаление распада пульпы из 2/3 канала под антисептической ванночкой
4. постепенное удаление распада пульпы под антисептической ванночкой
5. расширение корневого канала файлами

125. При лечении периодонтитов для каналов электрофорез применяется при:

1. при плохо проходимах каналах
2. недержании герметизма
3. поверхностном кариесе

4. среднем кариесе
 5. глубоком кариесе
126. Очаг разряжения костной ткани округлой формы с четкими контурами отмечается на рентгенограмме при
1. хроническом гранулематозном периодонтите
 2. хроническом фиброзном периодонтите
 3. хроническом гранулирующем периодонтите
 4. остром периодонтите
 5. хроническом пульпите
127. При мышьяковистом периодонтите антидотом используют:
1. йокс
 2. димексид
 3. ЭДТА
 4. хлоргексидин
 5. фурацилин
128. Механизм химического расширения корневых каналов состоит в соединении комплексона с:
1. солями кальция
 2. органическими веществами
 3. с коллагенами
 4. с водой
 5. все ответы верны
129. Какие манипуляции не входят в отчет стоматолога- терапевта о проделанной работе:
1. количество принятых больных в день
 2. количество вылеченных зубов
 3. проведение экспертизы нетрудоспособности
 4. направления на консультацию
130. На каждого стоматологического пациента заполняется:
1. учетно-контрольная карта
 2. амбулаторная карта диспансерного пациента
 3. индивидуальная карта амбулаторного пациента
 4. карта санации
131. 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
132. Коронарно-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
133. 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
134. 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
135. 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
136. 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

137. Рабочая длина корня при удалении некротизированной пульпы или распада:

1. на 0,5 мм меньше

2. на 1,0 мм меньше

3. на 1,5 мм меньше

4. на 2 мм меньше

138. 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

139. Чаще, чем другие формы хронического периодонтита, обостряется:

1. хронический фиброзный периодонтит

2. хронический гранулирующий периодонтит

3. хронический гранулирующий периодонтит

4. кистогранулема

5. радикулярная киста

140. Свищевой ход является симптомом обострения:

1. фиброзного хронического периодонтита

2. гранулирующего хронического периодонтита

3. гранулематозного хронического периодонтита

4. кистогранулемы

5. радикулярной кисты

141. Диагноз сепсис ставится на основании:

1. бактериологического анализа крови

2. флюорографии легких

3. анализа слюны

4. анализа зубного налета

5. гистаминовой пробы

142. Сепсис – это:

1. Общая интоксикация организма

2. нехватка эмали

3. недостаточность дентина

4. недостаточность костной ткани

5. Кариозная полость

143. Все ли названные симптомы сепсиса являются специфическими: высокая температура, озноб, бактериемия, потливость, истощение?

1. Да
2. Нет

144. К возбудителям хирургического сепсиса не относятся:

1. протей
2. кишечная палочка
3. гемолитик стрептококк
4. золотистый стафилококк
5. синегнойная палочка

145. Источником хирургического сепсиса может быть все, кроме:

1. закрытого перелома
2. глубокого ожога
3. раны
4. карбункула лица Д5 перитонита

146. Что здесь неправильно, если говорить о клинической классификации сепсиса?

1. послеоперационный
2. острый
3. молниеносный
4. рецидивирующий
5. криптогенный

147. Какие лечебные мероприятия не могут быть рекомендованы при сепсисе?

1. ограничение введения жидкостей
2. вскрытие гнойного очага
3. введение антибиотиков
4. переливание крови
5. витаминотерапия

148. Что из указанного способствует развитию сепсиса?

1. сахарный диабет
2. гипертония
3. акромегалия
4. бронхиальная астма
5. кардиосклероз.

149. Что является наиболее важным при лечении сепсиса?

1. ликвидация первичного очага
2. строгий постельный режим
3. тщательный сбор анамнеза

4. лечение сопутствующего заболевания
5. выявление наследственного фактора

150. Что менее характерно для сепсиса?

1. анурия
2. тахикардия;
3. лейкоцитоз;
4. повышение температуры тела;
5. наличие гнойного очага

151. Обморок – это:

1. вегетативный пароксизм до 1-3 мин.
2. форма сосудистой недостаточности с падением сосуд тонуса, признаками гипоксии головного мозга и угнетение важных функций организма.

3. острая циркуляторная недостаточность с синдромом малого сердечного выброса и тотальной тканевой ишемией.

152. Основными признаками клинической смерти являются:

1. Нитевидный пульс на сонной артерии
2. Отсутствие пульса на сонной артерии
3. Отсутствие пульса на лучевой артерии

153. Коллапс – это:

1. вегетативный пароксизм до 1-3 мин.
2. форма сосудистой недостаточности с падением сосуд тонуса, признаками гипоксии головного мозга и угнетение важных функций организма.

3. острая циркуляторная недостаточность с синдромом малого сердечного выброса и тотальной тканевой ишемией.

154. Во время коллапса кожные покровы:

1. сухие, бледные
2. влажные, бледные
3. сухие, гиперемированные
4. влажные, гиперемированные
5. нормальные

155. Пульс во время коллапса:

1. частый, нитевидный
2. нитевидный, редкий
3. частый, хорошего наполнения
4. редкий, хорошего наполнения
5. нормальный

156. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

1. диатеза
2. интоксикации
3. хронического панкреатита
4. перенесенной ранее аллергической реакции
5. атеросклероза

157. Непосредственным общим осложнением местной анестезии

является:

1. обморок
2. гематома
3. контрактура
4. кровотечение
5. пародонтит

158. Обморок - это:

1. проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
2. аллергическая реакция на антиген
3. потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
4. гипертонус мышц
5. дыхательная недостаточность

159. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:

1. внутривенно 1 мл атропина
2. внутривенно 1 мл мезатона
3. внутримышечно 1 мл норадреналина
4. внутримышечно баралгин
5. внутривенно героин

160. Коллапс - это:

1. аллергическая реакция на антиген
2. потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
3. проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
4. гипертонус мышц
5. дыхательная недостаточность

161. Для отделки пломб используют боры, маркированные цветом:

1. зеленым
2. красным
3. синим
4. белым
5. черным

162. Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится при:

1. свете галогенового светильника стоматологической установки
2. искусственном освещении в вечернее время
3. идеально высушенной поверхности зуба
4. нейтральном дневном освещении
5. ярком солнечном свете

163. Расстояние между излучателем света и пломбирочным материалом не более:

1. 5 мм
2. 10 мм
3. 15 мм
4. 20 мм
5. 25 мм

164. При отверждении химического композита полимеризационная усадка происходит в направлении:

1. источника света
2. протравленной эмали
3. центра
4. периферии
5. дна кариозной полости

165. Протравливание, кондиционирование дентина проводится для:

1. усиления бактерицидных свойств композитов
2. усиления краевого прилегания
3. удаления смазанного слоя
4. формирования гибридного слоя
5. сохранения смазанного слоя

166. Этапы фиксации металлического штифта:

1. Распломбирование канала, создание места под головку и тело штифта, медикаментозная обработка и высушивание канала, внесение фиксирующего цемента, вкручивание штифта.

2. Создание места под головку и тело штифта, распломбирование канала, медикаментозная обработка и высушивание канала, внесение фиксирующего цемента, вкручивание штифта.

3. Создание места под головку и тело штифта, распломбирование канала, медикаментозная обработка и высушивание канала, вкручивание штифта, внесение фиксирующего цемента.

167. Какие штифты обладают биомеханической совместимостью с тканями зуба:

1. Металлические
2. Карбоволоконные (угольные)
3. Стекловолоконные

168. Сроки восстановления зуба после эндодонтического лечения:

1. 1-2 месяца
2. Сразу после окончания лечения корневых каналов
3. От 6 месяцев до 1 года

169. Временная пломба обеспечивает герметичность корневых каналов:

1. Не более 1 месяца
2. До 6 месяцев
3. От 6 месяцев до 1 года

170. К достоинствам анкерных штифтов можно отнести:

1. Расклинивающее действие на стенки корня
2. Способность выдерживать значительные жевательные нагрузки
3. Активная механическая ретенция

Ключи к тестам

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	2	4	4	3	2	1	3	4	3
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	2	4	3	2	2	2	4	1
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	3	3	3	3	4	2	1	3	2
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
3	1	1	1	1	1	4	2	2	2
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
3	2	1	4	4	4	3	2	3	3
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
4	4	3	2	4	4	3	5	3	3
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
4	4	3	2	4	4	3	5	3	3
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
2	2	2	1	1	2	1	3	4	4
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
1	2	3	2	1	3	2	2	3	4
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
3	1	3	1	1	2	4	4	2	1
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
3	2	2	2	1	5	3	2	5	3
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
4	1	2	4	3	5	1	2	2	3

111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
1	1	1	1	3	3	3	4	4	1
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
2	1	3	4	4	4	3	2	2	2
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
1	2	3	2	1	4	1	3	1	3
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
4	4	1	3	3	1	2	2	1	2

Ситуационные задачи

Задача 1

Больная Ж., 20 лет обратилась в клинику терапевтической стоматологии с профилактической целью. Жалоб не предъявляет.

1. Определите алгоритм обследования больной
2. Какие основные методы обследования нужно провести?

Задача 2

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли при температурных раздражителях, на ночную самопроизвольную боль, на разрушение зуба 15
Объективно: На жевательной поверхности имеется глубокая кариозная, зондирование по дну резко болезненно.

Определите алгоритм обследования. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Задача 3

Пациентка А., 41 год. Обратилась с жалобами на острые боли в области 4.8. Две недели назад 4.8 был лечен по поводу глубокого кариеса. План лечения: обезболивание, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка раствором спирта 96°, высушивание, пломба из акрилоксида.

1. Укажите возможные причины возникновения болей 2. Поставьте предварительный диагноз.
1. Лечение глубокого кариеса с антисептической обработкой раствором спирта 96° без лечебной и базовой прокладок, с постановкой пломбы из ненаполненной высокотоксичной пластмассы.
2. острый пульпит.

Задача 4

Пациент М., 27 лет, без соматической патологии. Диагноз: 2.5 острый диффузный пульпит. Метод лечения 2.5 – витальная экстирпация.

Составьте последовательность эндодонтической обработки КК с указанием используемых инструментов

Задача 5

Пациентка К., 48 лет. Направлена стоматологом-ортопедом для лечения 3.6. Ранее 3.6 был лечен по поводу хронического фиброзного пульпита. Планируется 3.6 использовать в качестве опорного зуба под несъемный протез. На рентгенограмме 3.6: дистальный КК заполнен равномерно до верхушки; медиальные - на $\frac{1}{2}$ длины.

1. Составьте последовательность эндодонтического лечения КК с указанием используемых инструментов

2. Какие эндодонтические инструменты и пломбировочные материалы для КК целесообразно использовать?

Задача 6

Пациентка Н., 42 г. Обратилась с жалобами на острую приступообразную самопроизвольную боль в области нижней челюсти слева, усиливающуюся ночью и иррадиирующую в висок, ухо, зубы верхней челюсти. Указать причинный зуб не может. Анамнез: пять дней назад был удален зуб 3.5., острая боль появилась 3 дня назад. Продолжительность болевого приступа около 1 часа, боль после приема анальгетиков уменьшается на непродолжительное время. Объективно: слизистая в области 3.5 бледно-розового цвета, безболезненная при пальпации. Лунка 3.5 выполнена сгустком, покрыта фибринозным налетом. На жевательной и дистальной поверхностях зуба 3.6 глубокая КП, заполненная большим количеством размягченного, пигментированного дентина. Зондирование по дну кариозной полости 3.6 резко болезненное, полость зуба не вскрыта. Реакция на холод болезненная, длительная. Сравнительная перкуссия 3.6 слабоболезненная.

1. Поставьте диагноз

2. Проведите дифференциальную диагностику

Задача 7

Пациентка О., 20 лет. Обратилась с жалобами на острые, самопроизвольные, приступообразные боли в 1.6. Анамнез: ранее 1.6 не лечен, в течение 4 месяцев зуб кратковременно болел от холодного, горячего, при попадании пищи в полость. Вчера появились острые приступообразные

самопроизвольные боли, продолжительностью 10-15 минут. Объективно: на окклюзионной поверхности 3.6 – глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Зондирование болезненное в одной точке дна кариозной полости, перкуссия безболезненная, реакция на холод болезненная, длительная, ЭОД – 20 мкА.

1. Предложите метод лечения
2. Опишите план лечения по типу записи истории болезни

Задача 8

Пациент Ю. 36 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в зубе 3.6. Боль усиливается при накусывании и приёме горячей пищи.

Развитие настоящего заболевания: последние две недели зуб 3.6 болел по ночам, а также от холодной и горячей пищи. В течение 2 дней боль стала постоянной, усиливающейся при накусывании. Появилось чувство «выросшего» зуба.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: на жевательной поверхности зуба 3.6 имеется кариозная полость. Перкуссия зуба резко болезненна. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
3. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

Задача 9

Пациентка М., 35 лет. Обратилась с жалобами на острые, самопроизвольные, приступообразные боли в 2.6. Анамнез: ранее .6 не лечен, в течение 3 месяцев зуб кратковременно болел от холодного, горячего, при попадании пищи в полость. Вчера появились острые приступообразные самопроизвольные боли, продолжительностью 10-15 минут. Объективно: на окклюзионной поверхности 2.6 – глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Зондирование болезненное в одной точке дна кариозной полости, перкуссия безболезненная, реакция на холод болезненная, длительная, ЭОД – 20 мкА.

1. Поставьте диагноз
2. Какие лекарственные средства будете применять в комплексном лечении

Задача 10

Больной Г., 55 лет. Поставлен диагноз: 4.5 обострение хронического гранулематозного периодонтита К04.7.

Назначьте общее лечение в соответствии с принципом комплексности лечения. Ответ:

Общее лечение: этиотропное (антибактериальные средства – ципрофлоксацин 0,125 г 2 раза в день, трихопол 0,2 г. 3 раза в день); патогенетическое и симптоматическое лечение (нестероидные противовоспалительные средства – мовалис 0,15 г в день, антигистаминные – зиртек 10 мг в день). Местное лечение: эндодонтическое лечение; физиолечение (лазеротерапия); хирургическое лечение (компактостеотомия

Задача 11

Пациент Р. обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 2.7. Ранее 2.7 не лечен, кариозную полость заметил около года назад. Объективно: на дистальной поверхности 2.7 глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, перкуссия, реакция на холод безболезненные. На рентгенограмме 2.7: КК прямые, хорошо проходимы, в области апексов корней определяется очаг просветления с неровными контурами 0,4x0,6 мм в виде «языков пламени».

1. Поставьте диагноз
2. Опишите этапы лечения

Задача 12

Пациент Р. обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 2.7. Ранее 2.7 не лечен, кариозную полость заметил около года назад. Объективно: на дистальной поверхности 2.7 глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, перкуссия, реакция на холод безболезненные. На рентгенограмме 2.7: КК прямые, хорошо проходимы, в области апексов корней определяется очаг просветления с неровными контурами 0,4x0,6 мм в виде «языков пламени».

1. Поставьте диагноз
2. Опишите этапы лечения

Задача 13

Пациент Д. 25 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта при приёме пищи, разговоре, повышенное слюноотделение. Отмечает острое начало заболевания после переохлаждения, высокую температуру тела (39,5° С), общую слабость, головную боль.

В анамнезе: хронический тонзиллит, аллергия на некоторые лекарственные препараты.

При внешнем осмотре: кожные покровы бледные. На тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания, пятна, слегка возвышающиеся над окружающей кожей с геморрагической корочкой в центре.

Красная кайма губ отёчна, покрыта массивными кровянистыми корками. Поднижнечелюстные, подподбородочные лимфоузлы увеличены, болезненные, подвижные.

При осмотре полости рта: выраженная эритема слизистой оболочки рта, крупные эрозии, покрытые отслоившимся эпителием и фибринозным налётом на месте вскрывшихся субэпителиальных пузырей.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите факторы, провоцирующие это заболевание.
3. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.

Задача 14

Пациент А. лет жалуется на ноющую постоянную боль в зубе 4.5, возникшую 3 дня назад. Боль усиливается при накусывании на зуб. Объективно: поднижнечелюстной ЛУ справа увеличен, болезненный при пальпации. Переходная складка в области 4.5. гиперемирована. На вестибулярной поверхности 4.5 в пришеечной области глубокая КП, заполненная размягченным дентином. Зондирование безболезненное, перкуссия болезненная, реакция на холод безболезненная. ЭОД 100 мкА. На внутриротовой рентгенограмме периапикальные ткани без изменений.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения

Задача 15

Больному Р., 35 лет, поставлен диагноз: 4.4 хронический фиброзный периодонтит, К04.5. Зуб с одним хорошо проходимым каналом.

1. Можно ли пролечить этот зуб в одно посещение?
2. Какими эндодонтическими инструментами проводится этап расширения устья канала?

3. Укажите пломбировочные материалы для оптимальной obturации корневого канала.

Задача 16

Пациент А. жалуется на ноющую постоянную боль в 3.5, усиливающуюся при накусывании на зуб. Неделю назад по поводу хронического фиброзного пульпита 3.5. была наложена мышьяковистая паста под повязку из искусственного дентина на сутки. В назначенное время пациент на прием прийти не смог, повязку не удалил. Объективно: ЛУ не пальпируются, переходная складка без изменений. На жевательной поверхности 3.5 повязка сохранена. После снятия повязки зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная, перкуссия болезненная. ЭОД 100 мкА..

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения

Задача 17

Пациент В. 66 лет жалуется на интенсивные постоянные боли в зубе 2.8, усиливающиеся при дотрагивании языком и накусывании. Анамнез: 2.8 ранее не лечен, месяц назад отмечались незначительные боли при накусывании. Два дня назад появились интенсивные боли, усиливающиеся при накусывании. Объективно: слизистая оболочка переходной складки и десны в области 2.8 отечна, гиперемирована, при пальпации болезненная. На дистальной поверхности 2.8 глубокая КП, заполненная размягченным дентином, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакция на холодное безболезненные, перкуссия резко болезненная. На внутриротовой контактной Rg бокового отдела верхней челюсти 2.8: на медиальной поверхности очаг просветления с неровными контурами К5, полость зуба без изменений, небный корень прямой, медиально-щечный слабо искривлен, дистально-щечный прямой. В периапикальных тканях неравномерное расширение периодонтальной щели, костный рисунок альвеолы нечеткий.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения
3. Какую документацию необходимо заполнить?
4. Составьте план-отчет о проделанной работе

Задача 18

Пациент С. 65 лет. Поставлен диагноз: 4.7 хронический гранулирующий периодонтит К04.5.. В процессе механической обработки медиально-язычного

корневого канала произошел отлом К- файла №25.

Ваша дальнейшая тактика.

Задача 19

У больного К, 42 года после подготовки корневых каналов к ампутации корня и проведения операции поднялась температура до 40С, озноб, появились боли в области леченного зуба.

1. Развитие какого патологического состояния можно предположить и почему?

2. В чем состоит оказание неотложной помощи **Задача 20**

Женщина 45 лет после принятия вертикального положения внезапно потеряла сознание и упала. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов лица у пациентки, на коже лба испарина, дыхание ослабленное, пульс на сонной и лучевой артериях редкий, слабый, мышцы туловища и конечностей расслаблены.

Вопрос: 1. установите предварительный диагноз.

2. с чем связано внезапная потеря сознания?

3. какое второе название имеет данное состояние?

. окажите первую медицинскую помощь. Ответ: 1. обморок.

2. с внезапно наступившим малокровием мозга.

3. ортостатический коллапс.

4. создать покой, под ноги положить валик (чтобы ноги были выше головы), расстегнуть одежду. Если имеется нашатырный спирт, то произвести ингаляцию. Побрызгать холодной водой на лицо.

Эталоны ответов

Задача 1

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания.

2. Провести опрос (собрать жалобы и анамнез заболевания)

Задача 2

Сбор жалоб и анамнеза болезни. Рентгенодиагностика 15 зуба

Задача 3

3. Лечение глубокого кариеса с антисептической обработкой раствором спирта 96° без лечебной и базовой прокладок, с постановкой пломбы из

ненаполненной высокотоксичной пластмассы.

4. острый пульпит

Задача 4

Создание эндодонтического доступа (препарирование КП, вскрытие и раскрытие полости зуба - боры, ампутация - экскаватор или шаровидный бор, расширение устьев КК - пьезо ример или гейтс дрель). Исследование КК – глубиномер, корневая игла, патфиндер. Экстирпация пульпы – пульпэкстрактор. Препарирование КК – К-римеры, К-файлы, Н-файлы, машинные ВНТ- инструменты. Медикаментозная обработка и высушивание КК – эндодонтический шприц, бумажные штифты или ватные турунды. Обтурация КК под контролем рентгено- или радиовизиограммы – каналонаполнитель, спредер, плаггер.

Задача 5

1. распломбирование медиальных КК (пьезо ример, гейтс дрель, К- и Н-файлы, машинные ВНТ- инструменты); медикаментозная обработка и высушивание КК – эндодонтический шприц, бумажные штифты или ватные турунды; обтурация КК под контролем рентгено- или радиовизиограммы – каналонаполнитель, спредер, плаггер.

2. эндолубриканты (Канал Глайд, Largal Ultra, RC-prep), размягчители гуттаперчи (Гуттасольв, Гуттапласт); антисептики (хлоргекседин 0,05%, гипохлорит натрия 3%); пломбировочные материалы для КК: гуттаперча (штифты, термопластическая) и полимерные силеры (эпоксидные, метакрилаты, полидиметилсилоксаны).

Задача 6

1.3.6 острый диффузный пульпит; K04.02

2. Альвеолит (в анамнезе – удаление зуба), острый очаговый пульпит (характер, ЭОД), обострение хронического пульпита (анамнезе, сообщение КП с полостью зуба; ЭОД), острый верхушечный периодонтит (зондирование и температурная проба, ЭОД), обострение хронического периодонтита (перкуссия, зондирование и температурная проба, ЭОД), Невралгия тройничного нерва (температурная проба, ЭОД), гайморит (заложенность носа, признаки общей интоксикации, температурная проба, ЭОД).

Задача 7

1. 1.6 острый очаговый пульпит, КО4.01

2. I ПОСЕЩЕНИЕ: 1.6 под торусальной анестезией «Ultracain D-S» – 1,8

препарирование кариозной полости, антисептическая обработка теплым 0,05% р-ром хлоргексидина, высушивание, проведен сеанс гелий-неонового лазера на дно кариозной полости, на дно наложен тампон с жидкостью «Крезодент» на 2 суток под повязку из искусственного дентина. Назначено: супрастин 1 табл. на ночь, найз 1 табл. в день. II ПОСЕЩЕНИЕ: 1.6 удаление повязки, антисептическая обработка 0,05% р-ром хлоргексидина, высушивание, на дно наложен «Life», прокладка «BaseLiner», пломба «Filtek Z-250».

Задача 8

1. Острый периодонтит зуба 3.6.
2. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.
3. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит

Задача 9

1. 1.6 острый очаговый пульпит, КО4.01
2. I ПОСЕЩЕНИЕ: 1.6 под торусальной анестезией «Ultracain D-S» – 1,8 препарирование кариозной полости, антисептическая обработка теплым 0,05% р-ром хлоргексидина, высушивание, проведен сеанс гелий-неонового лазера на дно кариозной полости, на дно наложен тампон с жидкостью «Крезодент» на 2 суток под повязку из искусственного дентина. Назначено: супрастин 1 табл. на ночь, найз 1 табл. в день. II ПОСЕЩЕНИЕ: 1.6 удаление повязки, антисептическая обработка 0,05% р-ром хлоргексидина, высушивание, на дно наложен «Life», прокладка «BaseLiner», пломба «Filtek Z-250».

Задача 10

1. 4.7 хронический фиброзный периодонтит, К04.5
2. Хронический гранулематозный периодонтит (на рентгенограмме – в области апекса очаг просветления с неровными контурами), хронический гранулирующий периодонтит (на рентгенограмме – в области апекса очаг просветления округлой или овальной формы с четкими ровными контурами), средний кариес (кратковременная боль от холодного, сладкого, нет сообщения кариозной полости с полостью зуба, зондирование болезненно по эмалево-дентинному соединению, ЭОД в пределах нормы), хронический гангренозный пульпит (длительные боли от горячего, глубокое зондирование болезненное, ЭОД – 60-90 мкА.

Задача 11

1.2.7 хронический гранулирующий периодонтит

2. 1 посещение: создание эндодонтического доступа, дробное удаление распада из КК, механическая обработка КК (Crown Down) без раскрытия апикального отверстия, антисептическая обработка КК р-ром гипохлорита натрия, временное пломбирование КК пастами на основе гидроокиси кальция (каласепт, апексдент) на 3 недели, временная пломба; 2 посещение: замена временной пасты для КК на свежую под временную пломбу на 3 недели; 3 посещение: постоянное пломбирование КК и реставрация.

Задача 12

1. 2.7 хронический гранулирующий периодонтит

2 1 посещение: создание эндодонтического доступа, дробное удаление распада из КК, механическая обработка КК (Crown Down) без раскрытия апикального отверстия, антисептическая обработка КК р-ром гипохлорита натрия, временное пломбирование КК пастами на основе гидроокиси кальция (каласепт, апексдент) на 3 недели, временная пломба; 2 посещение: замена временной пасты для КК на свежую под временную пломбу на 3 недели; 3 посещение: постоянное пломбирование КК и реставрация.

Задача 13

1. Диагноз «небуллезная эритема многоформная L51.0 (многоформная экссудативная эритема)».

2. Факторы, провоцирующие это заболевание: - переохлаждение; - наличие хронической эндогенной инфекции; - прием лекарственных препаратов.

3. Дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы проводят: - с острым герпетическим стоматитом; - с синдромом Стивенса-Джонсона; - с медикаментозным стоматитом; - с акантолитической пузырчаткой; - с лекарственной аллергией.

Задача 14

1. 4.5 острый верхушечный периодонтит, фаза экссудации

2. 1 посещение: создание оттока экссудата с раскрытием апикального отверстия, зуб оставляют открытым, назначение гипертонических ванночек, общего лечения и физиолечения; 2 посещение: тщательная механическая и медикаментозная обработка КК, турунды с противовоспалительным препаратом («Крезофен») в КК под повязку; 3 посещение (при положительной динамике и отсутствии симптоматики): пломбирование КК и полости зуба.

Задача 15

1. Да можно
2. Гейтс дриль, ларго
3. Гуттаперча с силером

Задача 16

1. 3.5 острый верхушечный периодонтит, фаза интоксикации (мышьяковистый периодонтит) К04.4
2. 1 посещение: раскрытие полости зуба 3.5, экстирпация, обработка КК йодиолом, унитиолом (антидоты мышьяка), механическая обработка КК, ирригация КК хлоримином 2%, в КК оставлена турунда с йодиолом на 1-2 дня; 2 посещение: удаление повязки, антисептическая обработка, высушивание, пломбирование КК и кариозной полости.

Задача 17

1. 2.8 обострение хронического фиброзного периодонтита
2. 1 посещение: создание эндодонтического доступа, механическая обработка КК (Crown Down) и раскрытие апикального отверстия для создания оттока экссудата, назначение гипертонических ванночек, общего лечения, физиолечения; 2 посещение: антисептическая обработка КК, пломбирование временной пастой КК (каласепт) на 1-3 недели, повязка; 3 посещение: удаление временной пасты из КК, медикаментозная обработка, пломбирование КК, постоянная пломба.
3. Необходимо сделать запись в амбулаторной карте стоматологического больного
4. отчёт врача о проделанной работе — это, научно-практический труд, в котором врач анализирует итоги своей профессиональной практики и служебной деятельности за последние три года по всем вопросам своей специальности.

Задача 18

Тактика врача обусловлена местом нахождения отломка эндодонтического инструмента, что определяется рентгенологически. При отломе инструмента в устьевой или средней трети КК, нужно попытаться его извлечь с применением эндолубрикантов, ультразвуковых наконечников с эндодонтическими инструментами или пройти канал рядом с отломком. При невозможности извлечь отломок из КК тактика как при терапевтическом лечении плохопроходимых КК или хирургические методы лечения: резекция

верхушки корня, гемисекция.

Задача 19

1. Можно предположить развитие начальной стадии сепсиса, так как на фоне вскрытого гнойного очага, адекватного дренирования, проведения этиотропной и патогенетической медикаментозной терапии состояние больного продолжает ухудшаться. Как правило, это происходит на фоне измененной реактивности организма.

2. Прежде всего необходимо провести до вскрытия и ревизию инфильтрированных тканей. В таких случаях показано не пассивное дренирование, а проведение раневого диализа. Проводят интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию, антибактериальную терапию проводят с учетом чувствительности к ней микрофлоры. Необходимо определить иммунологический статус для проведения адекватной

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Вопросы к зачету «Эндодонтия»

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИЕМА ПАЦИЕНТА В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

1. Вопросы деонтологии в стоматологии.
2. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация стоматологического инструментария.
3. Основные принципы асептики в терапевтической стоматологии. Инфекционный контроль.
4. Медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у): правила заполнения. Разделы медицинской карты.
5. Методы обследования больного с заболеваниями твердых тканей зубов в клинике терапевтической стоматологии.
6. Дополнительные методы обследования в клинике терапевтической стоматологии.
Электроодонтометрия: показания к применению. Виды аппаратов и методика исследования.
7. Дополнительные методы обследования в клинике терапевтической стоматологии. Лучевые методы исследования.

БОЛЕЗНИ ЗУБОВ НЕКАРИОЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

1. Гипоплазия зубов: этиология, клиника, дифференциальная

диагностика.

2. Флюороз зубов: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

3. Гиперестезия твердых тканей зубов: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

4. Повышенное стирание зубов: этиология, клиника, лечение.

5. Клиновидный дефект: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

6. Эрозия зубов: причины, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

7. Изменение цвета твердых тканей зубов после прорезывания: причины и способы устранения.

8. Некроз твердых тканей зуба: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

9. Травма зуба: клиника, лечение.

КАРИЕС ЗУБОВ

1. Кариес зубов: определение, факторы патогенеза, показатели заболеваемости.

2. Теории возникновения кариеса зубов в трудах отечественных ученых.

3. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса зубов.

4. Патологическая анатомия кариеса зубов.

5. Классификации кариеса: топографическая, клиническая, МКБ-10.

6. Кариес эмали (стадия пятна): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

7. Кариес эмали (поверхностный кариес): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

8. Кариес дентина (полости средней глубины): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

9. Кариес дентина (глубокие полости): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

10. Кариес цемента. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

11. Профилактика осложнений и ошибок в диагностике и при лечении кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов.

12. Профилактика кариеса зубов препаратами местного действия.

13. Обоснования и методы общей профилактики кариеса зубов.

14. Значение рациональной гигиены полости рта в профилактике кариеса зубов.

Экзаменационные вопросы

1. Анатомия и физиология пульпы зуба. Анатомо-топографическое строение полостей зубов 14, 27, 42.
2. Анатомия и физиология пульпы зуба. Анатомо-топографическое строение полостей зубов 25, 46, 31, 35.
3. Классификация эндодонтических инструментов. Выбор и применение эндодонтических инструментов. Эндодонтические методики.
4. Эндодонтический инструментарий, классификация. Инструменты для прохождения корневого канала.
5. Пломбировочные материалы для obturации корневого канала, требования предъявляемые к ним. Классификация.
6. Механическая и медикаментозная обработка корневого канала. Требования к раскрытию полости зуба. Эндодонтический инструментарий для расширения устьев корневых каналов.
7. Пломбирование корневого канала, задачи, методики. Выбор пломбировочного материала.
8. Методы лечения зубов с проблемными корневыми каналами. Медикаментозные и физические методы лечения.
9. Инструменты для пломбирования корневого канала.
10. Анатомия и физиология пульпы зуба. Анатомо-топографическое строение полостей моляров верхней и нижней челюсти.
11. Реставрация зубов после эндодонтического лечения. Использование штифтов. Отбеливание зубов с измененным цветом.
12. Внутриканальные штифты. Классификация. Преимущества и недостатки.
13. Ирригация и дезинфекция корневых каналов. Временная obturация корневых каналов. Антибактериальные средства.
14. Методы лечения зубов с проблемными корневыми каналами.
15. Способы профилактики и устранения ошибок и осложнений в эндодонтии. Повторное эндодонтическое лечение.
16. Инструментальная обработка корневого канала. Методы инструментальной обработки каналов, выбор методики в зависимости от клинической ситуации
17. Эндодонтические методики. Выбор и применение эндодонтических инструментов. Классификация эндодонтических инструментов.
18. Анатомическое и гистологическое строение пульпы. Особенности строения коронковой и корневой пульпы. Функции, кровоснабжение,

иннервация. Возрастные изменения.

19. Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы. Обследование пациента. Определение чувствительности пульпы. Лучевые методы исследования.

20. Гиперемия пульпы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Прогноз.

21. Пульпит. Этиология, патогенез, классификация, патоморфологические изменения.

22. Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы. Обследование пациента. Определение чувствительности пульпы. Лучевые методы исследования. Обследование пациента.

23. Методы лечения пульпитов. Биологический метод: показания, противопоказания, методика. Метод витальной ампутации: показания, противопоказания, методика

24. Хирургические методы лечения пульпита. Показания, методики.

25. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение острого пульпита. Биологические методы лечения пульпита (прямое и не прямое покрытие пульпы). Метод витальной ампутации. Показания и противопоказания к проведению.

26. Острый пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика острых пульпитов.

27. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение острого пульпита. Биологические методы лечения пульпита (прямое и не прямое покрытие пульпы). Метод витальной ампутации. Показания и противопоказания к проведению.

28. Хронический пульпит. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности состояния пульпы при хроническом пульпите.

29. Хронический фиброзный пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

30. Хронический конкрементозный пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

31. Хронический гангренозный пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

32. Гипертрофический пульпит, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

33. Методики лечения пульпита, не сохраняющие жизнеспособность пульпы: витальная и девитальная экстирпация пульпы. Выбор пломбирочного материала и пломбирование корневых каналов.

34. Девитальные методы лечения пульпита. Показания, методика.

35. Некроз пульпы. Дистрофические изменения пульпы. Методы лечения.

36. Анатомо-физиологические особенности периодонта. Этиология, патогенез воспаления апикального периодонта.

37. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика острых апикальных периодонтитов. Выраженность клинических проявлений острого периодонтита в фазе интоксикации и в фазе выраженных экссудативных явлений. Общее состояние больного с периодонтитом. Планирование и подготовка к лечению апикального периодонтита.

38. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика хронических периодонтитов. Клиника хронического и обострения хронического периодонтита. Общее состояние больного с обострением хронического периодонтита. Рентгенологическое обследование и электроодонтометрия.

39. Консервативные методы лечения апикального периодонтита. Ирригация и дезинфекция корневых каналов. Временное пломбирование корневых каналов. Антибактериальные средства. Выбор пломбировочного материала и пломбирование корневых каналов.

40. Гранулирующий и гранулематозный периодонтит, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

41. Консервативно-хирургические методы лечения периодонтитов.

42. Хирургические методы лечения периодонтита.

43. Анатомо-физиологические особенности периодонта. Этиология, патогенез воспаления апикального периодонта. Патоморфология хронических периодонтитов.

44. Этиология, патогенез воспаления апикального периодонта. Клиника острого периодонтита.

45. Анатомо-физиологические особенности периодонта. Методы диагностики апикального периодонтита. Обследование пациента.

46. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика острых апикальных периодонтитов. Выраженность клинических проявлений острого периодонтита в фазе интоксикации и в фазе выраженных экссудативных явлений. Общее состояние больного с периодонтитом.

47. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика хронических периодонтитов. Клиника хронического и обострения хронического периодонтита. Общее состояние больного с обострением хронического периодонтита. Рентгенологическое обследование и электроодонтометрия.

48. Ошибки в диагностике пульпита и периодонтита. Ошибки и

осложнения при лечении пульпита и периодонтита.

49. Показания и противопоказания к применению антибактериальной терапии при лечении пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта. Лечение пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта, относящихся к группам риска.

50. Неотложное лечение зубов с жизнеспособной и нежизнеспособной пульпой.

51. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита. Отдаленные результаты и прогноз лечения.

52. Стоматогенный очаг инфекции. Очагово-обусловленные заболевания. Клинические проявления, диагностика и методика обследования пациентов.

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1. Основания и сроки проведения промежуточных аттестаций в форме зачета/экзамена.

1.1.1. Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, дисциплины (модуля) образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом, и в порядке, установленном вузом.

1.1.2. Зачет/Экзамен проводится после выполнения рабочего учебного плана для данной дисциплины в части установленного объема учебных занятий и при условии успешной текущей и рубежной аттестации дисциплины, но не позднее, чем в последнюю неделю семестра.

1.2. Общие правила приема зачета/экзамена:

1.2.1. преподаватель, принимающий зачет/экзамен, должен создать во время зачета/экзамена спокойную деловую атмосферу, обеспечить объективность и тщательность оценки уровня знаний студентов, учет их индивидуальных особенностей;

1.2.2 при явке на зачет/экзамен студент обязан иметь при себе зачетную книжку, которой он предъявляет преподавателю, принимающему зачет. В исключительных случаях при отсутствии зачетной книжки прием зачета/экзамена может осуществляться по индивидуальному допуску из деканата при предъявлении документа, удостоверяющего личность;

1.2.3 в процессе сдачи зачета/экзамена студенты могут пользоваться учебными программами и, с разрешения преподавателя, справочными и

другими необходимыми пособиями. Использование несанкционированных источников информации не допускается. В случае обнаружения членами зачетной комиссии факта использования на зачете/экзамене несанкционированных источников информации (шпаргалки, учебники, мобильные телефоны, пейджеры и т.д.), зачетно-экзаменационной комиссией составляется акт об использовании студентом несанкционированных источников информации, а студент удаляется с зачета с оценкой «не зачтено». Кроме того, актируются с последующим удалением студента все возможные случаи мошеннических действий; 2.3.4. присутствие посторонних лиц в аудитории, где принимается зачет, без письменного распоряжения ректора университета (проректора по учебной работе, декана факультета) не допускается. Посторонними лицами на комиссионной сдаче зачета считаются все, не включенные в состав зачетной комиссии приказом ректора.

1.2.4 по окончании зачета/экзамена преподаватель оформляет и подписывает зачетную ведомость и передает её в деканат с лаборантом кафедры не позднее следующего после сдачи зачета дня;

Экзамен

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования.

Экзаменационный билет содержит три вопроса.

Критерии выставления оценок:

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе

выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Зачет

Порядок проведения зачета:

- ответственным за проведение зачета является преподаватель, руководивший практическими, лабораторными или семинарскими занятиями или читавший лекции по данной учебной дисциплине;

- при проведении зачета в форме устного опроса в аудитории, где проводится зачет, должно одновременно находиться не более 6 - 8 студентов на одного преподавателя, принимающего зачет. Объявление итогов сдачи зачета производится сразу после сдачи зачета;

- при использовании формы письменного опроса, зачет может проводиться одновременно для всей академической группы. Итоги сдачи зачета объявляются в день сдачи зачета;

- при проведении зачета в виде тестовых испытаний с использованием компьютерной техники на каждом рабочем месте должно быть не более одного студента;

- на подготовку к ответу при устном опросе студенту предоставляется не менее 20 минут. Норма времени на прием зачета - 15 минут на одного студента.

3.4. Критерии сдачи зачета:

- Зачет считается сданным, если студент показал знание основных положений учебной дисциплины, умение решить конкретную практическую задачу из числа предусмотренных рабочей программой, использовать рекомендованную нормативную и справочную литературу.

- Результаты сдачи зачета в письменной форме или в форме компьютерного тестирования должны быть оформлены в день сдачи зачета. В зачетную книжку вносятся наименование дисциплины, общие часы/количество зачетных единиц, ФИО преподавателя, принимавшего зачет, и дата сдачи. Положительная оценка на зачете заносится в зачетную книжку студента («зачтено») и заверяется подписью преподавателя, осуществлявшего проверку зачетной работы. При неудовлетворительном результате сдачи зачета запись «не зачтено» и подпись преподавателя в зачетную книжку не вносятся. В зачетно-экзаменационную ведомость заносятся как положительные, так и отрицательные результаты сдачи зачета.

- По окончании зачета преподаватель оформляет зачетную ведомость: против фамилии не явившихся студентов проставляет запись «не явился», против фамилии не допущенных студентов проставляет запись «не допущен», проставляет дату проведения зачета, подсчитывает количество

положительных и отрицательных результатов, число студентов, не явившихся и не допущенных к зачету, и подписывает ведомость.

- Заполненные зачетные ведомости с результатами сдачи зачета группы сотрудники кафедры передают в соответствующий деканат до начала сессии.

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут **(I)**. Билет состоит из 2 вопросов **(II)**. Критерии сдачи зачета **(III)**:

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя,

знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Критерии и шкалы оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал

менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические,

пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу.

			обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Эндодонтия [Электронный ресурс] : учебное пособие / Э. А. Базилян [и др.]; под общей ред. проф. Э. А. Базиляна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-3557-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435571.html>

2. Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин; под общей ред. Ю. М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-3589-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435892.html>

3. Пропедевтическая стоматология в вопросах и ответах [Электронный

ресурс] / А.И. Булгакова, А.Ш. Галикеева, И.В. Валеев, Т.С. Мухаметзянова, Д.И. Шайхутдинова, Ф.Р. Хисматуллина, Л.М. Хазиева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-0874-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408742.html>

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>
2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru
3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>
2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://ebiblioteka.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodont-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке,

предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относятся: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при

конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги,

справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, оттененном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже после составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;

- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;

- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников,

лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);

- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

Раздел 10. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации.</p> <p>Перечень основного оборудования: учебная мебель (столы, стулья), учебная доска, шкаф, стол преподавателя, стул преподавателя, персональный компьютер, технические средства обучения, демонстрационное и иное оборудование, учебно-наглядные пособия, информационные ресурсы, необходимые для организации образовательной деятельности.</p>	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 2 этаж, кабинет № 25, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация–ФедеральноеБТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
2.	<p>Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.</p>	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 3 этаж, кабинет № 27, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация–ФедеральноеБТИ» Филиал

		по Республике Дагестан от 06.10.2020
3.	Помещение для приобретения практических навыков и оказания медицинской помощи гражданам (кабинет № 26, «Терапия»), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: кресло стоматологическое КСЭМ – 03, рентген аппарат Kodak 2100 дентальный, стерилизатор паровой ГК-100-3, камера КБ-02-«Я»-ФП «Ультралайт-М», авто-клав «Кронос» 23л (Италия), ширма рентгенозащитная ШРЗ пб – ПЛ-Р, запечатывающее устройство «Euroseal 2001 + и The Euroseal».	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр. И. Шамиля, 92 «г», кабинет № 26, «Терапия».
4.	Помещение для приобретения практических навыков (кабинет № 36, «Терапия»), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: стоматологическая установка Mini Smail (Чехия), установка Хиродент-654 НК, камера УФО бактерицидная КБ-02-«Я»-ФП, рентген аппарат X GENUS Италия, стерилизатор паровой ГК-100-3, стоматологическая установка AZIMUT-100.	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр. И. Шамиля, 92 «г», кабинет № 36 «Терапия»

11. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.