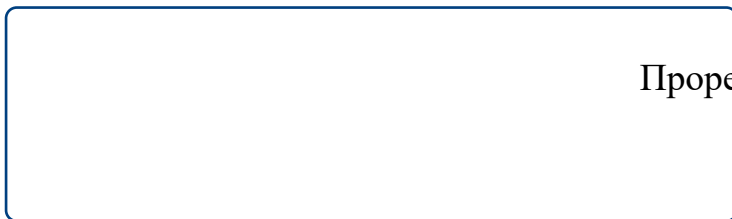


**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» мая 2024 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

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».

Рабочая программа учебной дисциплины одобрена на заседании кафедры «Фундаментальная медицина» (протокол № 10 от «24» мая 2024 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

	медицинской помощи в неотложной форме	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
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний	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
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении	ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	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

профессиональн х задач		оказания 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	заключительный

ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	7,8	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. – 4 / час - 144

Вид учебной работы		Всего часов	Семестр	
			7	8
Контактная работа		96	50	46
В том числе:		-	-	-
Лекции		32	16	16
Лабораторные работы (ЛР)				
Практические занятия (ПЗ)		64	34	30
Семинары (С)				
Самостоятельная работа (всего)		48	22	26
В том числе:		-	-	-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям				
Самостоятельное изучение тем				
Вид промежуточной аттестации зачет				
Общая трудоемкость	час.	144	72	72
	з.е.	4	2	2

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 (K04.4) Клиника, диф. диагностика хронического апикального периодонтита (K04.5), периапикального абсцесса со свищём (K04.6), периапикального абсцесса без свища (K04.7).	4
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. Представители, механизм действия и показания к применению.	4
6.	Методы инструментальной обработки корневых каналов.	2

	Методы определения рабочей длины.	
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	32

Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Форма текущего контроля
1.	1	Топография полостей зубов верхней и нижней челюсти.	2	Устный опрос
2.		Строение пульпы. Васкуляризация и иннервация пульпы. Основные функции пульпы зуба. Возрастные изменения пульпы зуба и системы каналов зубов.	2	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).	2	Устный опрос
4.		Клиника, дифференциальная диагностика хронического пульпита:(K04.03), хронического язвенного (K04.04), хронического гиперпластического	2	Устный опрос тестирование

		(K04.05), другого уточненного пульпита (K04.08), пульпита неуточненного (K04.09).		
5.		Методы лечения пульпита.	6	Устный опрос
6.	2	Строение и функции периодонта. Классификация периодонтита: И.Г. Лукомского, МКБ-С-3. Этиология, патогенез и патологическая анатомия периодонтита.	2	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).	6	Устный опрос
8.		Лечение острого апикального периодонтита и периапикального абсцесса. Неотложная помощь. Этапы лечения хронического апикального периодонтита.	2	Устный опрос
9.		Хронический одонтогенный очаг.	2	Устный опрос
10.		Зачетное занятие	4	Устный опрос тестирование
11.		Протокол ирригации корневых каналов. Дезинфицирующие препараты для внутриканального применения. Классификация. Представители, механизм действия и показания к применению.	2	Устный опрос
12.		Инструменты для обработки корневого канала: ручные и ротационные. Методика работы ручными инструментами.	2	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.	4	Устный опрос тестирование
14.		Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Представители, состав и свойства.	6	Устный опрос
15.		Особенности работы с облитерированными корневыми каналами. Использование ультразвука в эндодонтии. Активация ирригационных растворов. Смазанный слой, влияние на эндодонтическое лечение. Цель obturации корневых каналов. Требования	2	Устный опрос

		к состоянию корневых каналов перед пломбированием. Техники пломбирования корневых каналов.		
16.		Восстановление зубов после эндодонтического лечения. Типы внутриканальных штифтов. Правила выбора штифта.	4	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.	4	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.	4	Устный опрос тестирование
19.		Ошибки и осложнения при лечении заболеваний пульпы и периапикальных тканей: общие и местные.	6	Устный опрос
		Итого	64	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудоемкость (час)	Вид контроля
1.		Топография полостей зубов верхней и нижней челюсти.	2	Устный опрос
2.		Этиология, патогенез и патологическая анатомия пульпита.	2	Устный опрос
3.		Методы лечения пульпита.	4	решение практических заданий
4.		Методы лечения пульпита.	2	Устный опрос
5.		Эпидемиология. Понятие пульпита. Классификации пульпита по этиологическому фактору; топографо-анатомическая, по морфологическим признакам, клиническая.	4	Устный опрос
6.		Методы лечения пульпита.	2	Устный опрос
7.		Протокол ирригации корневых каналов. Дезинфицирующие	4	Устный опрос

		препараты для внутриканального применения. Классификация. Представители, механизм действия и показания к применению.		
8.		Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Представители, состав и свойства.	4	решение практических заданий
9.		Хронический одонтогенный очаг.	2	Устный опрос
10.		Системы ProTaper, Profile, Mtwo, FlexMaster, K3, GT, ReSe.	4	Устный опрос
11.		Особенности работы с облитерированными корневыми каналами.	4	Устный опрос
12.		Восстановление зубов после эндодонтического лечения.	2	Устный опрос
13.		Методики извлечения отломков и фрагментов инструментов из корневых каналов, удаление инородных тел из корневых каналов.	2	Устный опрос
14.		Повторное эндодонтическое лечение.	2	Устный опрос
15.		Ошибки и осложнения при лечении заболеваний пульпы и периапикальных тканей: общие и местные.	2	решение практических заданий
16.		Ошибки и осложнения при лечении заболеваний пульпы и периапикальных тканей: общие и местные.	2	Устный опрос
17.		Восстановление зубов после эндодонтического лечения. Типы внутриканальных штифтов. Правила выбора штифта.	4	Устный опрос
		Итого	48	

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 вернушек 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 вопросы.

Воспаление пульпы

001. Частота обращаемости больных с пульпитом:

- 1) 15-25% 2) 28-30% 3) 38-40% 4) 48-50% 5) 60-70%

002. Длительность болевого приступа при остром очаговом пульпите не более:

- 1) 1 часа; 2) 2-х часов; 3) 3-х часов; 4) 4-х часов; 5) 5-ти часов

003. При остром очаговом пульпите зондирование кариозной полости наиболее

болезненно в области:

- 1) всего дна кариозной полости 4) пришеечной
2) проекции одного из рогов пульпы 5) эмали
3) эмалево-дентинного соединения

004. Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА):

- 1) 2-6; 2) 10-12; 3) 15-25; 4) 30-60; 5) выше 100

005. Для диффузного пульпита характерна боль:

- 1) постоянная; 2) ночная; 3) локализованная; 4) дневная; 5) ноющая

006. Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва является симпто-мом пульпита:

- 1) острого очагового
2) острого диффузного
3) хронического фиброзного (ремиссия)

4) хронического гипертрофического (ремиссия)

5) хронического гангренозного (ремиссия)

007. 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

008. Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:

1) среднего кариеса

2) глубокого кариеса

3) хронического фиброзного пульпита

4) хронического фиброзного периодонтита

5) гипоплазии

009. Приступы самопроизвольной боли возникают при:

1) среднем кариесе; 2) остром пульпите; 3) хроническом пульпите;

4) остром периодонтите; 5) глубоком кариесе

010. Основная функция одонтобластов:

1) образование межклеточного вещества; 2) защитная функция;

3) образование коллагеновых волокон; 4) образование дентина;

5) резорбция дентина

011. Специфической структурной особенностью пульпы зуба является:

1) наличие коллагеновых волокон 4) наличие клеточных слоев

2) наличие аргирофильных волокон 5) наличие межклеточного веще-

ства

3) отсутствие эластических волокон

012. Процессы, характеризующие старение пульпы:

1) увеличение размера полости зуба

2) снижение синтетической, энергетической и функциональной

активности

клеток

3) увеличение количества коллагеновых волокон

4) увеличение плотности кровеносных сосудов и нервов

5) увеличение количества клеточных элементов

013. Воспаление пульпы в течение 48 часов после альтерации имеет харак-тер:

1) острого диффузного пульпита

- 2) острого очагового пульпита
- 3) обострения хронического фиброзного пульпита
- 4) обострения хронического гангренозного пульпита
- 5) обострения хронического гипертрофического пульпита

014. 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

015. Расстояние между физиологическим и анатомическим отверстиями:

- 1) 0,1-0,5 мм; 2) 0,5-1,0 мм; 3) 1,0-1,5 мм; 4) 1,5-2,0 мм; 5) 2,0-2,5 мм

016. Содержание воды в пульпите:

- 1) 60% 2) 85% 3) 90% 4) 95% 5) 100%

017. В структуре пульпы отсутствуют:

- 1) одонтобласты; 2) фибробласты; 3) эластические волокна
- 4) коллагеновые волокна; 5) звездчатые клетки

018. Количество морфологических зон в пульпите:

- 1) 2; 2) 3; 3) 4; 4) 5; 5) 6

019. Периферическая зона пульпы образована клетками:

- 1) фибробластами; 2) остеобластами; 3) одонтобласти
- 4) цементобластами; 5) пульпоцитами

020. Субодонтобластическая зона пульпы содержит:

- 1) одонтобласты; 2) фибробласты; 3) пульпоциты звездчатой формы;
- 4) цементобласты; 5) остеобласты

021. Большое количество нервных рецепторов пульпы в виде сплетений

рас-

положено в:

- 1) центральной зоне 4) в пульпопериодонтальной зоне
- 2) периферической зоне 5) по эмалево-дентинному соединению
- 3) субодонтобластической зоне

022. Коронковая пульпа содержит одонтобластов (максимально):

- 1) 2 слоя; 2) 3 слоя; 3) 4 слоя; 4) 5 слоев; 5) 6 слоев

023. В корневой пульпе одонтобласты формируют:

- 1) 2 слоя; 2) 3 слоя; 3) 4 слоя; 4) 5 слоев; 5) 6 слоев

024. Сохранение жизнеспособности пульпы возможно при:

- 1) остром очаговом пульпите
- 2) остром диффузном пульпите

- 3) хроническом фиброзном пульпите
- 4) хроническом гипертрофическом пульпите
- 5) обострении хронического пульпита

025. Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию:

- 1) третичного дентина; 2) клеточного цемента; 3) неклеточного цемента;
- 4) первичного дентина; 5) вторичного дентина

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

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

027. 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

028. 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

029. Болезненное зондирование дна кариозной полости, точечное вскрытие полости зуба

характерно для пульпита:

1) острого очагового; 2) острого диффузного; 3) хронического фиброзного;

4) хронического гипертрофического; 5) хронического гангренозного

030. Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование

коронковой части пульпы практически безболезненно является симптомом пульпита:

- 1) острого диффузного 4) хронического гангренозного
- 2) хронического фиброзного 5) острого очагового пульпита
- 3) хронического гипертрофического

031. Слабобезболезненное зондирование широко вскрытой полости зуба, появление

кровоточивости при зондировании является симптомом пульпита:

- 1) острого диффузного 4) хронического гангренозного
- 2) хронического фиброзного 5) обострения хронического пульпита

3) хронического гипертрофического

032. Для обострения хронического пульпита характерна:

1) приступообразная боль от всех видов раздражителей, сохраняющаяся после их

устранения

2) ноющая боль от различных раздражителей, преимущественно от горячего,

сохраняющиеся после устранения действия, боль от перемены температур

3) боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при

приеме пищи

4) приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжи-

тельная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при

аналогичных жалобах в прошлом

5) приступообразная, ночная, самопроизвольная боль с иррадиацией по ходу

ветвей тройничного нерва

033. Проведение биологического метода возможно:

1) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет

2) при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет

3) при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом

4) при случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа

5) при хроническом фиброзном пульпите в стадии обострения

034. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:

1) по артериолам (гематогенное инфицирование)

2) по дентинным канальцам из кариозной полости

3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана

4) по лимфатическим сосудам

5) травматические повреждения пульпы

035. В этиологии пульпита основную роль играют:

1) фузобактерии

2) спирохеты

- 3) гемолитические и негемолитические стрептококки
- 4) лактобактерии
- 5) простейшие

036. Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пуль-

пы:

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

037. Мышьяковистая паста (быстродействующая) для некротизации пульпы в

молярах должна быть наложена на:

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

038. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:

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

039. 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 ана-

стомозам

- 4) увеличением количества вазоактивных веществ
- 5) снижением гидростатического давления в полости зуба

040. 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

041. Создание дренажа между кариозной полостью и полостью зуба способствует

переходу острого очагового пульпита в:

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

042. Самопроизвольная боль, боль от всех видов раздражителей, ночная при-

ступообразная 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

043. Приступообразная, интенсивная ночная боль с короткими светлыми про-

межутками, 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

044. 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

045. 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

046. Проведение биологического метода возможно при:

1) случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 57 лет

2) острым очаговым пульпите многокорневого зуба у пациента 17 лет

3) хроническом фиброзном пульпите многокорневого зуба с кариозной

поло-

стью 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

047. Метод витальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:

- 1) под анестезией
- 2) без анестезии
- 3) после ее девитализации препаратами мышьяка
- 4) после применения антибиотиков
- 5) после ее девитализации параформальдегидной пастой

048. Мышьяковистая (быстродействующая) паста для некротизации пульпы в

однокорневых зубах накладывается на:

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

049. При хроническом гипертрофическом пульпите в пульпе происходит:

- 1) некроз ткани пульпы
- 2) фиброзное перерождение пульпы
- 3) значительное разрастание грануляционной ткани
- 4) уменьшение количества волокнистых элементов
- 5) развитие отека и полнокровия

050. 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

051. Полное сохранение пульпы зуба проводится при:

- 1) глубоким кариесом 4) острым периодонтитом
- 2) острым очаговым пульпитом 5) обострении хронического пульпита
- 3) острым диффузным пульпитом

052. Метод витальной ампутации пульпы применяют в:

- 1) клыках верхней челюсти; 2) резцах; 3) молярах; 4) премолярах;
- 5) клыках нижней челюсти

053. Одонтотропные средства в лечебных прокладках:

- 1) глюкокортикоиды; 2) гидроокись кальция; 3) гипохлорит натрия;
- 4) хлоргексидин; 5) НПВС

054. Противовоспалительные средства в лечебных прокладках:

- 1) НПВС; 2) гидроокись кальция; 3) гипохлорит натрия; 4) хлорамин;
- 5) гидроксиапатит

055. Антимикробные средства в лечебных прокладках:

- 1) гидроокись кальция; 2) фториды; 3) лизоцим; 4) метронидазол;
- 5) гидроксиапатит

056. 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

057. Обнаружение устьев каналов проводится с помощью:

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

058. Для расширения устьев каналов используют:

- 1) зонд; 2) корневую иглу; 3) шаровидный бор, Gates-Glidden; 4) Н-файл;
- 5) К-файл

059. 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

060. 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

061. Для промывания одного канала в процессе эндодонтического лечения не

обходимо использовать антисептический раствор в количестве (мл):

- 1) 1-5; 2) 5-10; 3) 10-15; 4) 20-25; 5) 25-30

062. Непосредственно перед пломбированием канал обрабатывается:

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

063. 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 пасто-

образной консистенции

5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

064. 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 пасто-

образной консистенции

5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

065. Обтурация корневых каналов системой "Термафил" 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 пасто-

образной консистенции

5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

066. Рентгенологические изменения в 50% случаях встречаются при пульпите:

1) острым очаговым; 2) острым диффузным; 3) хроническом фиброзном;

4) хроническом гангренозном; 5) хроническом гипертрофическом

067. Для медленной девитализации пульпы используют:

1) мышьяковистую пасту 4) параформальдегидную пасту

2) резорцинформалиновую пасту 5) дентин-пасту

3) цинкоксивитальную пасту

068. 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

069. 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

070. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

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

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

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

Воспаление периодонта

001. 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

002. Волокна периодонта, охватывающие шейку зуба:

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

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

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

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

- 1) свободные волокна десны 4) косые волокна

- 2) циркулярные волокна 5) транссептальные волокна
- 3) альвеолярные гребешковые волокна

005. Наружное (ближе к лунке) сплетение сосудов состоит из:

- 1) капилляров
- 2) сосудов среднего калибра
- 3) крупных, продольно расположенных сосудов
- 4) капиллярных петель в виде клубочков

006. Терминальные веточки кустиковых нервных окончаний обеспечивают регуляцию:

- 1) защитной функции
- 2) распределения силы жевательного давления
- 3) сенсорной функции
- 4) опорно-удерживающей функции
- 5) пластической функции

007. Клубочковые окончания обеспечивают регуляцию:

- 1) пластической функции 4) опорно-удерживающей функции
- 2) силы жевательного давления 5) защитной функции
- 3) сенсорной функции

008. Содержание в периодонте 60% тканевой жидкости без учета большого количества

лимфы и крови в его сосудах способствует выполнению функции:

- 1) опорно-удерживающей; 2) распределения давления; 3) пластической;
- 4) сенсорной; 5) защитной

009. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:

- 1) стафилококки; 2) стрептококки; 3) вейлонеллы; 4) лактобактерии;
- 5) простейшие

010. Причиной острой травмы периодонта может быть:

- 1) грубая эндодонтическая обработка канала
- 2) вредные привычки
- 3) скученность зубов
- 4) травматическая окклюзия
- 5) употребление мягкой пищи

011. 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

012. 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

013. 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

014. Расширение периодонтальной щели в области вершины корня (рентгенологическая

картина) характерно для:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) среднего кариеса

015. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области вер-

шины корня соответствует рентгенологической картине:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) хронического гангренозного пульпита

016. Очаг деструкции костной ткани в области вершины 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

017. 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

018. Зрелая гранулема (по Fich) содержит:

- 1) 2 зоны; 2) 3 зоны; 3) 4 зоны; 4) 5 зон; 5) 6 зон

019. Зона гранулемы, характеризующаяся активностью остеобластов и фибробластов:

- 1) зона некроза; 2) зона контаминации; 3) зона раздражения
- 4) зона стимуляции; 5) зона распада и деминерализации

020. Наиболее эффективный метод лечения зубов с труднопроходимыми каналами:

- 1) резорцин-формалиновый метод 4) депофорез
- 2) трансканальный электрофорез йодом 5) удаление
- 3) трансканальный электрофорез с ферментами

021. Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является:

- 1) хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
- 2) острый периодонтит однокорневого зуба
- 3) хронический фиброзный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при

нали-

чий свищевых ходов

- 5) хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба

022. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется:

- 1) топографией полости зуба
- 2) размером кариозной полости
- 3) выбором пломбировочного материала для корневой пломбы
- 4) выбором методики обработки корневого канала
- 5) выбором анестетика

023. Эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала;

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

024. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:

- 1) ример (дрельбор); 2) К-файл и Н-файл; 3) каналонаполнитель;

4) спредер; 5) пульпэкстрактор

025. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

1) пример (дрельбор); 2) К-файл; 3) Н-файл; 4) каналонаполнитель и спредер

5) пульпэкстрактор

026. Наиболее точно длина корневого канала определяется при помощи:

1) корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола

2) корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы

3) апекслокатора

4) по соотношению длины корня и коронки зуба

5) по специальным таблицам

027. Первым этапом эндодонтической техники "Step back" (шаг назад) является:

1) введение в корневой канал К-файла №35 на глубину 16 мм

2) определение временной рабочей длины

3) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и

деление рабочей длины

4) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала

5) введение в корневой канал пульпоэкстрактора

028. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения

каналов является:

1) 3% раствор гипохлорита натрия

2) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)

3) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)

4) смесь соляной и серной кислот

5) раствор перекиси водорода

029. При проведении антисептической обработки сильнодействующие препараты

(камфарафенол, крезофен и т.д.):

1) вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную

повязку

2) оставляют на ватном, хорошо отжатом тампоне в устье корневого канала

под временную повязку

3) выводят за верхушку корня на тонком бумажном штифте
4) оставляют на ватном, обильно смоченном тампоне в устье корневого канала

5) не используют

030. Основой для нетвердеющих паст является:

1) эвгенол 2) резорцин-формалиновая смесь 3) вазелин-глицериновая смесь

4) эпоксидные смолы 5) дистиллированная вода

031. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования

включается:

1) ЭОД; 2) реопародонтография; 3) рентгенография;

4) реоплетизмография; 5) температурная проба

032. Минимальные сроки восстановления костной ткани (месяцы):

1) 6-9; 2) 9-12; 3) 12-18; 4) 18-24; 5) 24-28

033. Средняя толщина периодонта (мм):

1) 0-0,1; 2) 0,10-0,15; 3) 0,20-0,25; 4) 0,25-0,30; 5) 0,35-0,40

034. В периодонте в норме преобладает коллаген:

1) I типа; 2) II типа; 3) III типа; 4) IV типа; 5) V типа

035. Дельтовидные разветвления каналов обнаруживаются в молярах в:

1) 80% 2) 58% 3) 53,5% 4) 35% 5) 25,5%

036. 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

037. Короно-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

038. 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

039. 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

040. 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

041. 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

042. 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

043. 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

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

1) хронический фиброзный периодонтит 4) кистогранулема

2) хронический гранулирующий периодонтит 5) радикулярная киста

3) хронический гранулирующий периодонтит

045. Свищевой ход является симптомом обострения:

1) фиброзного хронического периодонтита 4) кистогранулемы

2) гранулирующего хронического периодонтита 5) радикулярной кисты

3) гранулематозного хронического периодонтита

046. Для медикаментозной обработки канала используют раствор перекиси водорода в

концентрации:

1) 1,5% 2) 3% 3) 4% 4) 6% 5) 10%

047. Для медикаментозной обработки корневого канала используют раствор

гипохлорита натрия в концентрации:

1) 2-3% 2) 3-5% 3) 5-6% 4) 6-8% 5) 8-10%

048. Для химического расширения корневого канала используют:

1) хлоргексидин; 2) ЭДТА; 3) эвгенол; 4) формалин

5) гипохлорит натрия

049. Эвгенол является основой для:

1) материалов для постоянных пломб

2) паст для постоянного пломбирования каналов

3) паст для временного пломбирования каналов

4) для изолирующих прокладок под композиты химического отверждения

5) для изолирующих прокладок под композиты светового отверждения

050. Йодсодержащие препараты для медикаментозной обработки каналов:

1) хлорамин Т, хлоргексидин; 2) протеолитические ферменты;

3) гидроокись меди-кальция; 4) бетадин, йодиол; 5) перекись водорода

051. Ферментные препараты для медикаментозной обработки корневых каналов:

1) гипохлорит натрия, хлорамин; 2) йодиол, бетадин;

3) диметилсульфоксид; 4) лизоцим, трипсин; 5) перекись водорода

052. Препарат с выраженным поверхностно активным действием для медика-

ментозной обработки каналов:

- 1) лизоцим, трипсин; 2) йодиол, бетадин; 3) гипохлорит натрия;
- 4) диметилсульфоксид; 5) перекись водорода

053. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной актив-

ностью в отношении анаэробных микроорганизмов:

- 1) диклофенак натрия; 2) метронидазол; 3) гипохлорит натрия;
- 4) фурацилин; 5) перекись водорода

054. При лечении острого периодонтита в стадии выраженного экссудативного процесса

в первое посещение:

- 1) герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
- 2) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
- 3) создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
- 4) проводят разрез по переходной складке
- 5) пломбируют канал временными пломбировочными материалами

055. Пломбирование канала зуба при лечении острого периодонтита проводят после

стихания острых воспалительных явлений:

- 1) на 2-3 сутки; 2) на 4-5 сутки; 3) на 5-7 сутки; 4) через 10 дней;
- 5) через 14 дней

056. Целью лечения хронического деструктивного верхушечного периодонтита является:

- 1) сохранение зуба
- 2) устранение очага одонтогенной инфекции
- 3) прохождение корневого канала
- 4) воздействие на микрофлору корневых каналов
- 5) пломбирование корневого канала

057. Антисептическое воздействие на систему корневых каналов оказывается

проведением:

- 1) инструментальной обработки
- 2) медикаментозной обработки
- 3) общей противовоспалительной терапией
- 4) протравливаем стенок корневого канала
- 5) сочетанием инструментальной и медикаментозной обработки

058. Медикаментозная обработка корневых каналов наиболее эффективна при сочетании:

- 1) антибиотиков и протеолитических ферментов
- 2) йодсодержащих препаратов и лизоцима

- 3) гипохлорита натрия и ЭДТА
- 4) хлорамина и перекиси водорода
- 5) ферментов и перекиси водорода

059. Антисептические пасты для временного пломбирования каналов содержат:

- 1) эвгенол; 2) формалин; 3) гидроокись кальция; 4) эпоксидные смолы;
- 5) параформ

060. Некачественное пломбирование канала на 1/2-1/3 длины корня:

- 1) требует повторного эндодонтического лечения
- 2) не требует дополнительного вмешательства
- 3) требует резекции верхушки корня
- 4) требует удаления зуба
- 5) требует реплантации зуба

061. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения деструктивного

периодонтита однокорневого зуба проводится:

- 1) повторное эндодонтическое лечение
- 4) резекция верхушки корня
- 2) гемисекция
- 5) ампутация корня
- 3) короно-радикулярная сепарация

062. Причиной избыточного выведения пломбировочного материала за верхушечное

отверстие корня является:

- 1) перфорация стенки корневого канала
- 2) избыточное расширение апикального отверстия
- 3) облом стержневого инструмента в канале
- 4) недостаточная медикаментозная обработка
- 5) плохо высушенный канал

063. Причиной острой травмы периодонта может быть:

- 1) грубая эндодонтическая обработка канала
- 2) вредные привычки
- 3) скученность зубов
- 4) травматическая окклюзия
- 5) препарирование кариозной полости

064. Наиболее обсемененной микробами частью корневого канала независимо от формы

хронического периодонтита является:

- 1) устье канала
- 2) средняя часть канала
- 3) верхушечная часть канала

4) околоверхушечная часть канала

5) обсеменение равномерно по всей длине канала

065. Зона, содержащая некротизированные ткани и бактерии:

1) зона некроза; 2) зона контаминации; 3) зона раздражения

4) зона стимуляции; 5) ни одна из зон так не характеризуется

066. Зона, содержащая лейкоциты, лимфоциты и остеокласты:

1) зона некроза; 2) зона контаминации; 3) зона раздражения;

4) зона стимуляции; 5) ни одна из зон так не характеризуется

067. Зона, содержащая грануляционную ткань:

1) зона некроза; 2) зона контаминации; 3) зона раздражения

4) зона стимуляции; 5) ни одна из зон так не характеризуется

068. Наиболее редко дает обострение хронический периодонтит:

1) гранулирующий; 2) гранулематозный; 3) фиброзный; 4)

кистогранулема

5) нет зависимости от формы периодонтита

069. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

1) ферментов; 2) антибиотиков; 3) антидотов;

4) хлорсодержащих препаратов; 5) кислородсодержащих препаратов

070. Наиболее благоприятный для зуба отток экссудата при остром или обострении

хронического периодонтита:

1) периодонт с формированием пародонтального кармана

2) корневой канал

3) систему гаверсовых каналов с формированием подслизистого абсцесса

4) систему гаверсовых каналов с формированием периостита

5) для сохранности зуба не играет роли

071. Исходом острого периодонтита не может быть:

1) клиническое выздоровление

2) восстановление периодонта до нормального состояния

3) развитие периостита

4) переход в хронический процесс

5) развитие остеомиелита

072. 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

073. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:

- 1) канал запломбирован не полностью
- 2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- 3) канал запломбирован полностью
- 4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
- 5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

074. 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

075. В возрастных изменениях периодонта выделяют:

- 1) 2 периода; 2) 3 периода; 3) 4 периода; 4) 5 периодов; 5) 6 периодов

076. Волокна периодонта, расположенные в разных направлениях, выполняют функцию:

- 1) распределения давления; 2) опорно-удерживающую; 3) пластическую;
- 4) трофическую; 5) защитную

077. Форма корневого канала после инструментальной обработки должна

быть идентична форме:

- 1) К-файла № 15; 2) К-файла № 20; 3) К-файла № 25; 4) К-файла № 30;
- 5) последнему номеру, применявшемуся в инструментальной обработке

078. В процессе инструментальной обработки 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

079. Содержание в периодонте 60% тканевой жидкости (без учета большого количества

лимфы и крови в его сосудах) способствуют выполнению функции

- 1) опорно-удерживающей; 2) распределения давления; 3) пластической;
- 4)

сенсорной; 5) защитной

080. Ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб, характеризует:

- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
- 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
- 3) острый периодонтит в фазе экссудации
- 4) хронический фиброзный пульпит
- 5) периостит, подслизистый абсцесс

081. Постоянная сильная боль, "чувство выросшего зуба" характеризует:

- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
- 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
- 3) острый периодонтит в фазе экссудации
- 4) хронический фиброзный пульпит
- 5) периостит, подслизистый абсцесс

082. Отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица:

- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
- 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
- 3) острый периодонтит в фазе экссудации
- 4) хронический фиброзный пульпит
- 5) периостит, подслизистый абсцесс__

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

Зачетные 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 obturation 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 obturation 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 непрямое 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 непрямое 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 пломбировочного 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

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.

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.

- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

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. Базикия [и др.]; под общей ред. проф. Э. А. Базикия - 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://elibrary.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 относится: 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 позже 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.	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации, оснащенная средствами обучения, оборудованием и техническими средствами, учебно-наглядными пособиями, образовательными, информационными ресурсами и иными материальными объектами, необходимыми для организации образовательной деятельности.	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 2 этаж, кабинет № 12
2.	Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 3 этаж, библиотека, кабинет № 23
3.	Помещение для приобретения практических навыков (кабинет № 26, «Терапия»), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью	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	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 осуществляться 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.