



Современные эндодонтические технологии

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапевтической стоматологии**

Учебный план о310872_15_12СОП.plx
Специальность 31.08.72 Стоматология общей практики

Квалификация **врач-стоматолог общей практики**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах: зачеты с оценкой 3
в том числе:		
аудиторные занятия	48	
самостоятельная работа	24	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	уп	рпд		
Неделя	22			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	6	6	6	6
Практически	42	42	42	42
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	24	24	24	24
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

ст. преподаватель , Низматулина Н.Р.; ст. преподаватель , Сманалиева Д.Д.



Рецензент(ы):

д.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии КГМА им. И. К. Ахунбаева Шяхметов Д. Б.



Рабочая программа дисциплины

Современные эндодонтические технологии

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.72 СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014г. №1115)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.72 Стоматология общей практики

утвержденного учёным советом вуза от 16.09.2015 протокол № 1.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапевтической стоматологии

Протокол от 29 августа 2015 г. № 1

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Супатаева Т.У.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16 ноября 2016 г.

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

Протокол от 20 сентября 2016 г. № 2

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Супатаева Т.У.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

24 мая 2017 г.

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

Протокол от 22 мая 2017 г. № 10

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Супатаева Т.У.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

23 мая 2018 г.

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

Протокол от 21 мая 2018 г. № 10

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Супатаева Т.У.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

21 мая 2019 г.

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

Протокол от 20 мая 2019 г. № 10

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Супатаева Т.У.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

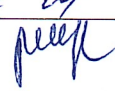
12 сентября 2020 г.

Зав. кафедрой 

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

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 12 09 2020 г. № 2

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

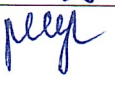
20 сентября 2021 г.

Зав. кафедрой 

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

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 23 08 2021 г. № 1

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

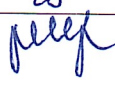
21 сентября 2022 г.

Зав. кафедрой 

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

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 25 08 2022 г. № 1

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

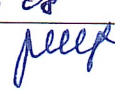
20 сентября 2023 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 26 08 2023 г. № 1

Зав. кафедрой 

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целями освоения дисциплины "Современные эндодонтические технологии" является изучение и освоение современных технологий в эндодонтии, приобретение углублённых компетенций по диагностике, лечению пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта, необходимых для ведения профессиональной деятельности в должности врача-стоматолога-терапевта.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Обучающийся должен освоить программу специалитета по направлению "Стоматология"
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Подготовка и сдача государственной аттестации.

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ПК-6: готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы**

Знать:	
Уровень 1	
Уровень 2	
Уровень 3	методологию проведения экспертизы; выявление источников ошибок и осложнений, способы их устранения; клинические симптомы стоматологических заболеваний.
Уметь:	
Уровень 1	
Уровень 2	
Уровень 3	контролировать ведение текущей учетной и отчетной документации по установленным формам, в том числе с использованием автоматизированных информационных систем; поставить диагноз, определить необходимость и методы дополнительного обследования стоматологического больного; провести контроль качества лечебно-профилактических мероприятий.
Владеть:	
Уровень 1	
Уровень 2	
Уровень 3	составлением учетной и отчетной документации по установленным формам.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

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

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

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
Раздел 1. Пульпиты							
1.1	Диагностика пульпитов и периодонтитов. Выбор метода и планирование эндодонтического лечения, показания и противопоказания к эндодонтическому лечению. Современные эндодонтические инструменты. /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.2	Современные протоколы ирригации и инструментальной обработки корневых каналов при пульпите и периодонтите. Преимущества применения 3D рентгеновских исследований в эндодонтии. /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.3	Современные материалы и методы obturации корневых каналов. Временные вложения в корневые каналы, важность коронкового герметизма на всех этапах лечения. /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.4	Цели, задачи и методы современной эндодонтии. /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.5	Диагностика заболеваний пульпы. Клинические и рентгенологические методы. /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.6	Выбор метода и планирование эндодонтического лечения, показания и противопоказания к эндодонтическому лечению. Современные эндодонтические инструменты. /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.7	Обезболивание, выбор метода обезболивания при эндодонтическом лечении. /Пр/	3	3	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.8	Изоляция оперативного поля. Относительная и абсолютная. Создание эндодонтического доступа. /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.9	Способы препарирования корневого канала: механические (ручные, машинные), вибрационные средства (ультразвуковые, магнитостриктивные, пьезоэлектрические). /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.10	Способы препарирования корневого канала: механические (ручные, машинные), вибрационные средства (ультразвуковые, магнитостриктивные, пьезоэлектрические). /Ср/	3	3	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	

1.11	Методы препарирования корневого канала (апикально- корональный, коронально- апикальный, гибридный методы препарирования). /Пр/	3	3	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.12	Методы препарирования корневого канала (апикально- корональный, коронально- апикальный, гибридный методы препарирования). /Ср/	3	3	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.13	Способы медикаментозной обработки корневого канала (ирригация, антисептическая повязка, аппликация медикаментов, временная корневая obturation, физические методы). /Пр/	3	3	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.14	Способы медикаментозной обработки корневого канала (ирригация, антисептическая повязка, аппликация медикаментов, временная корневая obturation, физические методы). /Ср/	3	3	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.15	Методы obturation корневого канала (obturation только пластическим материалом, obturation холодными гуттаперчевыми штифтами, obturation разогретой гуттаперчей). /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.16	Методы obturation корневого канала (obturation только пластическим материалом, obturation холодными гуттаперчевыми штифтами, obturation разогретой гуттаперчей). /Ср/	3	3	ПК-6	Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	
Раздел 2. Периодонтиты							
2.1	Периодонтиты, классификация. Современные рентгенологические методы диагностики периодонтитов (радиовизиография, ортопантомография, 3-D томография, анализ данных). /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.2	Методы лечения периодонтитов (консервативный, консервативно-хирургический, хирургический, физический- электрофорез, депофорез, ультрафонофорез). Показания. /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.3	Планирование эндодонтического лечения при разных формах периодонтитов. Прогноз. /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.4	Методика определения рабочей длины зуба и корня (тактильный, метод бумажного штифта, рентгенологический и электрометрический метод - апекслокатор). Таблица средних значений длины зубов и корней. /Пр/	3	3	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.5	Методика определения рабочей длины зуба и корня (тактильный, метод бумажного штифта, рентгенологический и электрометрический метод - апекслокатор). Таблица средних значений длины зубов и корней. /Ср/	3	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.6	Этапы препарирования корневого канала (расширение устья, прохождение-навигация канала, расширение корневого канала, формирование- шейпинг корневого канала). Оценка качества препарирования корневых каналов. /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	

2.7	Этапы препарирования корневого канала (расширение устья, прохождение-навигация канала, расширение корневого канала, формирование- шейпинг корневого канала). Оценка качества препарирования корневых каналов. /Ср/	3	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.8	Способы медикаментозной обработки корневого канала (ирригация, антисептическая повязка, аппликация медикаментов, временная корневая obturation, физические методы). /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.9	Способы медикаментозной обработки корневого канала (ирригация, антисептическая повязка, аппликация медикаментов, временная корневая obturation, физические методы). /Ср/	3	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.10	Эффективность эндодонтического лечения периодонтитов. Критерии Клинической и рентгенологической оценки результатов. /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.11	Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении. /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.12	9. Перелечивание корневых каналов. Показания и противопоказания. /Пр/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.13	Зачет. /ЗачётСОц/	3	0		Л1.1 Л2.1	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ «ЗНАТЬ»:

1. Эндодонтия, как раздел терапевтической стоматологии (цель, задачи раздела «Эндодонтия»).
2. Этиологию пульпита. Патогенез пульпита.
3. Понятие об анатомической, физиологической, рентгенологической верхушке зуба.
4. Эндодонтический инструментарий. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO (механические характеристики).
5. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO (длина, размер).
6. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO (цветовое кодирование, конусность).
7. Никель-титановые эндодонтические инструменты (классификация, физико-механические свойства).
8. Клиническая классификация эндодонтических инструментов.
9. Эндоборы. Виды, функциональное предназначение.
10. Инструменты для определения длины корневого канала (диагностические).
11. Инструменты для удаления мягкого содержимого корневых каналов.
12. Инструменты для расширения устьев корневых каналов
13. Инструментарий для прохождения корневых каналов.
14. Инструментарий для расширения и выравнивания корневых каналов.
15. Инструменты для obturation корневых каналов.
16. Эндодонтические инструменты золотой середины. «Golden Medium»
17. Эндодонтические аксессуары (эндодонтические линейки, эндоблоки, Clean Stand, Flexobend, страховочные нити).
18. Апикально-коронарные методы Стандартная техника обработки корневого канала (инструментарий, последовательность его применения)
19. Апикально-коронарные методы «Step Back» техника (сущность метода, используемый инструментарий, методика проведения).
20. Коронарно-апикальные методы «Crown Down» техника (сущность, используемый инструментарий, методика проведения.)
21. Коронарно-апикальные методы «Step Down» техника (сущность, используемый инструментарий, методика проведения.)
22. Эндодонтические наконечники. Классификация.
23. Задачи инструментальной обработки корневого канала. Параметры правильно отпрепарированного корневого канала.
24. Принципы работы с ProTapers, преимущества и недостатки
25. Принцип работы с ProFiles, преимущества и недостатки
26. Эндомикроскопия. Виды эндомикроскопов, их оптические характеристики и функциональные возможности.
27. Вибрационные эндодонтические наконечники. (Звуковые и ультразвуковые приборы в структуре эндодонтического лечения). Техника работы.

28. Ошибки и осложнения при инструментальной обработке корневых каналов.
29. Материалы для временного пломбирования корневых каналов. Состав, свойства.
30. Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Состав, свойства.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ «УМЕТЬ»:

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

ДЕМОНСТРИРОВАТЬ СПОСОБНОСТЬ И ГОТОВНОСТЬ «ВЛАДЕТЬ»:

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

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы не предусмотрены.

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТЫ

ПУЛЬПИТЫ

1. 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

2. Сохранение жизнеспособности пульпы возможно при:

- 1) острым очаговым пульпите
- 2) острым диффузным пульпите
- 3) хроническом фиброзном пульпите
- 4) хроническом гипертрофическом пульпите
- 5) обострении хронического пульпита

3. 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

4. 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

5. Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:

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

6. Проведение биологического метода возможно при:

- 1) случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 57 лет
- 2) остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 17 лет
- 3) хроническом фиброзном пульпите многокорневого зуба с кариозной полостью в пришеечной области
- 4) случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
- 5) обострении хронического фиброзного пульпита у пациента 18 лет

7. 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

8. 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

9. Полное сохранение пульпы зуба проводится при:

- 1) глубоком кариесе
- 2) остром очаговом пульпите
- 3) остром диффузном пульпите
- 4) остром периодонтите
- 5) обострении хронического пульпита

10. Метод витальной ампутации пульпы применяют в:

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

11. 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

12. Обнаружение устьев каналов проводится с помощью:

- 1) бора;
- 2) римера;
- 3) корневой иглы;
- 4) зонда;

5) К-файла

13. Для расширения устьев каналов используют:

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

14. 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

15. 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

16. Для промывания одного канала в процессе эндодонтического лечения необходимо использовать антисептический раствор в количестве (мл):

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

17. Непосредственно перед пломбированием канал обрабатывается:

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

18. Методика пломбирования корневого канала пастами предполагает:

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

19. Способ пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает:

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

20. 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 пастообразной консистенции
- 5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

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

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

22. Для медленной девитализации пульпы используют:

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

23. 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

24. 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

25. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

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

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

- 1) остром очаговом;
- 2) остром диффузном;
- 3) хроническом фиброзном;
- 4) хроническом гангренозном;
- 5) хроническом гипертрофическом

27. Эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала;

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

28. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:

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

29. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

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

30. 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

31. 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 ом"

деление рабочей длины

- 4) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
- 5) введение в корневой канал пульпоэкстрактора

ПЕРИОДОНТИТЫ

1. 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 размеру, применявшемуся в инструментальной обработке

2. 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

3. 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

4. Для медикаментозной обработки каналов (промывания) чаще всего используют:

- 1) раствор хлорамина;
- 2) 3% раствор перекиси водорода;
- 3) 12% раствор перекиси карбамида;
- 4) камфара-фенол;
- 5) фенол-формалин

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

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

11. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения деструктивного периодонтита однокорневого зуба проводится:

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

12. 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

13. 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

14. 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

15. 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

16. 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

17. Антисептические пасты для временного пломбирования каналов содержат:

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

18. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:

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

19. 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
20. 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%
21. Для химического расширения корневого канала используют:
- 1) хлоргексидин;
 - 2) ЭДТА;
 - 3) эвгенол;
 - 4) формалин
 - 5) гипохлорит натрия
22. Корона-радикулярная сепарация - это:
- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
 - 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
 - 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
 - 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
 - 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку
23. Основой для нетвердеющих паст является:
- 1) эвгенол
 - 2) резорцин-формалиновая смесь
 - 3) вазелин-глицериновая смесь
 - 4) эпоксидные смолы
 - 5) дистиллированная вода
24. 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
25. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня соответствует рентгенологической картине:
- 1) хронического фиброзного периодонтита
 - 2) хронического гранулематозного периодонтита
 - 3) хронического гранулирующего периодонтита
 - 4) острого периодонтита
 - 5) хронического гангренозного пульпита
26. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:
- 1) хронического фиброзного периодонтита
 - 2) хронического гранулематозного периодонтита
 - 3) хронического гранулирующего периодонтита
 - 4) кистогранулемы
 - 5) хронического гангренозного пульпита
27. 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
28. Причиной острой травмы периодонта может быть:
- 1) грубая эндодонтическая обработка канала
 - 2) вредные привычки
 - 3) скученность зубов
 - 4) травматическая окклюзия
 - 5) употребление мягкой пищи

29. 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

30. 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

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ

Пульпиты.

1. Ошибки и осложнения при лечении пульпита. Критерии эффективности лечения.
2. Эндодонтические инструменты. Классификация.
3. Выбор метода и планирования эндодонтического лечения пульпита.
4. Обтурация корневого канала. Методы.
5. Обезболивание при эндодонтическом вмешательстве.

Периодонтиты.

1. Диагностика заболеваний пульпы и периодонта.
2. Выбор метода и планирование эндодонтического лечения периодонтита.
3. Коффердам. Абсолютная изоляция оперативного поля.
4. Ошибки и осложнения при лечении периодонтита. Критерии эффективности лечения.
5. Оценка результатов эндодонтического лечения.

УСТНЫЙ ОПРОС

Раздел 1

1. Цели, задачи и методы современной эндодонтии.
2. Диагностика заболеваний пульпы. Клинические и рентгенологические методы.
3. Выбор метода и планирование эндодонтического лечения, показания и противопоказания к эндодонтическому лечению.
4. Современные эндодонтические инструменты.
5. Выбор метода обезболивания при эндодонтическом лечении.
6. Изоляция оперативного поля. Относительная и абсолютная.
7. Создание эндодонтического доступа.
8. Способы препарирования корневого канала: механические (ручные, машинные), вибрационные средства (ультразвуковые, магнитостриктивные, пьезоэлектрические).
9. Методы препарирования корневого канала (апикально- корональный, коронально- апикальный, гибридный методы препарирования).
10. Способы медикаментозной обработки корневого канала (ирригация, антисептическая повязка, аппликация медикаментов, временная корневая обтурация, физические методы).
11. Методы обтурации корневого канала (обтурация только пластическим материалом, обтурация холодными гуттаперчевыми штифтами, обтурация разогретой гуттаперчей).

Раздел 2

1. Периодонтиты, классификация.
2. Современные рентгенологические методы диагностики периодонтитов (радиовизиография, ортопантомография, 3-D томография, анализ данных).
3. Консервативный метод лечения периодонтитов.
4. Консервативно-хирургический метод лечения периодонтитов.
5. Хирургический метод лечения периодонтитов
6. Физические методы лечения периодонтитов (электрофорез, депофорез, ультрафонофорез). Показания.
7. Планирование эндодонтического лечения при разных формах периодонтитов. Прогноз.
8. Методика определения рабочей длины зуба и корня (тактильный, метод бумажного штифта, рентгенологический и электрометрический метод- апекслокатор).
9. Таблица средних значений длины зубов и корней.
10. Этапы препарирования корневого канала (расширение устья, прохождение-навигация канала, расширение корневого канала, формирование- шейпинг корневого канала). Оценка качества препарирования корневых каналов.
11. Способы медикаментозной обработки корневого канала (ирригация, антисептическая повязка, аппликация медикаментов, временная корневая обтурация, физические методы).
12. Эффективность эндодонтического лечения периодонтитов.
13. Критерии Клинической и рентгенологической оценки результатов.
14. Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении

15.Перелечивание корневых каналов. Показания и противопоказания.**МАНУАЛЬНЫЕ НАВЫКИ**

- 1.Определение рабочей длины корневого канала.
- 2.Раскрытие полостей всех групп зубов.
3. Пломбирование корневых каналов пастами.
- 4.Пломбирование корневых каналов метод латеральной конденсации.
- 5.Проведение инструментальной обработки корневых каналов.
- 6.Проведение медикаментозной обработки корневых каналов.
- 7.Высушивание корневого канала с помощью ватных турунд.
- 8.Методы обследования при пульпитах и периодонтитах.
- 9.Временное пломбирование корневых каналов при периодонтитах.
- 10.Механическое и химическое расширение корневого канала

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**Задача № 1.**

Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе.

Болевые приступы продолжаются 10-15

мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадируют в подглазничную область.

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

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

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

Задача № 2.

Больной Н., 19 лет, жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от

холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

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

Задача №3.

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

Электровозбудимость пульпы - 50 мкА.

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

Задача №4.

Больная И., 39 лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, боль от горячего в 1.7 зубе. Боль появилась около месяца назад. Объективно: на жевательной поверхности 1.7 зуба определена глубокая кариозная полость. Зуб имеет серый цвет. Полость зуба вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненное, корневой - болезненно. Горячая вода вызывает приступ боли.

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

5. Перечислите основные этапы лечения.**Задача №5.**

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

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

Задача №6.

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

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

Задача №7.

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

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

Задача №8.

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

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

Задача №9.

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

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

Задача №10.

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

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

Задача №11.

Пациент А., 23 лет обратился с жалобами на изменение цвета коронки 22 зуба. Анамнез: 22 зуб лечен по поводу осложненного кариеса 1,5 года назад. После лечения зуб не болел. Объективно: вестибулярная поверхность коронки 22 зуба имеет серый оттенок, слизистая оболочка в области проекции вершины 22 зуба бледно-розового цвета, перкуссия безболезненная. После удаления пломбы полость зуба широко раскрыта, устье канала закрыто пломбировочным материалом. На рентгенограмме корневой канал 22 зуба прослеживается на всем протяжении. Пломбировочный материал заполняет только устьевую часть канала. В области вершины корня очаг деструкции костной ткани с четкими контурами размером 1-2 мм.

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

Задача №12.

Пациент А., 20 лет обратился с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе. Боли отсутствуют. Анамнез: 46 зуб несколько раз был лечен по неосложненному кариесу. Объективно: на жевательно-дистальной поверхности 46 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта.

Зондирование, реакция на холод, перкуссия безболезненны. При пальпации слизистой оболочки в области верхушек корней 46 зуба определяется крепитация.

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

Задача №13.

Пациент К., 35 лет обратился с жалобами на боли при жевании жесткой пищи, чувство тяжести и распирающего в 16 зубе. Анамнез: зуб беспокоит в течение 2-х недель. Ранее боли не отмечались, к стоматологу не обращался. Объективно: 16 зуб изменен в цвете, имеется обширная, кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба.

Зондирование устьев корневых каналов

безболезненно, вертикальная перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка переходной складки застойно-синюшного цвета. Определяется свищевой ход без отделяемого. Присутствуют симптомы вазопареза. ЭОД свыше 100 мкА. На рентгенограмме: у вершины небного корня 16 зуба имеется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами размером 4 мм.

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

Задача №14.

Пациент М., 25 лет обратился с жалобами на постоянные сильные боли в 36 зубе, чувство «выросшего» зуба. Анамнез: впервые полость в 36 зубе заметил 2 года назад. Год назад появились самопроизвольные ночные боли, которые прошли через несколько дней. Вышеуказанные жалобы появились вчера. Объективно: на жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование вскрытой кариозной полости безболезненно, перкуссия резко болезненна. Переходная складка в области 36 зуба гиперемирована, отечна, при пальпации болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какой дополнительный метод обследования поможет поставить окончательный диагноз?
3. Дифференциальная диагностика.

4. Какие препараты необходимо использовать для медикаментозной обработки корневых каналов?
5. Каким способом можно провести мед.обработку корневых каналов?

Задача №15.

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

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

Задача № 16.

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

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

Задача №17

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

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

5.4. Перечень видов оценочных средств

ТЕСТЫ
ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
УСТНЫЙ ОПРОС
МАНУАЛЬНЫЕ НАВЫКИ
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	В.А. Кожокеева, К.Б. Куттубаева, С.М. Эргешов	Периодонтит: клиника, диагностика, лечение.: Учебное пособие	КРСУ 2015
Л1.2	В.А. Кожокеева, К.Б. Куттубаева, С.М. Эргешов	Пульпит: клиника, диагностика, лечение.: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Боровский Е.В.	Терапевтическая стоматология: учебник	М.: Медицинское информационное агентство 2004

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

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Для осуществления учебно-лечебного процесса используются учебные аудитории и лечебные кабинеты на базе КРСУ в Аламедине-1 корпус №13, оснащенные специальным оборудованием (стоматологические установки, фантомы, модели) и необходимыми материалами (инструментарий, медикаменты, пломбирочные материалы) для осуществления приема пациентов со стоматологической патологией. На кафедре имеются проекционные приборы (мультимедийные проекторы) для демонстраций видеофильмов и презентаций. Клиника «БИОДЕНТ» так же предоставляет учебные аудитории и лечебные кабинеты, где у ординаторов есть возможность ознакомиться с новейшими технологиями в стоматологии:
7.2	Система автоматизированного заполнения и введения различных форм медицинской документации 1С
7.3	Панорамная рентгенография (Genoray)
7.4	КЛКТ-конусно-лучевая компьютерная 3D томография (Genoray)
7.5	ТРГ- телерентгенография (Genoray)
7.6	компьютерный визиограф (Genoray)
7.7	CAD CAM система (SIRONA, Германия)
7.8	Цифровой сканер (SIRONA)
7.9	Эндонаконечники: X-Smart (Densplay) SAF SYSTEM (Израиль)
7.10	Внутриротовые беспроводные цифровые видеокамеры (Wireless Intraoral Camera)

7.11	Апекслокатор
7.12	Бинокляры
7.13	Tescera ATL - система для изготовления не прямых реставраций.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ПРИМЕР: Задача

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

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

Эталон ответа к задаче

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

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

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Ординаторы изучают методы обследования и лечения больных с заболеваниями пульпы и периодонта, отрабатывают практические навыки в группе, работают с больными в лечебных кабинетах под руководством педагога. Для работы рекомендовано использовать методические рекомендации к практическому занятию, плакаты, таблицы, методические разработки кафедры. Заключительным этапом работы является оформление истории болезни.

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

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Указания к оцениванию ситуационных задач (в %)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Шкала оценивания презентации

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

		<i>ы информацио нные технологии (PowerPoint) . Больше 4 ошибок в представляе мой информации</i>	<i>информацио нные технологии (PowerPoint) частично. 3- 4 ошибки в представляе мой информации</i>	<i>информацио нные технологии (PowerPoint) . Не более 2- х ошибок в представляе мой информации</i>	<i>ы информацио нные технологии (PowerPoint) . Отсутству ют ошибки в представлен ной информации</i>
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарн ые вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>
<i>Итоговая оценка</i>					

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответ

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

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

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

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

Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах стоматологии, особенностей постановки клинического диагноза, этиологии, патогенеза и течения стоматологических заболеваний, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2

вышеперечисленным элементам.

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, ординатор называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при проведении манипуляций, соблюдает индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, ординатор дает не полное название способов исследования, демонстрирует методику исследования, дает не четкие инструкции при проведении манипуляций, соблюдает индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(60-69)** оценивается выполнение методики осмотра пациента, ординатор дает не полное название способов исследования, при демонстрации методики исследования допускает неточности, затрудняется давать инструкции при проведении манипуляций.

Отметка **(0-59)** выставляется при не проведении методики осмотра пациента, ординатор не называет способы исследования, не может продемонстрировать методику исследования, затрудняется давать инструкции при проведении манипуляций.

**ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ОРДИНАТУРЫ ДИСЦИПЛИНЫ "СОВРЕМЕННЫЕ
ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ"**

Курс 2, семестр 3, Количество ЗЕ – 2, Отчетность – зачет СОЦ

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Раздел 1 Пульпиты	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	10	15	9неделя
	Рубежный	Письменный опрос, тесты	10	15	
Модуль 2					
Раздел 2 Периодонтиты	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	10	15	20 неделя
	Рубежный	Устный опрос, тесты	10	15	
ВСЕГО за семестр			40	60	
Промежуточный контроль (зачет)			20	40	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

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