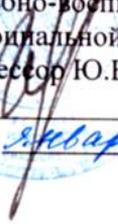




Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра терапевтической стоматологии

СОГЛАСОВАНО
Проректор по учебно-методической работе и связям с общественностью
профессор Т.А. Федорина

« 15 » января 2016 г.

УТВЕРЖДАЮ
Председатель ЦКМС
первый проректор – проректор
по учебно-воспитательной
и социальной работе
профессор Ю.В. Щукин

« 18 » января 2016 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
«Эндодонтия»
Шифр дисциплины Б.1 Б.44

Рекомендуется для направления подготовки
СТОМАТОЛОГИЯ 31.05.03

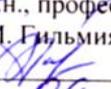
Уровень высшего образования *Специалитет*
Квалификация (степень) выпускника *Врач - стоматолог общей практики*

Факультет стоматологический

Форма обучения очная

СОГЛАСОВАНО
Декан
стоматологического
факультета
д.м.н., профессор
В.П. Петров

« 13 » 09 2016 г.

СОГЛАСОВАНО
Председатель
методической
комиссии по стоматологии
д.м.н., профессор
Э.М. Гильмияров

« 13 » 09 2016 г.

Программа рассмотрена и
одобрена на заседании
кафедры
(протокол № 1,
29.08 2016г.)
д.м.н., профессор
Э.М. Гильмияров

« 29 » 08 2016 г.

Самара 2016

Рабочая программа составлена в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология (уровень Специалитет) утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «9» февраля 2016 г. №96

Составители рабочей программы:

зав. кафедрой терапевтической стоматологии, д.м.н., **профессор Э.М. Гильмияров**,
к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии **Т.М. Ткач**,
к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии **С.Е. Швайкина**.

Рецензенты:

Л.П. Герасимова - заведующая кафедрой терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России» д.м.н., профессор.

А.И. Николаев - заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор.

1. Планируемые результаты обучения по дисциплине.

Цель – подготовка врача-стоматолога, способного оказывать пациентам эндодонтическое лечение болезней пульпы и периодонта.

Задачами дисциплины являются:

- обучение студентов методам диагностики, используемым при обследовании пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта;
- обучение студентов методам дифференциальной диагностики при заболеваниях пульпы и периодонта;
- обучение студентов показаниям и противопоказаниям к различным методам лечения пульпита и периодонтита;
- формирование теоретических и практических умений по лечению пульпита;
- формирование теоретических и практических умений по лечению периодонтита;
- освоение, выявление, устранение и профилактика возможных осложнений при лечении заболеваний пульпы и периодонта.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование у выпускника следующих общепрофессиональных компетенций: ОПК-11; профессиональных компетенций, соответствующих диагностическому: ПК-5(1); ПК-6; лечебному: ПК-8; ПК-9 видам профессиональной деятельности:

ОПК-11	Готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями.
ПК-5(1)	Готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания.
ПК-6	Способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со стоматологическим здоровьем, X просмотра
ПК-8	Способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями
ПК-9	Готовностью к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

В результате освоения дисциплины «Эндодонтия» студент должен:

Знать:

- классификации, этиологию, патогенез пульпита и периодонтита;
- методы обследования, диагностики, профилактики и лечения заболеваний пульпы и периодонта.

- методы эндодонтического лечения пульпита и периодонтита.
- причины осложнений эндодонтического лечения и способы их предупреждения.
- методы проведения эндодонтического лечения у пациентов, относящихся к группе риска.

Уметь:

- составлять план и проводить обследование пациента с заболеваниями пульпы и периодонта;
- использовать дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза;
- поставить диагноз с учетом Международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- составлять план лечения пульпита и периодонтита;
- проводить эндодонтическое лечение пульпита;
- проводить эндодонтическое лечение периодонтита;
- проводить повторное эндодонтическое лечение;
- выявлять, устранять и предпринимать меры профилактики осложнений при лечении зубов с заболеваниями пульпы и периодонта;
- проводить отбеливание девитальных зубов, измененных в цвете.

Владеть:

- методами обследования пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта;
- методами эндодонтического лечения пульпита;
- методами эндодонтического лечения периодонтита;
- методами эндодонтического лечения зубов с труднопроходимыми корневыми каналами;
- методами повторного эндодонтического лечения зубов;
- методами эстетико-функционального восстановления зубов после эндодонтического лечения.

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Эндодонтия» реализуется в рамках базовой части Блока 1 «Дисциплины (модули)» согласно учебному плану специальности 31.05.03 Стоматология, изучается в седьмом и восьмом семестрах.

Предшествующими, на которых непосредственно базируется дисциплина «Эндодонтия», являются следующие дисциплины: анатомия человека, анатомия головы и шеи; биологическая химия и биохимия полости рта; гистология, эмбриология, цитология, гистология полости рта; нормальная физиология, физиология челюстно-лицевой области; микробиология, вирусология, микробиология полости рта; иммунология, клиническая иммунология; патологическая анатомия, патологическая анатомия головы и шеи; патофизиология, патофизиология головы и шеи; фармакология; внутренние болезни, клиническая фармакология; лучевая диагностика; пропедевтика, материаловедение в

стоматологии, профилактика и коммунальная стоматология, кариесология и заболевания твердых тканей зубов, зубопротезирование (простое протезирование), этика, право и менеджмент в стоматологии.

Параллельно изучаются: онкостоматология и лучевая терапия; протезирование зубных рядов (сложное протезирование); хирургия полости рта; инфекционные болезни, фтизиатрия; медицинская реабилитация; психиатрия и наркология; оториноларингология; неврология.

Дисциплина «Эндодонтия» является основополагающей для изучения следующих дисциплин: имплантология и реконструктивная хирургия полости рта; гнатология и функциональная диагностика ВНЧС; клиническая стоматология; заболевания головы и шеи; изменения СОПР при заболеваниях внутренних органов и систем организма; проявления на СОПР дерматозов; геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта; методы подготовки полости рта к протезированию; современные аспекты реанимационной помощи; инновационные технологии в стоматологии.

Освоение компетенций в процессе изучения дисциплины способствует формированию знаний, умений и навыков, позволяющих осуществлять эффективную работу по следующим видам профессиональной деятельности: медицинская

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 зачетных единиц.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам	
		VII	VIII
Контактная работа обучающихся с преподавателям. Аудиторные занятия (всего)	144	68	76
В том числе:			
Лекции (Л)	36	18	18
Клинические практические занятия (КПЗ)	108	50	58
Самостоятельная работа (всего)	36	13	23
В том числе:			
подготовка к практическим занятиям	19	8	11
написание истории болезни	8	-	8
подготовка рефератов	9	5	4
Вид промежуточной аттестации Экзамен	Экзамен, 36	-	Экз.36
Общая трудоемкость дисциплины	216	81	135
Зачетные единицы (1 ед. – 36 ч)	6	2,25	3,75

4. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием количества часов и видов занятий:

4.1 Содержание разделов дисциплины

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела	Коды компетенций
1	2	3	4
1	Пульпит	Болезни пульпы зуба. Этиология, патогенез пульпита, классификации пульпита. Обследование больного с заболеванием пульпы. Острые формы пульпита. Патологическая гистология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хронические формы пульпита. Патогистология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Обострение хронического пульпита. Редкие формы пульпита. Патогистология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Внутренняя воспалительная резорбция. Методы лечения пульпита. Лечение пульпита с сохранением жизнеспособности пульпы. Биологический метод. Лечение пульпита методом витальной ампутации. Особенности эндодонтического вмешательства при лечении пульпита. Методы инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов. Лечение пульпита методом витальной экстирпации. Лечение пульпита методом девитальной экстирпации. Лечение пульпита комбинированным методом. Импрегнационные методы обработки непроходимой части корневого канала. Лечение пульпита методом девитальной ампутации. Ошибки и осложнения при диагностике и лечении пульпита, способы их устранения. Отдаленные результаты лечения пульпита.	ОПК-11 ПК-5(1) ПК-6 ПК-8 ПК-9

2	Периодонтит	<p>Анатомо-физиологические особенности периодонта. Этиология и патогенез периодонтита. Классификации периодонтита. Особенности обследования пациентов с периодонтитом. Схема истории болезни.</p> <p>Острые формы периодонтита. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика хронических форм периодонтита. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика хронического периодонтита в стадии обострения.</p> <p>Современные методы инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов зубов при эндодонтическом лечении периодонтита. Лечение острого периодонтита. Лечение хронического периодонтита. Лечение хронического периодонтита в стадии обострения. Односеансный метод лечения периодонтита. Физические методы лечения периодонтита. Возможные ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита, способы их устранения. Резорбция корня зуба: внутренняя и наружная. Стоматогенный очаг инфекции и очагово-обусловленные заболевания. Повторное эндодонтическое лечение.</p>	<p>ОПК-11 ПК-5(1) ПК-6 ПК-8 ПК-9</p>
3.	Реставрация зубов после эндодонтического лечения	<p>Этапы эстетической реставрации зубов после эндодонтического лечения. Использование внутриканальных штифтов. Отбеливание девитальных зубов, измененных в цвете.</p>	<p>ОПК-11 ПК-5(1) ПК-6 ПК-8 ПК-9</p>

4.2. Разделы дисциплин и трудоемкость по видам учебных занятий

№ раздела	Название раздела	Виды учебной работы					Всего часов
		аудиторная				внеаудиторная	
		Лекц.	Практ. зан.	Сем	Лаб. зан.	СРС	
1	Пульпит	14	40	-	-	13	67
2	Периодонтит	18	60	-	-	13	91
3	Реставрация зубов после эндодонтического лечения	4	8	-	-	10	22
	Итого:	36	108	-	-	36	180

5. Тематический план лекций

№ п/п	Раздел дисциплины	Тематика лекций	Трудоемкость (час.)
1.	Пульпит	Л-1. Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификация заболеваний пульпы.	2
		Л-2. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика пульпита.	2
		Л-3. Методы лечения пульпита. Биологический метод.	2
		Л-4. Выбор современных технологий и материалов для проведения эндодонтического лечения.	2
		Л-5. Эндодонтический доступ. Проблемы, возникающие при создании эндодонтического доступа, определение локализации устьев и направления начальной обработки корневых каналов.	2
		Л-6. Методы определения локализации устьев и обработки узких и облитерированных корневых каналов.	2
		Л-7. Использование ирригационных растворов, хелатных агентов и дезинфектантов в эндодонтии.	2
2.	Периодонтит	Л-8. Методы инструментальной обработки корневых каналов.	2
		Л-9. Обтурация корневых каналов. Обтурационные системы.	2
		Л-10. Витальные методы лечения пульпита.	2
		Л-11. Деvитальные методы лечения пульпита.	2
		Л-12. Этиология и патогенез периодонтита. Классификации периодонтита.	2
		Л-13. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика периодонтита.	2
		Л-14. Методы лечения периодонтита. Лечение острого и хронического периодонтита в стадии обострения.	2
		Л-15. Методы лечения хронического периодонтита. Диагностика и лечение разных видов резорбции корня.	2
		Л-16. Физические методы лечения периодонтита.	2
3.	Реставрация зубов после эндодонтическ	Л-17. Оценка результатов и качества проведенного эндодонтического лечения. Повторное эндодонтическое лечение.	2

	ого лечения	Л-18. Реставрация зубов после эндодонтического лечения. Отбеливание девитальных зубов, измененных в цвете.	2
Итого:			36

6. Тематический план клинических практических занятий

№ ра зде ла	Раздел дисциплины	Название тем клинических практических занятий	Формы контроля		Трудоемкос ть (час
			текуще го	рубежн ого	
1.	Пульпит	КПЗ-1. Болезни пульпы зуба. Этиология, патогенез пульпита, классификация пульпита. Обследование больного с заболеванием пульпы.	Устный опрос. Тестовые задания. Проверка практичес ких навыков.		5
		КПЗ-2. Острые формы пульпита. Патологическая гистология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-3. Хронические формы пульпита. Патогистология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Обострение хронического пульпита. Редкие формы пульпита.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-4. Методы лечения пульпита. Лечение пульпита с сохранением жизнеспособности пульпы. Биологический метод.	Устный опрос. Тестовые задания.	Реферат с докладом по теме реферата	5
		КПЗ-5. Лечение пульпита методом витальной ампутации. Лечение пульпита методом витальной экстирпации.	Устный опрос. Тестовые задания. Проверка практичес ких навыков.		5
		КПЗ-6. Лечение пульпита методом девитальной ампутации. Лечение пульпита методом девитальной экстирпации.	Устный опрос. Тестовые задания.	Реферат с докладом по теме реферата	5
		КПЗ-7. Лечение пульпита комбинированным методом. Импрегационные методы обработки непроходимой части корневого канала.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-8. Ошибки и осложнения при диагностике и лечении пульпита,	Устный опрос. Тестовые задания.		5

		способы их устранения. Отдаленные результаты лечения пульпита.			
2.	Периодонтит	КПЗ-9. Периодонт, понятие. Анатомо-физиологические особенности периодонта. Схема истории болезни.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-10. Этиология и патогенез периодонтита. Классификации периодонтита. Особенности обследования больных с заболеваниями тканей периодонта.	Устный опрос.		3
		Итоговое занятие по всем изученным темам VII семестра.		Контроль ная работа	2
		КПЗ-11. Острые формы периодонтита. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-12. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика хронических форм периодонтита. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика хронического периодонтита в стадии обострения.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-13. Лечение острого периодонтита.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-14. Лечение хронического периодонтита.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-15. Лечение хронического периодонтита в один сеанс. Лечение хронического периодонтита в стадии обострения.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-16. Физические методы лечения периодонтита.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-17. Возможные ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита, способы их устранения.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
КПЗ-18. Резорбция корня зуба: внутренняя и наружная	Устный опрос. Тестовые задания.		5		

		КПЗ-19. Стоматогенный очаг инфекции и очагово-обусловленные заболевания.	Устный опрос. Тестовые задания.		5
		КПЗ-20. Повторное эндодонтическое лечение.	Устный опрос. Тестовые задания.	Защита истории болезни	5
3.	Реставрация зубов после эндодонтического лечения	КПЗ-21. Этапы эстетической реставрации зубов после эндодонтического лечения. Постэндодонтическое восстановление зубов с использованием внутриканальных штифтов.	Устный опрос. Тестовые задания.	Реферат с докладом по теме реферата	5
		КПЗ-22. Отбеливание девитальных зубов, измененных в цвете.	Устный опрос.		2
		Итоговое тестирование по дисциплине			1
Итого:					108

7. Лабораторный практикум – не предусмотрен

8. Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающегося

8.1. Самостоятельная работа студента

№ п/п	Раздел дисциплины	Наименование работ	Трудоемкость (час)
1.	Пульпит	Подготовка домашнего задания: работа с конспектом лекции, учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы), составление тезисов ответа, таблиц для систематизации учебного материала, решение ситуационных задач. Написание реферата, подготовка доклада по теме реферата (КПЗ – 4, 6)	13
2.	Периодонтит	Подготовка домашнего задания: работа с конспектом лекции, учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы), составление тезисов ответа, таблиц для систематизации учебного материала, решение ситуационных задач. Написание истории болезни	13

3.	Реставрация зубов после эндодонтического лечения	Подготовка домашнего задания: Подготовка домашнего задания: работа с конспектом лекции, учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы), составление тезисов ответа, таблиц для систематизации учебного материала, решение ситуационных задач. Написание реферата, подготовка доклада по теме реферата (КПЗ – 21, 22)	10
4.	Подготовка к экзамену	Работа с конспектами лекций, учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы), составление тезисов ответа, таблиц для систематизации учебного материала, решение ситуационных задач.	24
Итого:			60

8.2. Тематика реферативных работ

- Системы вращающихся никель-титановых инструментов (Раздел №1 – Пульпит)
- Варианты медикаментозной обработки корневого канала (Раздел №1 – Пульпит)
- Варианты постэндодонтического восстановления зубов (Раздел №3 - Реставрация зубов после эндодонтического лечения)
- Отбеливание девитальных зубов, измененных в цвете (Раздел №3 - Реставрация зубов после эндодонтического лечения)

8.3. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Данный раздел рабочей программы разрабатывается в качестве самостоятельного документа «Методические рекомендации для студента» в составе УМКД.

9. Ресурсное обеспечение

9.1 Основная литература

п/№	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6

1.	Стоматология Учебное пособие	М. Т. Александров [и др.]; Под ред. Н.Н.Бажанова	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 415с. + CD- ROM. - ISBN 978-5-9704- 0832-2	50	1
2.	Терапевтическая стоматология Учебное пособие	Под редакцией профессора Дмитриевой Л.А., профессора Максимовского Ю.М.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 908с. + CD- ROM. - (Приоритет. нац.проекты "Здоровье") (Нац.руково дство)). - ISBN 978-5- 9704-1030-1	5	3
3.	Практическая терапевтическая стоматология Учебное пособие	А. И. Николаев, Л. М. Цепов.	М. : МЕДпресс- информ, 2008. - 948 с. - ISBN 5- 98322-440-9	3	5

9.2 Дополнительная литература

п/№	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиоте ке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Эндодонтия Учебное пособие	Стивен Коэн, Ричард Бернс	2007г.; Издательски й Дом «STBOOK»		3
2.	Современные технологии в эндодонтии Учебное пособие	М.А. Смирнова, Т.А. Шпак	2007г.; Санкт- Петербург		3
3.	Искусство рентгенографии зубов Учебник	Д.В. Рогацкий, Н.В. Гинали	2007г.; Москва		2

9.3. Программное обеспечение

Электронная версия рабочей программы и учебно-методического комплекса
<http://www.samsmu.ru/university/chairs/terstom/>

9.4. Ресурсы информационно-телекоммуникативной сети «Интернет»

ЭБС «Консультант студента» www.studmedlib.ru

- <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427088.html>

Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - - -

Стоматология [Электронный ресурс] : учебник для вузов / Под ред. Н.Н. Бажанова. - 7-е издание., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.

- <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435892.html>

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

- <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429358.html>

"Психология взаимоотношений врача и пациента [Электронный ресурс] : учеб. пос. / Л. И. Ларенцова, Н. Б. Смирнова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - (Серия "Психология для стоматологов")."

- <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970415955.html>

Лучевая диагностика в стоматологии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Серова Н.С. и др. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

9.5. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Лекционные занятия: - комплект электронных презентаций (слайдов), - аудитория, оснащенная презентационной техникой, проектор, экран, ноутбук).

Практические занятия: - учебные аудитории и кабинеты, оснащенные оборудованием для проведения учебного процесса. Клинические базы: кафедра и клиника терапевтической стоматологии клиник СамГМУ, ГБУЗ СОКС, филиал ГБУЗ СОКС, ГБУЗ СП №2, ГБУЗ СП № 6, филиал ГБУЗ СП № 6, клиника доктора Кравченко, Симуляционный центр СИ СамГМУ (ул. Киевская, 12)

Самостоятельная работа студента: - читальные залы библиотеки, методические кабинеты кафедры; Интернет-центр (Гагарина 18).

10. Использование инновационных (активных и интерактивных) методов обучения

Используемые активные методы обучения при изучении данной дисциплины составляют 8% от объема аудиторных занятий.

№ раздела	Наименование раздела (перечислить те разделы, в которых используются активные и/или интерактивные образовательные технологии)	Формы занятий с использованием активных и интерактивных образовательных технологий	Трудоемкость (час.)
1	Пульпит (Раздел №1)	КПЗ-7. «Лечение пульпита комбинированным методом. Импрегнационные методы обработки непроходимой части корневого канала» В форме практикума - на обучающем этапе - наблюдение за действиями профессионала с последующим анализом, далее, на этапе аудиторной самостоятельной работы – работа на моделях корневых каналов: пломбирование различными методами, в том числе импрегнационными.	4
2	Периодонтит (Раздел №2)	КПЗ – 20 «Повторное эндодонтическое лечение» В форме практикума - на обучающем этапе - разбор клинических случаев, наблюдение за действиями профессионала с последующим анализом, далее, на этапе аудиторной самостоятельной работы – работа на моделях корневых каналов с использованием эндодонтического комплекса «Эндоассистент» и спектра методов распломбировки корневых каналов Защита истории болезни	2 2
3	Реставрация зубов после эндодонтического лечения (Раздел №3)	КПЗ-21 «Этапы эстетической реставрации зубов после эндодонтического лечения. Постэндодонтическое восстановление зубов с использованием внутриканальных штифтов». Практическое занятие на основе кейс-метода - анализ исходной клинической ситуации: корневые каналы зуба 3.6 obturated gutta-perch штифтами методом «латеральной конденсации», качество obturation подтверждено рентгенологически; производится разбор сути проблемы «постэндодонтического восстановления зубов с использованием	4

	внутриканальных штифтов», предлагаются возможные решения и обосновывается выбор лучшего из них	
--	--	--

11. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации: примеры оценочных средств для промежуточной аттестации, процедуры и критерии оценивания.

Фонд оценочных средств разрабатывается в форме самостоятельного документа (в составе УМКД).

Процедура проведения промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по дисциплине «Эндодонтия» проводится в форме экзамена. Экзамен проводится по окончании VIII семестра. Экзамен проводится строго в соответствии с расписанием экзаменационной сессии. Экзамен включает в себя 2 этапа: **1 этап** – итоговое тестирование, проводится на последнем клиническом практическом занятии; **2 этап** - устное собеседование по вопросам экзаменационных билетов, проверка практических навыков. Экзаменационный билет включает в себя два теоретических вопроса, ситуационную задачу, одно практическое задание.

Пример тестового задания к итоговому тестированию:

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. При остром диффузном пульпите иррадиация боли происходит по ветвям тройничного нерва:
 - а) II
 - б) II и III
 - в) II, III, IV
2. Хронический гипертрофический пульпит чаще встречается у:
 - а) детей
 - б) лиц молодого возраста
 - в) пожилых

Полный перечень вопросов к экзамену:

1. Пульпа зуба, строение, кровоснабжение, иннервация, функции.
2. Этапы лечения хронического периодонтита. Принцип «тройного воздействия» по И.Г. Лукомскому.
3. Этиология и патогенез пульпита.
4. Особенности инструментальной обработки корневых каналов при периодонтите.
5. Классификация заболеваний пульпы (ММСИ, 1989; МКБ-10)
6. Пломбирование корневых каналов с использованием obturational систем.
7. Основные и дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями пульпы.
8. Пломбировочные материалы для временной obturации корневых каналов: пасты на основе антибиотиков и кортикостероидных материалов, пасты на основе метронидазола, пасты на основе гидроокиси кальция.
9. Острый очаговый пульпит. Пульпит острый (K04.01). Патанатомия, клиника, диагностика, лечение.
10. Пломбировочные материалы для постоянной obturации корневых каналов пластичные твердеющие и первичнотвердые материалы для пломбирования корневых каналов.
11. Острый диффузный пульпит. Пульпит гнойный (пульпарный абсцесс) (K04.02). Патанатомия, клиника, диагностика, лечение.
12. Трансканальный электрофорез лекарственных веществ в периодонт.
13. Хронический фиброзный пульпит. Пульпит хронический (K04.03). Патанатомия, клиника, диагностика, лечение.
14. Методы и средства отбеливания депульпированных зубов.
15. Хронический гипертрофический пульпит. Пульпит гиперпластический (пульпарный полип) (K04.05). Патанатомия, клиника, диагностика, лечение.
16. Пассивная и активная ирригация корневых каналов, методика проведения, возможные осложнения, их профилактика
17. Хронический гангренозный пульпит. Некроз пульпы (гангрена пульпы) (K04.1). Патанатомия, клиника, диагностика, лечение.

18. Применение низкочастотного ультразвука в эндодонтии, механизм действия, показания, методика проведения.
19. Обострение хронического пульпита. Пульпит неуточненный (K04.09). Патанатомия, клиника, диагностика, лечение.
20. Пломбирование корневых каналов методом вертикальной конденсации.
21. Дифференциальная диагностика острых форм пульпита.
22. Понятие о «смазанном слое» на стенках корневого канала. Методы его удаления
23. Конкрементозный пульпит. Дегенерация пульпы. (K04.2). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
24. Ошибки и осложнения при лечении пульпита, их устранение и профилактика.
25. Конкрементозный пульпит. Дегенерация пульпы. (K04.2). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
26. Ошибки и осложнения при лечении пульпита, их устранение и профилактика.
27. Остаточный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
28. Прогноз лечения периодонтита. Факторы влияющие на эффективность лечения.
29. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Осложнения при лечении периодонтита, их устранение и профилактика.
31. Острый верхушечный периодонтит, фаза интоксикации. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения (K04.4). Патанатомия, клиника, диагностика.
32. Биологический метод лечения пульпита, показания, противопоказания, этапы лечения.
33. Острый верхушечный периодонтит, фаза выраженного экссудативного процесса. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения (K04.4)
Патанатомия, клиника, диагностика.
34. Витальная ампутация пульпы (пульпотомия). Показания, противопоказания, этапы проведения.
35. Дифференциальная диагностика острого верхушечного периодонтита.
36. Материалы для лечебных прокладок при лечении пульпита. Лечебные прокладки на основе гидроксида кальция, формы выпуска, состав, свойства, показания и методика применения.
37. Хронический фиброзный периодонтит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
38. Депофорез гидроксида меди-кальция.
39. Хронический гранулематозный периодонтит. Хронический апикальный периодонтит (K04.5).
Этиология, клиника, диагностика, лечение.
40. Материалы для лечебных прокладок при лечении пульпита. Комбинированные лечебные пасты, состав, свойства, показания и методика применения.
41. Хронический гранулирующий периодонтит. Периапикальный абсцесс со свищем (K04.6).
Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
42. Витальная экстирпация пульпы (пульпэктомия). Показания, противопоказания, этапы лечения.
43. Дифференциальная диагностика хронических форм периодонтита.
44. Методы обезболивания при лечении пульпита.
45. Основные и дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями периодонта.
46. Девитальная ампутация пульпы. Показания, противопоказания, этапы лечения.
47. Электроодонтометрия, цель, аппараты, методика проведения.
48. Девитальная экстирпация пульпы. Показания, противопоказания, этапы лечения.
49. Комбинированный метод лечения пульпита, показания, противопоказания, этапы лечения.
50. Требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов.
51. Внутренняя резорбция корня. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

52. Девитализирующие пасты, состав, свойства, механизм действия, методика и сроки наложения. Возможные осложнения и их профилактика.
53. Наружная резорбция корня. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
54. Импрегнационные методы обработки содержимого непроходимой части корневого канала. Метод серебрения.
55. Дифференциальная диагностика хронического пульпита в стадии обострения.
56. Цель, задачи, этапы лечения острого периодонтита.
57. Периодонт, строение, кровоснабжение, иннервация, функции.
58. Применение высоко- и низкочастотного токов (УВЧ-терапия и флюктуоризация) при постпломбировочных болях.
59. Классификация периодонтита (МГМСУ, МКБ-10).
60. Особенности инструментальной обработки корневых каналов при лечении пульпита.
61. Хронический, стоматологический очаг инфекции, очагово-обусловленные заболевания, одонтогенный очаг инфекции.
62. Создание эндодонтического доступа в области фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей. Цель, этапы, критерии качества.
63. Ошибки на этапах диагностики пульпита.
64. Пломбирование корневых каналов методом латеральной конденсации.
65. Этиология и патогенез периодонтита.
66. Создание эндодонтического доступа в области премоляров и моляров верхней челюсти. Цель, этапы, критерии качества.
67. Обострение хронического периодонтита. Периапикальный абсцесс без свища (K04.6). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
68. Создание эндодонтического доступа в области премоляров и моляров нижней челюсти. Цель, этапы, критерии качества.
69. Пути распространения экссудата при остром и обострении хронического верхушечного периодонтита.
70. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для ирригации корневых каналов, действующее вещество, механизм действия.
71. Ошибки, возникающие при диагностике острых и хронических форм периодонтита.
72. Диатермокоагуляция при лечении пульпита, механизм действия, показания и методика проведения.
73. Дифференциальная диагностика хронических форм пульпита.
74. Методы определения рабочей длины корневых каналов.
75. Дифференциальная диагностика обострения хронического периодонтита (K 04.6 Периапикальный абсцесс без свища).
76. Методы и средства расширения корневых каналов.
77. Токсический (медикаментозный) периодонтит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
78. Инструменты, применяемые при эндодонтическом лечении.
79. Травматический периодонтит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
80. Импрегнационные методы обработки содержимого непроходимой части корневого канала. Резорцин-формалиновый метод.

Полный перечень ситуационных задач к экзамену:

1. Пациент П., 25 лет, обратился в клинику с жалобами на самопроизвольную острую иррадиирующую боль в зубе 2.2 и боль от всех видов раздражителей, длительно не проходящую после их устранения. Из анамнеза заболевания: боль появилась 3 дня назад. Внешний осмотр: Асимметрии лица нет. Носогубные и подбородочная складки выражены.

определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами размером 0,7x0,5 см.

- 1) Поставьте диагноз.
 - 2) Перечислите показания к проведению зубосохраняющей операции, опишите методику.
 - 3) Выберите консервативный метод лечения, альтернативный хирургическому.
 - 4) Перечислите лекарственные препараты, применяемые на этапах эндодонтического лечения.
 - 5) Перечислите эстетические виды протезирования, возможные в данном случае.
5. Пациент М., 20 лет, предъявляет жалобы на потемнение коронки зуба 2.2, наличие свища, периодическое появление гнойного отделяемого из него.

Объективно: на небной поверхности зуба 2.2 имеется кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакции на температурные раздражители безболезненны. Сравнительная перкуссия слабо болезненна. На рентгенограмме зуба 2.2 целостность периодонтальной щели нарушена, в области верхушки корня зуба 2.2 имеет очаг разрежения костной ткани с нечеткими контурами.

- 1) Поставьте диагноз
- 2) Составьте план лечения.
- 3) Какие методы устранения дисколорита зубов показаны в данной ситуации.
- 4) Определите сроки проведения повторного рентгенологического исследования для оценки качества проведенного лечения.

6. Пациенту В. 43 года, 1.1 зуб лечен по поводу среднего кариеса. Через 3 дня пациент обратился к врачу с жалобами на ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, припухлость десны в обл. 1.1, 1.2. Объективно: переходная складка в области 1.1, 1.2 зубов сглажена, болезненна при пальпации. 1.1 - под пломбой. 1.2 - интактный. Вертикальная перкуссия 1.1 - резко болезненна. 1.2 - безболезненна.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Перечислите дополнительные методы обследования для постановки диагноза.
- 3) Укажите ошибки, допущенные врачом.
- 4) Составьте план лечения.
- 5) Каков прогноз заболевания?

7. Пациент А., 32 года, жалуется на постоянную, острую боль в зубе 3.6, ощущение «выросшего зуба». Боль появилась 3 дня назад после лечения зуба по поводу хронического гангренозного пульпита. Переходная складка в области проекции верхушек корней 3.6 гиперемирована, болезненна при пальпации. На жевательной поверхности 3.6 имеется реставрация из композиционного материала светового отверждения, занимающая $\frac{1}{2}$ поверхности. Вертикальная перкуссия зуба резко болезненна. Зуб подвижен, реакция на температурные раздражители отсутствует. ЭОД-110 мкА. На рентгенограмме - отсутствует пломбирочный материал в медиальных каналах, дистальный канал неравномерно запломбирован на $\frac{3}{4}$ длины.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Укажите этиологические факторы данной патологии.
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Каков прогноз заболевания?

8. Пациент Б. жалуется на постоянную, острую боль в 1.6 зубе, ощущение "выросшего зуба". Боль появилась 3 дня назад. Ранее зуб не беспокоил. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Переходная складка в области проекции верхушек корней 1.6

зуба гиперемирована, болезненная при пальпации. В 1.6 кариозная полость на жевательной поверхности, сообщающаяся с полостью зуба. Вертикальная и горизонтальная перкуссия зуба резко болезненная, зондирование дна полости безболезненно. Зуб подвижен. Реакция на температурные раздражители отсутствует. ЭОД = 150 мкА. На рентгенограмме - периодонтальная щель без выраженных патологических изменений.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Выберите рациональный метод лечения.
- 4) Составьте план лечения.

9. Пациент А., 42 года, предъявляет жалобы на боли рвущего характера в области 2.1 зуба, появившиеся после перенесенной вирусной инфекции, боль при накусывании на зуб, подвижность зуба. Четыре месяца назад зуб болел подобным образом, пациент к стоматологу не обращался.

Объективно: Слизистая оболочка десны в проекции верхнего корня зуба 2.1 отечна, цианотична, болезненна при пальпации. На медиально – небной поверхности 2.1 зуба имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, заполненная пищей. Перкуссия зуба 2.1 резко болезненная, подвижность зуба 1 степени.

- 1) Перечислите дополнительные методы обследования необходимые для постановки диагноза.
- 2) Опишите предполагаемые изменения на рентгенограмме.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.
- 4) Поставьте окончательный диагноз.
- 5) Составьте план лечения.
- 6) Обоснуйте уровень obturации корневого канала.
- 7) Составьте план лечения.

10. Пациент А., 30 лет, обратился с жалобами на изменение цвета коронки зуба. Объективно: коронковая часть зуба 3.4 тусклого серого цвета. На жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование безболезненно. ЭОД – 110мкА.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дополнительные методы исследования.
- 3) Составьте план лечения, включающий отбеливание.

11. Пациент И., 25 лет. Жалоб не предъявляет. При объективном исследовании на жевательной поверхности 3.6 обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, перкуссия, реакция на температурные раздражители безболезненны.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки окончательного диагноза.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.
- 4) Составьте план лечения.

12. Пациент К., 38 лет, предъявляет жалобы на локализованную самопроизвольную, постоянную ноющую не резко выраженную боль в 1.2 зубе, усиливающуюся при накусывании. Боль появилась несколько часов назад. Объективно: на небной поверхности 1.2 глубокая кариозная полость, заполненная большим количеством размягченного, пигментированного дентина. Зондирование, реакция на температурные раздражители безболезненны. Вертикальная перкуссия болезненна. Зуб неподвижен. Слизистая десны не

изменена. На рентгенограмме зуба 1.2 целостность периодонтальной щели сохранена, рисунок костной ткани без изменений.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Поставьте окончательный диагноз.
- 4) Составьте план лечения.

13. Пациент З., 37 лет. Жалобы на деформацию верхней губы. Зуб 2.1 и 2.2 интактны, коронки изменены в цвете, ранее была травма. На рентгенограмме - очаг разрежения костной ткани в области проекции верхушки корня 21, 22 зубов круглой формы с четкими границами до 1,0 см. в размере.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Выберите метод лечения, обоснуйте его.
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Какие методы можно применить для отбеливания зубов.

14. Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании в 3.6 зубе, иррадиирующие в ухо. Чувство «выросшего зуба». Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней.

Объективно: рот полуоткрыт, подвижность зуба 3.6 первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, вертикальная и горизонтальная перкуссия резко болезненна. Слизистая оболочка переходной складки в области 3.6 зуба гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации.

- 1) Проведите дополнительные методы обследования.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Поставьте окончательный диагноз – обоснуйте его.
- 4) Составьте план лечения.

15. Пациент Н., 33 года, предъявляет жалобы на постоянные боли, ноющего характера в 4.5 зубе, усиливающиеся при накусывании. Анамнез: 5 дней назад в 4.5 зуб была наложена мышьяковистая паста. В назначенный срок на прием не явился. Боли при накусывании появились 3 дня назад.

Объективно: слизистая оболочка десны в области 4.5 зуба без изменений. На жевательной поверхности зуба 4.5 повязка. Перкуссия зуба 4.5 болезненная. ЭОД= 100 мкА. На рентгенограмме 4.5 зуба патологических изменений в периапикальных тканях нет.

- 1) Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.
- 4) Перечислите антидоты мышьяковистой пасты.
- 5) Составьте план лечения.

16. Пациент И., 43 года, обратился с жалобами на боли в зубе 2.6, возникающие при перемене положения тела. Из анамнеза заболевания: Боль почувствовал неделю назад при полете в самолете. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Внешний осмотр: асимметрии лица нет. Движения в ВНЧС плавные, в полном объеме. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно - розового цвета. Слизистая оболочка десны истончена, рецессия десневого края 1 степени. Зуб 2.6 интактный. Зондирование, перкуссия и реакция на раздражители безболезненны.

- 1) Перечислите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.
- 2) Поставьте диагноз.

3) Выберите метод лечения и обоснуйте его.

4) Составьте план лечения.

17. Пациент Н., 45 лет обратился с жалобами на боли в 1.3 зубе под коронкой от холодного. Из анамнеза заболевания: Зубы удалены по поводу осложненного кариеса, протез изготовлен 3 года назад. Несколько месяцев назад в 1.3 зубе были самопроизвольные, ночные боли. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Внешний осмотр: асимметрии лица нет. Носогубные и подбородочная складки выражены. Движения в ВНЧС плавные, в полном объеме. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно-розового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти справа - металлокерамический протез с опорой на зубы 1.6 и 1.3. Опорная коронка на 1.3 зубе с вестибулярной поверхности не доходит до десны на 1 мм. Открытый участок зуба изменен в цвете, ткани зуба мягкие, легко удаляются экскаватором, зондирование болезненно в области сообщения с полостью зуба. Перкуссия безболезненна. Рентгенологических изменений периапикальных тканей не наблюдается.

1) Поставьте диагноз.

2) Проведение каких дополнительных методов исследования показано в данной ситуации.

3) Составьте план лечения.

4) Определите вид эндодонтического доступа.

18. Пациент Т., 25 лет, обратился с жалобами на боли в зубе 2.6 от холодного.

Из анамнеза заболевания: Зуб был лечен по поводу кариеса 2 года назад. Год спустя пломба в зубе 2.6 выпала. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Внешний осмотр: асимметрии лица нет. Носогубные и подбородочная складки выражены. Движения в ВНЧС плавные, в полном объеме. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно-розового цвета. Местно: На жевательной поверхности 2.6 зуба имеется глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно в одной точке, где имеется сообщение с полостью зуба. Сравнительная перкуссия зуба 2.6 безболезненная. Рентгенологических изменений периапикальных тканей нет.

1) Какие еще дополнительные методы исследования Вы можете предложить?

2) Поставьте диагноз.

3) Проведите дифференциальную диагностику.

4) Выберите метод и составьте план лечения.

19. Пациент М, 44 года обратился с жалобами на длительную боль от горячего в зубе 2.6. Анамнез: несколько дней назад было проведено лечение зуба 2.6 методом витальной экстирпации, через 3 дня после лечения появилась боль от горячего.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Асимметрии лица нет. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без патологических изменений, влажная, блестящая, розовой окраски.

Местно: на жевательной поверхности зуба 2.6 реставрация из светоотверждаемого композиционного материала. Перкуссия и реакция на холодное безболезненны, горячее вызывает длительный болевой приступ. Слизистая переходной складки без патологических изменений. На внутриротовой контактной рентгенограмме зуба 2.6 – небный и щечно-дистальный каналы гомогенно obturированы до верхушечного отверстия, щечно-медиальный канал – до 2/3 его длины. Периодонтальная щель в области всех корней без патологических изменений.

1) Поставьте диагноз.

2) Объясните, с чем связано появление боли.

3) Составьте план лечения.

4) Определите объем вмешательств, в области щечно-медиального канала.

20. Пациент Ж., 37 лет обратился с жалобами на боли в 4.6 зубе, возникающие как самопроизвольно, так и от всех видов раздражителей. Из анамнеза заболевания: Зуб ранее лечен не был, неоднократно беспокоил. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Внешний осмотр: асимметрии лица нет. Движения в ВНЧС плавные, в полном объеме. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно-розового цвета.

Местно: На дистальной поверхности 4.6 зуба имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненно в точке сообщения. Перкуссия чувствительна. Температурная реакция резко болезненная. Показания ЭОМ- 52 мкА.

Прикус ортогнатический. Рентгенологически: Дистальный канал проходим на всем протяжении, медиальные каналы узкие, искривлены в средней трети.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Выберите метод и составьте план лечения.
- 4) Какие методы обработки медиальных каналов показаны в данной ситуации.

21. Пациентка Н., 22 года, обратилась с жалобами на непостоянные ноющие боли, чувство дискомфорта и наличие образования в зубе 2.4. Из анамнеза заболевания: Несколько лет назад зуб был лечен по поводу кариеса, 2 года назад пломба выпала. К врачу не обращалась.

Внешний осмотр: Асимметрии лица нет. Носогубные и подбородочная складки выражены. Движения в ВНЧС суставе плавные, в полном объеме. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно-розового цвета. Местно: на жевательной поверхности зуба 2.4 имеется обширная кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. В кариозной полости определяется слабобезболезненное при зондировании образование бледно розового цвета плотноэластической консистенции.

- 1) Поставьте предварительный диагноз. Каков прогноз заболевания?
- 2) Перечислите необходимые дополнительные методы исследования.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику
- 4) Поставьте окончательный диагноз.
- 5) Составьте план лечения.

22. Пациент В., 22 года, обратился с жалобами на подвижность зубов 1.1 и 2.1, множественный сколы и трещины на этих зубах.

Анамнез: два дня назад после удара появилась резкая боль, подвижность зубов, усиление боли от температурных раздражителей, при накусывании и покачивании зубов.

Внешний осмотр: Незначительная деформация верхней губы за счет отека мягких тканей и гематом. Движения в ВНЧС суставе плавные, в полном объеме.

Местно: Зубы 1.1 и 2.1 розового цвета, множественный сколы и трещины эмали, подвижность коронок I-II степени, при пальпации боль в десне на 3-4 мм выше десневого края, перкуссия и реакция на холодное болезненны.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях проходит в косом направлении средней трети корней зубов 1.1 и 2.1.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Назовите метод определения и определите витальность пульпы травмированных зубов.
- 3) Определите тактику врача-стоматолога.
- 4) Укажите способ фиксации отломков и сроки их консолидации.
- 5) Как провести лечение сколов и трещин эмали, восстановите естественный цвет зубов.

23. Пациент Л., 35 лет обратился с жалобами на ноющие боли и дискомфорт в 1.5 зубе при

приеме горячей или твердой пищи, а также при переходе из холодного в теплое помещение. Пациент попросил снять боль и применить отсроченный вариант лечения, т.к. через час должен был уехать в десятидневную командировку. Из анамнеза заболевания: несколько лет назад зуб был лечен по поводу кариеса, 2 года назад пломба выпала. К врачу не обращался. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Внешний осмотр: асимметрии лица нет. Движения в ВНЧС плавные, в полном объеме. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно-розового цвета.

Местно: на медиальной контактной поверхности 1.5 зуба имеется глубокая кариозная полость. Глубокое зондирование кариозной полости болезненное. Перкуссия чувствительная. Показания ЭОМ- 60 мкА. Реакция на горячее болезненная, замедленная, длительная.

- 1) Проведите дифференциальную диагностику.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Каков прогноз заболевания?

24. Пациент В., 40 лет, предъявляет жалобы на острые пульсирующие боли постоянного характера в 1.4 зубе, иррадиирующие в висок, ухо, боли при дотрагивании до зуба. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд. К врачу не обращался. Боли появились три дня назад, приобрели постоянный характер, сутки назад появились пульсирующие боли и их иррадиация.

Объективно: переходная складка в области 1.4 зуба гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. На жевательной поверхности 1.4 зуба глубокая кариозная полость не сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно. Перкуссия резко болезненна. ЭОД=120 мкА. На рентгенограмме - потеря четкости рисунка кости альвеолы.

- 1) Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Проведите диф. диагностику.
- 4) Назовите пути оттока для экссудата из периодонтальной щели.
- 5) Составьте план лечения по посещениям.

25. Пациент К., 35 лет обратился с жалобами на чувство дискомфорта, тяжести и распирания в 1.6 зубе. Анамнез: зуб беспокоит в течение 3-х месяцев. Ранее боли не отмечались, к стоматологу не обращался.

Объективно: 1.6 зуб изменен в цвете, имеется обширная, кариозная полость I класса по Блеку, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование устьев корневых каналов безболезненно, вертикальная перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка переходной складки застойно-синюшного цвета. Имеется свищевой ход без отделяемого. Симптом вазопареза положительный. ЭОД свыше 100 мкА.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Опишите возможные рентгенологические изменения.
- 3) Проведите диф. диагностику.
- 4) Составьте план лечения.

26. При проведении медикаментозной обработки корневого канала зуба 1.4 с использованием эндодонтического шприца и 3% раствора гипохлорита натрия пациент внезапно почувствовал острую боль, появилось кровотечение из корневого канала, которое врач не мог остановить в течение десяти минут, после снятия коффердама выявлен сильный безболезненный отек подглазничной области и верхней губы.

- 1) Назовите причину данного осложнения.

2) Оцените действия врача.

3) Назначьте лечение.

4) Дайте прогноз.

5) Определите меры профилактики.

27. Пациент А. обратился с целью санации. При лечении хронического гранулирующего периодонтита зуба 1.5 провели расширение корневых каналов К-файлами до 30 размера, медикаментозную обработку 3% раствором перекиси водорода, высушили бумажными штифтами, провели временную obturацию кальцийсодержащей пастой и наложили временную пломбу из стеклоиономерного цемента. Через два дня пациент обратился с жалобами на боли при накусывании на зуб 1.5.

1) Перечислите возможные причины возникновения боли.

2) Определите дальнейшую тактику врача.

28. При рентгенологическом исследовании в полости зуба 3.6 был обнаружен пристеночный дентикль, занимающий $\frac{1}{4}$ коронковой полости.

1) Перечислите: а) этиологические факторы возникновения данной патологии,

б) возможные жалобы пациента.

2) Определите тактику лечения.

3) Каков прогноз заболевания?

29. Пациент М., 24 года, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающую длительную ноющую боль от всех видов раздражителей, на наличие кариозной полости в 1.2 зубе. Объективно: на контактной поверхности зуба 1.2 кариозная полость, зондирование болезненно в одной точке. Реакция на холодное болезненная, замедленная, длительная. Дополнительное обследование – ЭОД 45 мА.

1) Поставьте диагноз.

2) Выберите метод лечения и обоснуйте его.

3) Назовите последовательность этапов лечения.

4) Какие препараты для пломбирования каналов предпочтительно использовать и почему?

30. При лечении хронического фиброзного периодонтита зуба 3.6 инструментальная и медикаментозная обработка дистального канала произведена в полном объеме. Медиальные каналы облитерированы и обработаны К-файлом 10 размера на $\frac{1}{4}$ их длины. Рентгенологически: облитерация медиальных каналов на $\frac{3}{4}$ их длины, деформация периодонтальной щели в области всех корней.

1) Выберите метод лечения периодонтита.

2) Составьте план лечения.

3) Выберите метод воздействия на содержимое непроходимых корневых каналов и пломбировочные материалы для obturации проходимой части корневых каналов.

4) Каков прогноз заболевания?

31. Пациентка Р., 33 года, обратилась с жалобами на ноющие боли в зубе 2.4. Из анамнеза заболевания: зуб 2.4 пролечен по поводу хронического гангренозного пульпита накануне.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Внешний осмотр: асимметрии лица нет. Носогубные и подбородочная складки выражены. Движения в ВНЧС плавные, в полном объеме. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно-розового цвета.

Местно: Зуб 2.4 под временной пломбой. Перкуссия слабо болезненная.

Рентгенологически: каналы зуба 2.4 запломбированы на $\frac{2}{3}$, изменений периапикальных

тканей нет.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Составьте план лечения.
- 3) Каков прогноз заболевания?

32. Пациент Ф., 32 года. Жалобы на неприятные ноющие боли в 2.5 зубе при приеме пищи. Ранее зуб болел. Был неоднократно лечен. В последнее время часто появляются ноющие боли, отек десны. Объективно: На жевательной поверхности 2.5 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование и реакция на холод безболезненны, боль при перкуссии зуба. Слизистая оболочка десны в области 2.5 зуба гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. По переходной складке в области проекции верхушки корня свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме в области верхушки корня зуба 2.5 наблюдается деструкция костной ткани с нечеткими границами, верхушка корня укорочена за счет резорбции цемента корня 2.5.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Проведите диф.диагностику.
- 3) Выберите метод лечения и обоснуйте целесообразность его проведения.

33. Пациент К., 48 лет, жалуется на острую самопроизвольную боль, приступообразного характера, усиление боли в ночное время, боль от всех видов раздражителей, долго не проходящую после их устранения, иррадирующую в подглазничную область справа.

Объективно: 1.4 – коронка зуба интактна, вертикальная перкуссия слабо болезненная, горизонтальная – болезненная, маргинальная часть десны цианотична, при воздействии термических раздражителей возникает боль, переходящая в приступ, при зондировании определяется глубокий пародонтальный карман с гнойным содержимым.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
- 3) Выберите метод и составьте план лечения.
- 4) Прогноз заболевания.

34. К врачу обратился пациент Л., 49 лет. Был поставлен диагноз: острый диффузный пульпит 26. На рентгенограмме определяется: небный канал прямой, щечные каналы сильно искривлены.

- 1) Выберите и обоснуйте метод лечения пульпита.
- 2) Укажите этапы лечения пульпита.
- 3) Какими эндодонтическими инструментами можно расширить корневые каналы?
- 4) Как можно удалить корневую пульпу из узких и изогнутых каналов?
- 5) Какие существуют методы лечения зубов с проблемными корневыми каналами.

35. У пациента К. 25 лет, два месяца назад появилась кариозная полость в зубе 2.4. При попадании в кариозную полость пищи возникала непродолжительная боль, которая исчезала в течение нескольких минут после полоскания рта. За помощью к стоматологу не обращался. Накануне ночью появились сильные болевые приступы кратковременного характера, не связанные с действием раздражителя, боль усиливается от температурных раздражителей, долго не проходит после устранения раздражителя. Объективно: при осмотре зубов верхней челюсти слева на медиальной поверхности 2.4 отмечается глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином светлого цвета, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно в одной точке, при проведении температурной пробы холодной водой отмечается резкая болевая реакция, не проходящая после удаления раздражителя. Перкуссия 2.4 безболезненная.

- 1) Перечислите дополнительные методы диагностики для постановки диагноза.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику и поставьте диагноз.

3) Выберите метод лечения и обоснуйте целесообразность его проведения.

4) Назовите группы лечебных прокладок, применяемых при данном заболевании.

36. Пациент К., 27 лет, обратился с жалобами на дискомфорт в области пролеченного накануне по поводу хронического фиброзного пульпита зуба 2.5. Объективно: Перкуссия зуба 2.5 болезненная. На внутриротовой контактной рентгенограмме зуба 2.5 прослеживается небольшое выведение рентгеноконтрастного силера в периапикальные ткани.

1) Определите тактику врача в данной ситуации.

2) Укажите меры профилактики таких осложнений.

3) Дайте прогноз.

37. Пациент А., 20 лет обратился с жалобами на наличие кариозной полости в 4.6 зубе. Боли отсутствуют. Анамнез: 4.6 зуб несколько раз был лечен по поводу кариеса. Объективно: коронка зуба изменена в цвете. На жевательно-дистальной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование, реакция на холод, перкуссия безболезненны. При пальпации слизистой оболочки в области верхушек корней 4.6 зуба определяется крепитация.

1) Поставьте предварительный диагноз.

2) С чем связано появление крепитации.

3) Опишите предполагаемые рентгенологические изменения.

4) Составьте план лечения.

5) Назовите факторы, влияющие на исход заболевания.

38. У пациента С., 43 лет, проведено лечение 16 зуба по поводу хронического фиброзного пульпита с использованием резорцин-формалинового метода пять лет назад. Жалоб пациент не предъявляет, на прицельной рентгенограмме в области верхушек корней 16 зуба имеются очаги разряжения костной ткани с нечеткими контурами.

1) Поставьте диагноз.

2) Составьте план повторного эндодонтического лечения.

3) Дайте прогноз.

39. Пациент К., 22 года, обратилась в клинику с жалобами на самопроизвольные боли в 1.1 зубе и боли от всех видов раздражителей, длительно не проходящие после их устранения, нарушение целостности коронки зуба, эстетический недостаток. Из анамнеза заболевания: Боли появились 4 дня назад. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Внешний осмотр: Асимметрии лица нет. Носогубные и подбородочная складки выражены. Движения в ВНЧ суставе плавные, в полном объеме. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно-розового цвета. Прикус ортогнатический. Местно: на дистальной поверхности 1.1 зуба имеется обширная кариозная полость, занимающая 2/3 поверхности коронки зуба, переходящая на небную и вестибулярную поверхности. Зондирование болезненно по дну. Реакция на тепловой раздражитель болезненная, холодовой раздражитель боль купирует. Перкуссия слабо чувствительна. Зуб устойчив. Рентгенологических изменений периапикальных тканей нет.

1) Поставьте диагноз.

2) Выберите из условий задачи данные, подтверждающие поставленный диагноз.

3) Составьте план эндодонтического и постэндодонтического лечения.

40. Пациент В., 18 лет предъявляет жалобы на боли при накусывании на зуб 2.6, чувство «выросшего зуба» в течение 2 суток. Со слов пациента подобные жалобы повторяются

третий раз за последний год, к врачу не обращался.

- 1) Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза.
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Составьте план лечения.

Полный перечень практических навыков к экзамену:

1. Прочитайте и дайте оценку прицельной внутриротовой рентгенограмме
2. Наложите лечебную прокладку при биологическом методе лечения пульпита.
3. Наложите девитализирующую пасту.
4. Проведите препарирование полости зуба резца.
5. Проведите препарирование полости зуба клыка.
6. Проведите препарирование полости зуба премоляра верхней челюсти.
7. Проведите препарирование полости зуба премоляра нижней челюсти.
8. Проведите препарирование полости зуба моляра верхней челюсти.
9. Проведите препарирование полости зуба моляра нижней челюсти.
10. Проведите экстирпацию пульпы из корневого канала.
11. Проведите экстирпацию распада пульпы из корневого канала.
12. Проведите наложение лечебной прокладки при витальной ампутации пульпы.
13. Проведите измерение рабочей длины корневого канала инструментальным методом.
14. Проведите инструментальную обработку корневого канала по методике «Step back».
15. Проведите инструментальную обработку корневого канала по методике «Crown Down».
16. Проведите расширение корневого канала, используя ЭДТА – содержащие препараты и ручные инструменты.
17. Проведите медикаментозную обработку корневого канала с помощью эндодонтического шприца.
18. Проведите импрегнацию корневого канала резорцин-формалиновой смесью.
19. Проведите высушивание и обезжиривание корневого канала перед его пломбированием.
20. Проведите временную obturацию корневого канала.
21. Проведите obturацию корневого канала пластичным твердеющим материалом ручным методом.
22. Проведите obturацию корневого канала пластичным твердеющим материалом машинным способом.
23. Проведите пломбирование корневого канала методом одиночного штифта.
24. Проведите пломбирование корневого канала методом латеральной конденсации.
25. Проведите пломбирование корневого канала методом вертикальной конденсации.
26. Выберите антидот и проведите обработку корневого канала при «мышьяковистом» периодонтите.
27. Выберите пасту и проведите временную obturацию корневого канала при обострении хронического периодонтита.
28. Распломбируйте корневой канал, obturированный пастой «Эндометазон».
29. Распломбируйте корневой канал, obturированный резорцин-формалиновой пастой.
30. Распломбируйте корневой канал, obturированный гуттаперчей.
31. Проведите установку анкерного штифта в корневом канале.
32. Выберите средства и проведите внутрикоронковое отбеливание девитального зуба.
33. Проведите расширение корневого канала стандартным методом.
34. Подберите инструменты и проведите расширение устья корневого канала.
35. Проведите наложение временной пломбы (временное закрытие устьев корневых

каналов) материалом на основе СИЦ.

36. Подберите и приготовьте силер для проведения этапов пломбирования корневого канала методом вертикальной конденсации.

37. Проведите активацию ирригационного раствора с помощью ручных эндодонтических инструментов.

38. Проведите обработку корневого канала вращающимся никель-титановым инструментом (система ProTaper).

39. Проведите диатермокоагуляцию пульпы при витальной экстирпации пульпы.

40. Проведите диатермокоагуляцию содержимого корневого канала при периодонтите.

Пример экзаменационного билета

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Кафедра терапевтической стоматологии

Дисциплина: «Эндодонтия»

Экзаменационный билет № 1

1. Пульпа зуба, строение, кровоснабжение, иннервация, функции.
2. Этапы лечения хронического периодонтита. Принципы «тройного воздействия» по И.Г. Лукомскому.

3. Ситуационная задача:

Пациент П., 25 лет, обратился в клинику с жалобами на самопроизвольную острую иррадирующую боль в зубе 2.2 и боль от всех видов раздражителей, длительно не проходящую после их устранения. Из анамнеза заболевания: боль появилась 3 дня назад. Внешний осмотр: Асимметрии лица нет. Носогубные и подбородочная складки выражены. Движения в ВНЧ суставе плавные, в полном объеме. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно-розового цвета. Прикус ортогнатический. Местно: на небной поверхности зуба 2.2 имеется несостоятельная реставрация из композиционного материала светового отверждения, занимающая $\frac{1}{2}$ поверхности. Реакция на температурные раздражители болезненная. Перкуссия слабо чувствительна. Зуб устойчив.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
 - 2) Перечислите необходимые дополнительные методы исследования.
 - 3) Проведите дифференциальную диагностику.
 - 4) Составьте план лечения.
4. Прочитайте и дайте оценку прицельной внутриротовой рентгенограмме

Зав. кафедрой терапевтической
стоматологии, профессор

Э.М. Гильмияров

Критерии оценивания экзамена

Оценка «отлично» - студент показал всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, усвоил основную литературу и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной для подготовки к занятию. Студент умеет взаимосвязывать

основные понятия дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Студент способен полно раскрыть содержание ситуационного задания, с использованием данных дополнительной литературы, демонстрирует исчерпывающие знания содержания дисциплины.

Студент умеет применять на практике теоретический материал дисциплины, правильно соблюдает алгоритм выполнения практического навыка. Количество верных ответов в тестовом задании от 91% до 100%.

Оценка «**хорошо**» - студент показал полное знание учебного материала, усвоил основную литературу. Студент показал систематический характер знаний по дисциплине и способен к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Студент умеет применять на практике теоретический материал дисциплины, соблюдает алгоритм выполнения практического навыка с небольшими погрешностями. Количество верных ответов в тестовом задании от 81% до 90%.

Оценка «**удовлетворительно**» - студент показал знание учебного материала в объеме, необходимом для освоения последующих дисциплин. Допущены незначительные ошибки в трактовке материала в раскрытии вопросов и формулировке выводов нарушена логическая последовательность, примеры, аргументы не всегда убедительны и в отдельных случаях не отражают суть вопроса.

Студент способен частично раскрыть основное содержание ситуационного задания, демонстрирует знание классификаций, имеет представление по общим вопросам дисциплины. Студент демонстрирует умение частично обобщать и сопоставлять используемый материал. Студент частично применяет на практике теоретический материал по теме, допускает нарушения алгоритма выполнения практического навыка. Количество верных ответов в тестовом задании от 71% до 80%.

Оценка «**неудовлетворительно**» - студент показал существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Студент не может раскрыть основное содержание ситуационного задания, отсутствуют знания по общим вопросам дисциплины. Студент демонстрирует неумение обобщать и сопоставлять используемый материал. Студент не умеет применять на практике теоретический материал, допускает грубые нарушения алгоритма выполнения практического навыка. Количество верных ответов в тестовом задании менее 71%.

12. Методическое обеспечение дисциплины

Методическое обеспечение дисциплины разрабатываются в форме отдельного комплекта документов: «Методические рекомендации к лекциям», «Методические рекомендации к практическим занятиям», «Фонд оценочных средств», «Методические рекомендации для студента» (в составе УМКД).

Примеры оценочных средств рубежного контроля успеваемости: контрольная работа; защита истории болезни, реферат с докладом по теме реферата

1) Вопросы для письменной контрольной работы раздела КПЗ №10

1 Вариант

1. Особенности проведения этапов девитальной экстирпации.
2. Пути проникновения микроорганизмов и их токсинов в пульпу

2 Вариант

1. Выбор материалов для пломбирования корневых каналов при лечении пульпита комбинированным методом.
2. Острый диффузный пульпит: патогистология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика

Критерии оценки письменной контрольной работы:

«отлично» - все задания выполнены верно. Студент владеет теоретическим материалом, формулирует собственные, самостоятельные, аргументированные суждения, представляет полные ответы на вопросы.

«хорошо» - не менее 80 % объема заданий контрольной работы выполнено верно. Студент владеет теоретическим материалом, формулирует собственные, самостоятельные, аргументированные ответы на вопросы, однако, при этом допускает незначительные неточности.

«удовлетворительно» - не менее 50% заданий выполнены верно. Студент владеет теоретическим материалом, формулирует собственные, самостоятельные, аргументированные ответы, допуская при этом незначительные ошибки.

«неудовлетворительно» - выполненных верно заданий менее 50%. Студент владеет слабо теоретическим материалом, представляет не полные ответы на вопросы, допуская грубые ошибки.

2). Требования к написанию и защите истории болезни

При подготовке истории болезни за основу принимается схема истории болезни, изложенная в методических рекомендациях кафедры.

Форма представления истории болезни: рукописная, компьютерная.

При написании истории болезни учитываются:

- Соответствие поставленного диагноза диагнозу данного больного.
- Умение правильно сформулировать диагноз согласно современным общепринятым классификациям данной нозологии.
- Использование метода исключения с подбором заболеваний по ведущему синдрому.
- Назначение базовых методов инструментально-лабораторной диагностики.
- Назначение дополнительных методов инструментально-лабораторной диагностики.
- Назначение неотложной терапии.
- Назначение плановой терапии.
- Соблюдение правил орфографии и пунктуации.
- Отсутствие стилистических ошибок.
- Защита истории болезни не более 10 минут.

Критерии оценки написания и защиты истории болезни:

Оценка **«Отлично»**: Работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Куратор умеет осознанно и оперативно трансформировать полученные знания при характеристике теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов нозологической формы.

Оценка «*Хорошо*»: Работа полностью отвечает требованиям и схеме истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Куратор владеет логикой изложения, выделяет главное, осознанно использует научные понятия, клинические симптомы, диагностические данные, основные методы диагностики, допуская несущественные ошибки или неточности.

Оценка «*Удовлетворительно*»: Работа отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, трактовке симптомов, методах диагностики.

Оценка «*Неудовлетворительно*»: Нарушена структура изложения материала, допущены ошибки в употреблении терминов. Значительные ошибки в анализе и изложении клинической ситуации. Письменное оформление работы требует поправок, коррекции. В истории болезни студент описывает фрагментарно результаты клинического обследования больного, без осмысления связей между разделами, допускает ошибки в трактовке клинической картины, диагностики заболевания.

3). Требования к написанию реферата, к докладу по теме реферата

Требования к написанию реферата

В реферате не используются рассуждения. Материал подается в форме консультации или описания фактов, информация излагается точно, кратко, без искажений и субъективных оценок. Текст реферата не должен быть сокращенным переводом или механическим пересказом реферируемого материала. В нем должно быть выделено все то, что заслуживает особого внимания с точки зрения новизны и возможности использования в будущей производственной или научно-исследовательской работе. В тексте реферата не должно быть повторений и общих фраз. Целесообразно включить в текст реферата основные выводы автора первоисточника. Изложение реферата отличается предельной точностью, которая достигается за счет экономной структуры предложения и правильного употребления терминов.

Для языка реферата свойственно использование определенных грамматико-стилистических средств. К ним в первую очередь следует отнести простые законченные предложения, которые способствуют быстрому восприятию реферата. Для характеристики различных процессов могут быть использованы причастные обороты, обеспечивающие экономию объема. Употребление неопределенно-личностных предложений позволяет сосредоточить внимание только на существенном, например, «анализируют, применяют, рассматривают и т.д.»

Для повышения информативной и справочной роли реферата используются иллюстрации и схемы реферируемой работы.

Основные требования к докладу по реферативной работе.

На основе текста реферата формируется текст устного доклада, кратко отражающего содержание. Доклад должен включать актуальность темы, современное состояние проблемы, научно-практическое значение, собственные выводы автора.

Время доклада не должно превышать 10 минут. Желательно излагать текст в свободной форме без монотонного зачитывания написанного. Для языка доклада свойственно корректное использование медико-биологической терминологии, научных терминов и выражений, правильный литературный стиль без применения «слов –паразитов».

Критерии оценки доклада по реферативной работе:

«Неудовлетворительно» - студент не подготовил доклад по реферативной работе

«Удовлетворительно» - доклад содержит не достаточно современных сведений по проблеме, отсутствует логика и последовательность изложения материала без обозначения актуальности и практического значения проблемы, собственная точка зрения на изучаемую проблему не аргументирована или совсем не представлена. Нарушены корректность литературного языка, использование медицинской терминологии, существенно завышено время выступления, текст читается автором по реферату.

«Хорошо» - доклад содержит современные сведения по проблеме, выделена актуальность и практическое значение проблемы. Доклад отражает собственный взгляд студента на проблему, пусть и не всегда аргументированный. Присутствует логика изложения материала, хороший литературный язык, адекватно применена медицинская терминология, не всегда отмечается способность студента к обобщению научных данных по проблеме. Имеется иллюстративное сопровождение доклада, время доклада выдержано, текст не зачитывается автором полностью.

«Отлично» - доклад всесторонне излагает современный взгляд на проблему, даются ссылки на различные источники информации. В докладе прослеживается собственный и аргументированный взгляд на проблему. Присутствует логика изложения материала, грамотный литературный, медицинский и научный язык. Отмечается способность студента к интегрированию и обобщению научных данных, выделяются направления не достаточно представленные в литературе и цель возможного научного исследования. Имеется хорошее иллюстративное сопровождение доклада, четко соблюдено время выступления, автор свободно владеет материалом.

Примеры оценочных средств для текущего контроля успеваемости:

устный опрос, тестирование, решение ситуационных задач, проверка практических навыков

1). Вопросы к устному опросу по теме клинического практического занятия №3:

1. Общая симптоматика хронических форм пульпита.

2. Патогистология:

- а) хронического фиброзного пульпита;
- б) хронического гипертрофического пульпита;
- в) хронического гангренозного пульпита.

3. Клиника:

- а) хронического фиброзного пульпита;
- б) хронического гипертрофического пульпита;
- в) хронического гангренозного пульпита.

4. Диагностика:

- а) хронического фиброзного пульпита;
- б) хронического гипертрофического пульпита;
- в) хронического гангренозного пульпита.

5. Дифференциальная диагностика:

- а) хронического фиброзного пульпита; б) хронического гипертрофического пульпита; в) хронического гангренозного пульпита.

Обострение хронического пульпита. Дифференциальная диагностика.

Критерии оценивания:

Критерий (показатель)	Оценка
Студент не может раскрыть содержание основного (дополнительного) вопросов, отсутствуют знания по дисциплине «Эндодонтия». Студент демонстрирует неумение обобщать и сопоставлять используемый материал.	«Неудовлетворительно»
Студент способен частично раскрыть содержание основного (дополнительных) вопросов дисциплины «Эндодонтия». Студент демонстрирует умение частично обобщать и сопоставлять используемый материал.	«Удовлетворительно»
Студент способен полно раскрыть содержание основного (дополнительных) вопросов дисциплины «Эндодонтия». Студент демонстрирует умение полно обобщать и сопоставлять используемый материал.	«Хорошо»
Студент способен полно раскрыть содержание основного (дополнительных) вопросов, с использованием данных дополнительной литературы, демонстрирует исчерпывающие знания содержания дисциплины «Эндодонтия».	«Отлично»

2). Пример тестовых заданий к клиническому практическому занятию №3.

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Хронический гипертрофический пульпит чаще встречается у:

- а) детей
 - б) лиц молодого возраста
 - в) пожилых
- (Эталон ответа: а, б)

2. Электровозбудимость пульпы при хроническом гангренозном пульпите составляет:

- а) 6-15 мкА,
- б) 20-35 мкА,
- в) 40-60 мкА

(Эталон ответа: в)

3. Реакция на температурные раздражители при хроническом фиброзном пульпите:

- а) медленно нарастающая боль от горячего или холодного, в особенности при чередовании раздражителей,
- б) не постоянная, может быть от горячего раздражителя,
- в) медленно нарастающая ноющая боль на горячий температурный раздражитель

(Эталон ответа: а)

4. Состояние дна кариозной полости при хроническом фиброзном пульпите:

- а) полость зуба открытая, значительных размеров, заполненная разросшимся «полипом» пульпы,

- б) полость зуба может быть вскрыта или закрыта, дентин размягчен,
 в) кариозная полость больших размеров, полость зуба открыта.

(Эталон ответа: б)

Критерии оценки тестовых заданий:

Критерий (показатель)	Оценка
Менее 71% верных ответов	«Неудовлетворительно»
71-80% верных ответов	«Удовлетворительно»
81-90% верных ответов	«Хорошо»
91-100% верных ответов	«Отлично»

3). Пример ситуационной задачи к практическому занятию №3.

Задача. Пациент Н., 45 лет обратился с жалобами на боли в зубе 1.3 от холодного.

Из анамнеза заболевания: зубы потерял по поводу осложненного кариеса, протез изготовлен 3 года назад. Несколько месяцев назад в зубе 1.3 отмечались самопроизвольные, ночные боли.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Внешний осмотр: асимметрии лица нет. Носогубные и подбородочная складки выражены. Движения в ВНЧС плавные, в полном объеме. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без видимых патологических изменений, влажная, блестящая, бледно-розового цвета.

Местно: дефект в области верхней челюсти справа восстановлен металлокерамическим мостовидным протезом с опорой на зубы 1.6 и 1.3. Мостовидный протез устойчив. Промежуточная часть мостовидного протеза плотно прилегает к слизистой оболочке альвеолярного отростка. Опорная коронка на зубе 1.3 с вестибулярной поверхности не доходит до десны на 1 мм. Открытый участок зуба изменен в цвете, ткани зуба мягкие, легко удаляются экскаватором, зондирование болезненно в области сообщения с полостью зуба. Перкуссия безболезненна. 1.7, 2.4, 2.6, 2.7, 3.5, 3.6, 3.7, 4.4, 4.5, 4.6 – под пломбами, устойчивы. Оставшиеся зубы устойчивы, интактны. Прикус ортогнатический.

Какие еще дополнительные методы исследования Вы можете предложить?

Поставьте диагноз.

Каков прогноз заболевания?

Эталон ответа.

1. рентгенологическое исследование
2. хронический фиброзный пульпит зуба 1.3
3. прогноз благоприятный при проведении качественного эндодонтического лечения и реставрации.

Критерии оценки для ситуационных задач:

Критерий (показатель)	Оценка
Студент свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу (выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы);	«отлично»
Студент достаточно убедительно, с незначительными	«хорошо»

ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе;	
Студент недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;	«удовлетворительно»
Студент имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.	«неудовлетворительно»

4). Примеры практических навыков к клиническому практическому занятию №5.

1. Прочитайте и дайте оценку прицельной внутриротовой рентгенограмме
2. Проведите инструментальную обработку корневого канала по методике «Step back».
3. Проведите инструментальную обработку корневого канала по методике «Crown Down».
4. Проведите пломбирование корневого канала методом латеральной конденсации.

Алгоритм выполнения практического навыка «Пломбирование корневого канала методом латеральной конденсации»:

1. Подготовить инструменты (спредеры, каналонаполнитель) и материалы (гуттаперчивые штифты, пасту) для пломбирования корневого канала
2. Подобрать основной гуттаперчевый штифт
3. Припасовать штифт в корневом канале не доходя до физиологической верхушки на 1 мм
4. Подобрать спредер так, чтобы его рабочая длина была на 1-2 мм короче рабочей длины канала.
5. Внести одну порцию пасты в канал каналонаполнителем
6. Произвести боковую конденсацию гуттаперчи спредером в течение 1 мин.
7. Вывести спредер из канала вращательными движениями
8. Заместить спредер дополнительным штифтом, нанеся на него порцию пасты
9. Повторить операцию до достижения полной obturation канала
10. Срезать излишки гуттаперчи нагретым инструментом у устья
11. Удалить излишки пасты из устья ватным шариком

Критерии оценки:

Критерий (показатель)	Оценка
-----------------------	--------

Студент не умеет применять на практике теоретический материал по теме «Пульпит», допускает грубые нарушения алгоритма выполнения практического навыка.	Не зачтено
Студент умеет применять на практике теоретический материал по теме «Пульпит», соблюдает алгоритм выполнения практического навыка или в ходе его выполнения допускает незначительные погрешности.	Зачтено

