**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Модуль «Эндодонтия»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | **Название дисциплины** | **Формируемые компетенции** | **Содержание дисциплины** | **Оценочные средства** |
| 1. | **Эндодонтия** | **Общекультурные компетенции (ОК):*** способностью и готовностью к логическому и аргументирован­ному анализу ведению дискус­сии и полемики, к редактирова­нию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогиче­ской деятельности, к сотрудни­честву и разрешению конфлик­тов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью к письменной и устной комму­никации на государственном языке (ОК-6);

**Профессиональные компетенции (ПК):*** способностью и готовностью реа­лизовать этические и деонтологические аспекты врачебной дея-тельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и млад­шим персоналом, взрослым насе­лением и подростками, их родите­лями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного под­хода к анализу медицинской ин­формации, опираясь на всеобъ­емлющие принципы доказатель­ной медицины, основанной на поиске решений с использовани­ем теоретических знаний и прак­тических умений в целях совер­шенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью анализировать результаты собст­венной деятельности для предот­вращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисципли­нарную, административную, гражданско-правовую, уголов­ную ответственность (ПК-4);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, ре­зультаты современных лабораторно-инструментальных иссле­дований, морфологического ана­лиза биопсийного, написать медицинскую карту амбулатор­ного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);

**профилактическая деятельность:*** способностью и готовностью к проведению стоматологических профессиональных процедур (ПК-18);

**диагностическая деятельность:*** способностью и готовностью к сбору и записи полного медицинского анамнеза пациента, включая данные состояния полости рта (ПК-19);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-20);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические способностью и готовностью поставить диагноз с учетом Международной клас-сификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-23);
* способностью и готовностью к проведению диагностики типичных стоматологических заболеваний твердых и мягких тканей полости рта, (ПК-24);

**лечебная деятельность:*** способностью и готовностью к проведению премедикации, ин-фильтрационной и проводнико­вой анестезии в полости рта, на­значению медикаментозной те­рапии до, во время и после сто­матологического вмешательства (ПК-29);

способностью и готовностью к лечению заболеваний твердых тканей зубов у пациентов различного возраста (ПК-30)* способностью и готовностью к проведению несложного эндо-донтического лечения болезней пульпы и периодонта у пациентов различного возраста (ПК-31);

**организационно-управленческая дея­тельность:*** способностью и готовностью оформлять текущую документацию, использовать формы и методы профилактики стоматологических заболеваний (ПК-48);

на**учно-исследовательская деятельность:*** способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-50);
 | 1. Этиология, патогенез, классификации пульпита. 2. Методы обследование пациентов с заболеваниями пульпы: основные и дополнительные. Клиническая картина заболеваний пульпы (гиперемия пульпы, острый пульпит, xpoнический пульпит), дифференциальная диагностика. 3. Анатомо-физиологические особенности периодонта. Классификация периодонтита. Этиология, патогенез апикального периодонтита. 4. Методы обследование пациентов с заболеваниями периодонта: основные и дополнительные. Клиническая картина апикального периодонтита (острого, хронического), дифференциальная диагностика. 5. Выбор методики лечения пульпита. Показания, противопоказания. Лечение зубов с жизнеспособной и нежизнеспособной пульпой.Алгоритм обработки и пломбирования корневых каналов при лечении апикального периодонтита.Материалы и средства для лечения заболеваний пульпы и периодонта. 6. Эндодонтическая подготовка к проведению хирургических методов лечения заболеваний пульпы и периодонта: короно-радикулярной сепарации, гемисекции, ампутации корня, резекции верхушки корня, реплантации зуба. 7. Методы эндодонтического лечения зубов с труднопроходимыми корневыми каналами. 8. Выявление, устранение и предупреждение ошибок и осложнений при диагностике и лечении пульпита и периодонтита. Повторное эндодонтическое лечение. 9. Тактика проведения эндодонтического лечения хронического периодонтита у пациентов, относящихся к группам риска. Показания и противопоказания. 10. Этапы эстетической реставрации зубов после эндодонтического лечения. Использование внутриканальных штифтов. Отбеливание девитальных зубов, измененных в цвете. | ***Контрольные вопросы***1. Каков клеточный состав пульпы зуба?
2. Каковы волокнистые структуры пульпы зуба?
3. Как кровоснабжается пульпа зуба?
4. Как иннервируется пульпа зуба?
5. Каковы основные функции пульпы зуба
6. Расскажите классификацию пульпитов ММСИ.
7. По каким признакам подразделяются пульпиты в данной классификации?
8. Каковы этиологические факторы возникновения пульпита.
9. Расскажите патогенез пульпита
10. Какие общие симптомы характерны для острых форм пульпита?
11. Чем можно объяснить чередование болевых приступов с безболевыми промежутками при остром воспалении пульпы?
12. Объясните причины, вызывающие усиление боли ночью при остром пульпите.
13. Морфологические изменения в пульпе зуба при остром очаговом пульпите.
14. Перечислите сходные и отличительные признаки острого пульпита с другими сходными по клинике заболеваниями.
15. Какие клинические проявления характерны для острого диффузного пульпита?
16. Морфологические изменения в пульпе зуба при остром диффузном пульпите.
17. Перечислите сходные и отличительные признаки в дифференциальной диагностике острого диффузного пульпита с острым очаговым и хроническим обострившимся пульпитом, острым периодонтитом, невралгией троичного нерва, острым гайморитом, альвеолитом.
18. Перечислите области возможной иррадиации боли при остром диффузном пульпите.
19. Изменения в пульпе при хроническом фиброзном пульпите.
20. Какие клинические симптомы характерны для хронического фиброзного пульпита?
21. Перечислите сходные и отличительные признаки хронического фиброзного пульпита с другими, сходными по клинике заболеваниями (глубокий кариес, острый очаговый и хронический гангренозный пульпит).
22. Какие методы исследования применяются при диагностике хронических форм пульпита?
23. Изменения в пульпе при хроническом гангренозном пульпите.
24. Какие клинические симптомы характерны для хронического гангренозного пульпита?
25. Перечислите сходные и отличительные признаки в дифференциальной диагностике хронического гангренозного пульпита с хроническим фиброзным пульпитом, хроническим периодонтитом.
26. Какие методы исследования применяются при диагностике хронических форм пульпита?
27. Изменения в пульпе при хроническом гипертрофическом пульпите.
28. Какие клинические симптомы характерны для хронического гипертрофического пульпита?
29. Перечислите сходные и отличительные признаки в дифференциальной диагностике хронического гангренозного пульпита с десневым полипом и с разрастанием грануляций из периодонта при разрушении дна полости зуба.
30. Какие методы исследования применяются при диагностике хронических форм пульпита?
31. В каких случаях возникает обострение хронического пульпита?
32. Какие изменения происходят в пульпе при обострении хронического процесса?
33. Какие клинические симптомы характеризуются для обострения хронического фиброзного пульпита?
34. Как клинически проявляется обострение гангренозного пульпита?
35. Расскажите клиническую картину обострения хронического гипертрофического пульпита.
36. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику обострения хронического пульпита?
37. Составьте таблицу по дифференциальной диагностике.
38. Назовите этиологические факторы ретроградного пульпита.
39. Проверьте дифференциальную диагностику ретроградного пульпита.
40. Показания к биологическому методу лечения пульпита
41. Условия для выбора биологического метода лечения
42. Методика проведения
43. Лекарственные препараты, применяемые для обработки кариозной полости при биологическом методе лечения пульпита и их механизм действия.
44. Лечебный прокладки при биологическом методе лечения пульпита и механизм действия
45. Критерии лечения пульпита биологическим методом.
46. Какие особенности строения коронковой и корневой пульпы разных групп зубов?
47. Какие причины вызывают воспаление пульпы?
48. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз острого очагового пульпита?
49. Назовите состав лечебных прокладок, показание к применению.
50. Перечислите средства, применяемые для проводникового и инфильтрационного методов обезболивания.
51. Назовите показания и противопоказания к ампутационному методу лечения.
52. Методика проведения и критерии оценки эффективности витально-ампутационного метода лечения пульпита.
53. Назовите показания и противопоказания к витально-экстирпационному методу лечения.
54. Перечислите средства, применяемые для обезболивания пульпы.
55. Перечислите этапы препарирования кариозной полости.
56. Расскажите о методике проведения диатермокоагуляции пульпы. На каком этапе лечения проводится ДТК?
57. Какова методика удаления пульпы?
58. Способы измерения длины корня зуба.
59. Средства для химического расширения и ирригации корневого канала
60. Какие современные пломбировочные материалы применяются для заполнения каналов различных групп зубов?
61. Каковы признаки полностью удаленной пульпы из корневого канала?
62. Показания к применению девитальной экстирпации.
63. Препараты, применяемые для некротизации пульпы, механизм их действия.
64. Методика девитальной экстирпации пульпы.
65. Показания к применению девитальной ампутации.
66. Препараты, применяемые для некротизации пульпы, механизм их действия.
67. Препараты для мумификации пульпы, механизм их действия.
68. Методика девитальной ампутации пульпы.
69. Что обозначает термин «трансканальный электрофорез»?
70. С какой целью проводится трансканальный электрофорез пульпы? Ме-­ханизм действия.
71. Какие лекарственные препараты применяются для трансканальногоэлектрофореза?
72. Какие имеются противопоказания при проведении электро- и светопроцедур?
73. С какой целью проводится диатермокоагуляция?
74. Методики диатермокоагуляции, дозирование тока.
75. С какой целью проводится криодеструкция пульпы, показания, протии-­вопоказания.
76. Аппаратура для криодеструкции пульпы?
77. Какие осложнения могут возникнуть при проведении диатермокоагуляции, через несколько дней?

10.Какие осложнения возможны при криодеструкции пульпы?1. Назовите возможные ошибки и осложнения при неправильной диагностике пульпита.
2. Какие ошибки и осложнения возможны при проведении девитальных методов лечения?
3. Какие ошибки и осложнения возможны при лечении пульпита витальными методами?
4. Какие ошибки и осложнения возможны при инструментальной и медикаментозной обработке корневых каналов?
5. Назовите ошибки и осложнения при пломбировании корневых каналов и способы их устранения.
6. Какие осложнения относятся к ближайшим, а какие к отдаленным?
7. Что такое периодонт?
8. Ширина периодонта в норме, признаки патологии.
9. Волокнистые структуры периодонта; виды, направление волокон.
10. Клеточные элементы периодонта. Происхождение эпителиальных клеток периодонта.
11. Особенности кровоснабжения периодонта
12. Иннервация периодонта. Виды чувствительных нервных окончаний.
13. Функции периодонта.
14. Что такое периодонтит?
15. Назовите этиологические факторы развития периодонтита.
16. Расскажите патогенетические механизмы развития острого верхушечного периодонтита.
17. Расскажите патогенетические механизмы развития хронического верхушечного периодонтита.
18. Напишите классификацию периодонтита.
19. Классификация верхушечного периодонтита.
20. Назовите симптомы острого верхушечного периодонтита в стадии интоксикации.
21. Какие основные патоморфологические процессы характерны для острого верхушечного периодонтита в стадии интоксикации?
22. Какие клинические проявления характерны для острого верхушечного периодонтита в стадии экссудации?
23. Какие основные патоморфологические процессы характерны для острого периодонтита в стадии экссудации?
24. Перечислите сходные и отличительные признаки острого верхушечного периодонтита со сходными по клинике заболеваниями.
25. Перечислите возможные пути оттока экссудата из верхушечного периодонта.
26. Патогенез хронического верхушечного периодонтита. Иммунологические механизмы в патогенезе хронического периодонтита.
27. Хронический периодонтит как очаг хронической инфекции организма.
28. Патологическая анатомия, клиника хронического фиброзного периодонтита.
29. Патологическая анатомия, клиника хронического гранулирующего периодонтита.
30. Патологическая анатомия, клиника хронического гранулематозного периодонтита.
31. Дифференциальная диагностика хронического периодонтита.
32. Патанотомия, клиника обострения верхушечного периодонтита.
33. Дифференциальная диагностика обострения верхушечного периодонтита.
34. Анатомия полости зуба и корневых каналов резцов нижней челюсти.
35. Анатомия полости зуба и корневых каналов клыков нижней челюсти.
36. Особенности формирования полости доступа во фронтальных зубах нижней челюсти.
37. Анатомия полости зуба и корневых каналов премоляров нижней челюсти.
38. Особенности формирования полости доступа в премолярах нижней челюсти.
39. Анатомия полости зуба и корневых каналов моляров нижней челюсти.
40. Особенности формирования полости доступа в молярах нижней челюсти.
41. Анатомия полости зуба и корневых каналов резцов верхней челюсти.
42. Анатомия полости зуба и корневых каналов клыков верхней челюсти.
43. Особенности формирования полости доступа во фронтальных зубах верхней челюсти.
44. Анатомия полости зуба и корневых каналов премоляров верхней челюсти.
45. Особенности формирования полости доступа в премолярах верхней челюсти.
46. Анатомия полости зуба и корневых каналов моляров верхней челюсти.
47. Особенности формирования полости доступа в молярах верхней челюсти.
48. Классификация эндодонтического инструментария.
49. Характеристика эндодонтического инструментария, стандартизация.
50. Группы медикаментов для обработки (дезинфекции) корневых каналов.
51. Препараты для химического расширения корневых каналов.
52. Ирригация.
53. Препараты для постоянного пломбирования корневых каналов – пластичные твердеющие материалы (силеры). Свойства, показания к применению.
54. Требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов.
55. Классификация эндогерметиков.
56. Состав, положительные и отрицательные свойства, показания к применению силеров на основе цинк-эвгенола.
57. Состав, свойства, показания к применению силеров на основе гидроокиси кальция.
58. Силеры на основе полимеров и смол. Состав, положительные и отрицательные свойства, показания к применению.
59. Материалы на основе резорцин-формальдегидной смолы. Состав, положительные и отрицательные свойства, показания к применению, методика приготовления.
60. Гуттаперча. Состав, свойства, показания к применению.
61. Основные этапы эндодонтического лечения.
62. Понятие длина корневого канала.
63. Методы измерения длины корневого канала.
64. Инструмент для определения длины корневого канала.
65. Принципы механической обработки корневых каналов.
66. Требования к сформированному корневому каналу.
67. Методы препарирования корневого канала.
68. Прохождение корневого канала по длине.
69. Методики расширения корневых каналов.
70. Перечислите основные методики пломбирования корневых каналов.
71. Метод латеральной конденсации. Методика, этапы.
72. Метод вертикальной конденсации. Методика, этапы.
73. Техника непрерывной волны.
74. Термопластическая инъекционная техника.
75. Комбинированные методы.
76. Оценка качества эндодонтического лечения.
77. Показания и противопоказания для медикаментозного лече­ния периодонтита.
78. Основная цель при лечении острых форм верхушечного периодонтита.
79. Лечение острого верхушечного; периодонтита в стадии-интоксикации
80. Лечение острого верхушечного периодонтита в стадии экссудата.
81. Расскажите, чем отличается объем эндодонтических манипуляций при лечении острого верхушечного периодонта в фазе интоксика­ции и экссудации?
82. Антисептическая обработка корневых каналов, механизм действия лекарственных препаратов.
83. Общее лечение острого верхушечного периодонтита.
84. Перечислите показания к односеансному методу лечения хронических форм периодонтита.
85. Назовите этапы лечения хронического периодонтита в один сеанс.
86. Назовите показания к проведению заапикальной терапии.
87. Какова цель заапикальной терапии.
88. Лекарственные вещества, применяемые для заапикальной те­рапии.
89. Возможные исходы хронического периодонтита.
90. Методы лечения хронического верхушечного периодонтита.
91. Принципы и этапы лечения хронического верхушечного периодонтита.
92. Методы эндодонтической обработки корневых каналов многокорневых зубов.
93. Импрегнационный метод лечения хронического периодонтита, методика проведения, преимущества и недостатки.
94. Особенности лечения хронического верхушечного периодонтита в стадии обострения.
95. Комплексное лечение периодонтитов.
96. Общие показания и противопоказания к применению физиотерапевтических методов лечения.
97. Перечислите физиотерапевтические процедуры для лечения периодонтитов.
98. Перечислите показания к применению диотермокоагуляции при лечении периодонтитов.
99. Применение ЭОД при диагностике периодонтитов.
100. Раскройте механизм действия лекарственных препаратов, применяемых для внутриканального электрофореза.
101. Механизм действия и показания к применению УВЧ - терапии при лечении.
102. Какие физиотерапевтические процедуры показаны при лечении острых форм периодонтита.
103. Какие физиотерапевтические процедуры применяют при лечении хронического периодонтита.
104. Назовите возможные ошибки и осложнения при неправильной диагностике периодонтитов.
105. Ошибки и осложнения при препарировании кариозной полости и полости зуба.
106. Ошибки и осложнения при эвакуации распада, механической и антисептической обработки канала
107. Ошибки и осложнения при эндодонтической обработке корневого канала
108. Способы устранения осложнения при лечении периодонтита.

***Тестовые задания*** 001. Возникновение болевого приступа  при переходе с улицы в теплое помещение и наоборот характерно 1) для глубокого кариеса 2) для острого диффузного пульпита 3) для хронического гангренозного пульпита 4) для хронического фиброзного периодонтита 5) для хронического фиброзного пульпита002. Хронический гангренозный пульпит следует дифференцировать 1) с эрозией эмали 2) с хроническим фиброзным пульпитом 3) с хроническим фиброзным периодонтитом 4) с гипертензией твердых тканей зубов 5) с хроническим гранулематозным периодонтитом003. При проведении дифференциальной диагностики хронического гангренозного пульпита с другими заболеваниями пульпы целесообразно провести следующие дополнительные методы исследования 1) определение индекса CPITN 2) электроодонтодиагностику 3) клинический анализ крови 4) рентгенологическое исследование 5) биопсию004. Порог возбудимости пульпы при хроническом гангренозном пульпите  лежит в пределах 1) 1-2 мкА 2) 2-6 мкА 3) 20-40 мкА 4) 50-80 мкА 5) 100-200 мкА005. Хронический фиброзный периодонтит отличается  от хронического гангренозного пульпита 1) отсутствием болей от температурных раздражителей 2) наличием воспаленной пульпы 3) наличием расширения периодонтальной щели в области апекса 4) электровозбудимостью пульпы свыше 100 мкА 5) наличием болезненности при зондировании устьев каналов006. Ятрогенный пульпит может возникнуть в результате 1) перегрева зуба при нарушении режима препарирования твердых тканей 2) гипоплазии эмали 3) чрезмерной глубины обработки при формировании полости 4) эрозии эмали 5) случайного введения парапульпарного штифта в полость зуба 6) кариеса007. Метод витального удаления пульпы показан 1) при острых формах пульпита 2) у пациентов, не переносящих анестезию 3) при депульпировании по ортопедическим показаниям 4) у больных, страдающих тяжелыми сопутствующими  соматическими заболеваниями, включая иммунодефицитные состояния *Укажите правильную последовательность*008. Последовательность манипуляций при эндодонтическом лечении  корневого канала 1) пломбирование корневого канала 2) медикаментозная обработка корневого канала 3) определение рабочей длины корневого канала 4) высушивание корневого канала 5) удаление корневой пульпы 6) исследование канала (зондирование) 7) расширение устья корневого канала 8) создание доступа к корневому каналу 9) препарирование корневого канала009. Согласно ISO эндодонтические инструменты  выпускаются с рабочей длиной, равной 1) 10 мм 2) 21 мм 3) 45 мм 4) 25 мм 5) 31 мм 6) 33 мм 7) 28 мм010. Для пломбирования корневых каналов применяют  следующие гидроокись-содержащие материалы 1) эвикрол 2) biocalex 3) apexit 4) АН-26011. Метод лечения хронического гангренозного пульпита 1) витальная ампутация 2) витальная экстирпация 3) биологический метод 4) девитальная экстирпация 5) резекция верхушки корня012. Для безболезненного удаления пульпы из корневых каналов  моляров нижней челюсти целесообразно провести обезболивание 1) аппликационное 2) проводниковое 3) инфильтрационное013. В зубах 16, 26, 36 и 46, как правило, имеется 1) один корневой канал 2) два корневых канала 3) три корневых канала 4) четыре корневых канала014. Для удаления пульпы из корневого канала предназначен 1) зубоврачебный зонд 2) рашпиль 3) пульпоэкстрактор 4) бурав Хэдстрема 5) каналонаполнитель015. Медикаментозные препараты для обработки корневых каналов должны 1) обладать бактерицидными свойствами 2) быть инертными по отношению к микроорганизмам 3) не раздражать ткани периодонта 4) оказывать токсическое действие на ткани периодонта 5) глубоко проникать в дентинные канальцы016. Для антисептической обработки корневых каналов используют 1) эфир 2) перекись водорода 3) гипохлорит натрия 4) дистиллированную воду 5) «Крезофен»017. Для пломбирования корневых каналов используют 1) водный дентин 2) «Эндометазон» 3) преднизолон 4) цинк-эвгенольную пасту 5) гуттаперчевые штифты018. Дифференциальную диагностику хронического фиброзного пульпита  следует проводить 1) со средним кариесом 2) с клиновидным дефектом 3) с глубоким кариесом 4) с острым очаговым пульпитом 5) с хроническим гангренозным пульпитом 6) с хроническим фиброзным периодонтитом019. При хроническом фиброзном пульпите сообщение кариозной полости  с полостью зуба имеется 1) всегда 2) часто 3) в некоторых случаях020. При проведении инфильтрационной анестезии  в процессе лечения пульпита зуба 24 анестетик  целесообразно вводить в область альвеолярного отростка 1) только с вестибулярной стороны 2) только с небной стороны 3) с вестибулярной и небной сторон021. В зубе 24 определяется, как правило 1) два канала 2) один канал 3) три канала022. Метод витальной экстирпации пульпы заключается 1) в удалении пульпы без анестезии 2) в удалении пульпы после девитализации препаратами мышьяка 3) в удалении пульпы под анестезией023. Для антисептической обработки корневых каналов можно использовать 1) дистиллированную воду 2) гипохлорит натрия 3) перекись водорода 4) физиологический раствор 5) эфир024. Отдифференцировать хронический фиброзный пульпит  от острого частичного пульпита позволяет отсутствие  следующих симптомов 1) болевых приступов, возникающих от раздражителей 2) болевых приступов, возникающих самопроизвольно 3) ночных болей 4) реакции на температурные раздражители 5) болезненности при перкуссии025. От глубокого кариеса хронический фиброзный пульпит  отличает наличие 1) продолжение приступа боли в течение некоторого времени  после устранения раздражителя 2) иногда возникающих самопроизвольных болей 3) ночных болей 4) болевых приступов, возникающих при переходе  из холодного помещения в теплое026. Хронический гангренозный пульпит отличается  от хронического фиброзного пульпита наличием 1) кариозной полости средней глубины 2) болей от горячего 3) деструкции костной ткани в апикальной области027. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит 1) некроз ткани пульпы 2) фиброзное перерождение пульпы 3) значительное разрастание грануляционной ткани 4) резкое увеличение волокнистых элементов 5) акантолиз028. Хронический фиброзный пульпит рентгенологически характеризуется  наличием 1) деструкции межзубной альвеолярной перегородки 2) апикальной гранулемы 3) кариозной полости 4) гиперцементоза029. В этиологии пульпита основную роль играют 1) фузобактерии 2) спирохеты 3) гемолитические и негемолитические стрептококки 4) лактобациллы 5) простейшие030. Для лечения хронического фиброзного пульпита  можно использовать метод 1) реминерализации твердых тканей зубов 2) витальной экстирпации пульпы 3) контролируемой чистки зубов 4) девитальной экстирпации пульпы 5) неспецифической гипосенсибилизации031. Метод девитальной экстирпации пульпы заключается  в удалении пульпы 1) под анестезией 2) без анестезии 3) после ее некротизации препаратами мышьяка 4) после некротизации ее препаратами параформальдегида 5) после приема противогрибковых препаратов032. На зуб 27 мышьяковистая паста должна быть наложена 1) на 3 часа 2) на 48 часов 3) на 24 часа 4) на 72 часа033. Показания для наложения мышьяковистой пасты 1) средний кариес 2) непроходимость корневых каналов 3) инфаркт миокарда 4) индивидуальная непереносимость анестетика 5) гипоплазия эмали *Укажите правильную последовательность*034. Последовательность манипуляций  при наложении девитализирующей пасты 1) наложение временной пломбы 2) раскрытие полости 3) наложение девитализирующей пасты 4) наложение ватного тампона с обезболивающим препаратом 5) удаление размягченного дентина 6) вскрытие полости зуба 7) обезболивание035. Степень расширения границ препарирования полости  при лечении пульпы обусловлена необходимостью создания 1) хорошего доступа к устьям корневых каналов 2) оттока для гнойного экссудата 3) условий для ретенции пломбы036. Для зуба 26 характерно наличие 1) одного корня 2) двух корней 3) трех корней037. Для расширения устья корневого канала предназначен 1) фиссурный бор 2) gates Glidden 3) largo (Peeso-Reamer) 4) K-Reamer 5) рашпиль038. Для химического расширения трудно проходимых каналов применяют 1) перекись водорода 2) царскую водку 3) препараты ЭДТА 4) хлорамин039. Показатели ЭОД для острого общего пульпита находятся в интервале 1) 2-6 мкА 2) 20-40 мкА 3) 60 мкА 4) 100-200 мкА 5) более 200 мкА040. Для расширения корневых каналов предназначены 1) К-файлы 2) каналонаполнители 3) спредеры 4) буравы Хедстрема 5) корневые иглы041. Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать  в концентрации 1) 0,5-1% 2) 2,5-3% 3) 5-10% 4) до насыщения042. Для расширения труднопроходимых каналов используют 1) препараты ЭДТА 2) физиологический раствор 3) азотнокислое серебро 4) эвгенол 5) формалинРаздел 4.Периодонтит043. Ширина периодонтальной щели на нижней челюсти 1) 0,5-1,0 2) 0,15-0,22 3) 0,3-0,5044. Ширина периодонтальной щели на верхней челюсти 1) 0,3-0,4 2) 0,15-0,22 3) 0,3-0,5045. Наличие кариозной полости может быть причиной периодонтита 1) травматического 2) инфекционного 3) медикаментозного046. Сообщение кариозной полости с полостью зуба  характерно для периодонтита 1) острого 2) хронического047. Минимальный срок восстановления костной ткани  при деструктивных формах хронического периодонтита 1) 1-2 мес. 2) 6-9 мес. 3) 12-24 мес.048. Температурная проба при хронических формах периодонтита 1) резко болезненна 2) болезненна 3) безболезненна049. Медикаментозная обработка корневого канала  растворами протеолитических ферментов проводится с целью 1) воздействовать на очаг воспаления в периапикальной области 2) воздействовать на патогенную флору в микроканалах 3) растворить распад пульпы *Укажите правильную последовательность*050. Техника «Crown Down» (от коронки вниз) 1) расширение устья корневых каналов 2) прохождение корневых каналов ручными К-файлами до размера №15  на предварительную рабочую длину 3) диагностический рентгеновский снимок 4) прохождение корневых каналов на ½ длины инструментами 0,25 или 0,30 5) прохождение корневых каналов на ½ длины инструментами 0,35 или 0,40 6) рентгеновский снимок с ручным К-файлом №15  для выяснения направления расширения корневого канала  и определения окончательной рабочей длины 7) прохождение корневых каналов на ¾ длины профайлом 0,25 8) прохождение апикальной части корневых каналов  до физиологической верхушки инструментами 0,25 или 0,30051. Раскрытие полости зуба при эндодонтическом лечении  проводится с целью 1) улучшения фиксации пломбы 2) улучшения доступа к каналу корня 3) удаления коронковой пульпы052. При хроническом фиброзном периодонтите на рентгенограмме  определяется 1) расширение периодонтальной щели в периапикальной области 2) разрежение костной ткани округлой формы с четкими контурами  в периапикальной области 3) разрежение костной ткани у верхушки корня без четких границ053. К эндодонтическим инструментам относятся 1) хедстром 2) файл 3) элеватор 4) риммер054. Для медикаментозной обработки корневого канала зуба используются 1) гипохлорит натрия 2) хлоргексидин 3) цианид 4) лизетол055. При пломбировании каналов гуттаперчей используются  корневые герметики 1) сиалапекс 2) фосфат цемент 3) апексит056. Для постоянного пломбирования корневых каналов используются  штифты 1) бумажные 2) гуттаперчивые 3) парапульпарные057. Для временного пломбирования корневых каналов используются 1) гидроокись кальция 2) фосфат цемент 3) ледермикс 4) форфенан058. Для придания формы корневому каналу используются  следующие инструменты 1) протейперы 2) игла Миллера 3) профайлы 4) пульпоэкстракторы059. Для подготовки корневого канала перед пломбированием используется  ручной инструмент 1) каналонаполнитель 2) хедстром 3) плаггер060. Для пломбирования корневого канала используются методы 1) латеральной конденсации гуттаперчи 2) разогретой гуттаперчи 3) резекции верхушки корня061. Для подготовки корневого канала к пломбированию используются  методы 1) степ-бек 2) степ-даун 3) краун-даун 4) гемисекция062. Для пломбирования корневого канала используют  следующие виды гуттаперчи 1) разогретую 2) размягченную 3) холодную 4) замороженную063. Для определения длины корня зуба используют 1) апекс-локатор 2) рентгенологическое исследование 3) электроодонтодиагностику 4) депофорез064. Приблизительное расстояние от рентгенографического апекса  до физиологического отверстия составляет 1) 2-4 см 2) 0,5-1 мм 3) 5-6 мм065. Критерием правильного пломбирования корневого канала является 1) неоднородное заполнение пломбировочным материалом на 2/3 длины 2) однородное заполнение корневого канала на всем протяжении 3) значительное выведение пломбировочного материала  за апикальное отверстие066. При пломбировании корневых каналов  методом латеральной конденсации  количество гуттаперчивых штифтов составляет 1) один 2) один-два 3) необходимое для полного заполнения корневого канала067. Боры Гейтса используются 1) для расширения устья корневого канала 2) для резекции верхушки корня 3) для уплотнения пломбировочного материала068. Для расширения корневого канала используются 1) пульпоэкстрактор 2) хедстром 3) спредер 4) бор Гейтса 5) каналонаполнитель069. Для медикаментозной обработки корневого канала используется  гипохлорит натрия в процентной концентрации 1) 10-20% 2) 0,5-5,25% 3) 30-40% 4) 6,5-7,25%070. Для облегчения прохождения корневого канала используется 1) ЭДТА 2) физиологический раствор 3) ортофосфорная кислота071. Устье корневого канала расширяется 1) пульпоэкстрактором 2) бором Гейтса 3) алмазным турбинным бором 4) каналонаполнителем072. Для растворения продуктов некроза пульпы и интактной пульпы при депульпировании используют 1) Rc – prep  2) ортофосфорную кислоту 3) гипохлорит натрия 4) 1% раствор хлоргексидина073. Скорость вращения каналонаполнителя в корневом канале не должна превышать 1) 3000 об./мин. 2) 1000 об./мин. 3) 200 об./мин.074. При инструментальной обработке корневых каналов только возвратно-поступательные движения используют 1) каналонаполнителем 2) пульпоэкстрвктором 3) К-римером 4) хедстремом075. Систему Про Тейпер используют  1) для вертикальной конденсации гуттаперчи 2) для введения разогретой гуттаперчи 3) для механического расширения корневых каналов076. Укажите размер инструмента в соответствии с цветовой маркировкой ручки 1) красный 2) желтый 3) фиолетовый 4) белый 5) синий 6) черный 7) зеленый077. Пломбирование корневого канала произведено правильно 1) корневая пломба должна немного выходить за апекс 2) корневая пломба не должна доходить до апекса на 3-4 мм 3) корневая пломба не должна доходить до апекса на 0,5-2 мм078. Промывать корневой канал гипохлоритом натрия следует 1) не менее 1-5 мин. 2) не менее 5-10 мин. 3) не менее 10-20 мин.079. Укажите правильную последовательность этапов подготовки корневого канала к пломбированию 1) изоляция зуба от ротовой жидкости 2) создание доступа к устьям корневых каналов 3) предварительное рентгеноскопическое обследование 4) местное обезболивание 5) определение рабочей длинны корневого канала с введенным в канал файлом, используя апекс-локатор и рентгенологическое обследование 6) обработка корневого канала (инструментальная и медикаментозная) 7) рентгенологическое обследование с введенным в канал гуттаперчевым «мастер-штифтом»  8) рентгенологическое исследование запломбированного корневого канала 9) пломбирование корневого канала 10) пломбирование кариозной полости временной или постоянной пломбой***Ситуационные задачи*****ЗАДАЧА № 21.**Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадиируют в подглазничную область.Анамнез: 23 зуб ранее не лечен. Болит в течение 2 суток.Объективно: на апроксимально-дистальной поверхности 2.3 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога пульпа просвечивает. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ. ЭОД - 40 мкА.1. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?2. Назовите наиболее вероятный диагноз.3. Какие методы лечения можно применить?4. Показано ли использование биологического метода лечения?5. Перечислите основные этапы лечения. ЗАДАЧА № 22.Больной Н.,19 лет, жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадиирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.2. Назовите предварительный диагноз.3. Какие дополнительные методы обследования требуется провести.4. Какие методы лечения можно применить?5. Перечислите основные этапы лечения. ЗАДАЧА № 23.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 № 24.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 № 25.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 № 26.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 № 27.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 обтурации корневых каналов?5. Назовите пломбировочные материалы для корневых каналов для данной клинической ситуации? ЗАДАЧА № 28.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 № 29.Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7. Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые каналы облитерированы, изменений в периодонте нет.1. Поставьте диагноз:2. Назовите методы лечения для данной клинической ситуации.3. Какова методика наложения девитализирующей пасты?4. Назовите девитализирующие безмышьяковистые пасты.5. Перечислите этапы девитально-комбинированного метода лечения. ЗАДАЧА № 30.Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгоданазад 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 1.43. 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 № 31. 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. Вопросы и задания 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 № 32. Больной С. явился с жалобами на боль при накусывани в области 35 ,36 зубов. Перкуссия слегка болезненна 3.6. На рентгенограмме 36 зуба - задний канал запломбирован за верхушечное отверстие, передние каналы – до верхушечного отверстия, равномерное расширение периодонтальной щели. 35 зуб – под пломбой перкуссия 35 болезненна. На рентгенограмме корневой канал запломбирован за верхушечное отверстие. Из анамнеза выяснено, что 27 три дня назад 35 зуб был запломбирован 9 (лечение проводилось по поводу острого пульпита), 36 зуб лечили год назад. Задания 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. |

***Контрольные вопросы для подготовки к экзамену по модулю «Эндодонтия»***

1. Острый очаговый пульпит. Клиника, патологическая анатомия, диагностика.

2. Острый диффузный пульпит. Клиника, патологическая анатомия, диагностика.

3. Хронический фиброзный пульпит. Клиника, патологическая анатомия, диагностика.

4. Хронический гангренозный пульпит . Клиника, патологическая анатомия, диагностика.

5. Хронический гипертрофический пульпит. Клиника, патологическая анатомия, диагностика.

5. Систематизация методов лечения пульпита. Показания и противопоказания к их применению. Сравнительная характеристика.

6. Хронический фиброзный периодонтит. Клиника, патологическая анатомия, диагностика.

7. Витально - экстирпационный метод лечения пульпита. Показания. Методика проведения. Защита врача и больного от ВИЧ - инфекции.

8. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания. Методика проведения.

9. Гистологическое строение пульпы. Основные функции. Изменения при заболеваниях зубов и некоторых общих заболеваниях.

10. Лечение хронического пульпита в стадии обострения.

11. Ошибки и осложнения при диагностике и лечении пульпита. Их профилактика и устранение.

12. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания. Методика проведения.

13. Ошибки и осложнения при диагностике и лечении верхушечного периодонтита. Их профилактика и устранение.

14. Лечение верхушечного периодонтита. Цель, задачи, методы. Показания и противопоказания к консервативному лечению.

15. Хронический пульпит в стадии обострения. Клиника, диагностика.

16. Односеансный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, оценка эффективности.

17. Анатомо-физиологические особенности периодонта. Функции периодонта. Патологические процессы, происходящие в периодонте.

18. Этиология и патогенез пульпита.

19. Классификация пульпита по МБК – 10.

20. Лечение пульпита под анестезией. Консервативный (биологический) метод. Прямое и не прямое покрытие пульпы, используемые препараты.

21. Лечение пульпита методом некротизации и мумификации пульпы зуба. Используемые препараты. Девитальная экстирпация. Показания. Техника выполнения. Ошибки и осложнения.

22. Показания к физиотерапии больным при применении девитального метода лечения пульпита. Депофорез гидроокиси меди-кальция, внутриканальный электрофорез.

23. Патологическая анатомия острых и хронических форм пульпита.

24. Контроль прохождения и пломбирования корневого канала. Сроки обследования после лечения больного с различными формами периодонтита.

25. Протокол ирригации корневого канала. Временное пломбирование корневого канала.

26. Витальная ампутация пульпы. Показания, контрольные сроки обследования после лечения. Апикогенез.

27.Микрофлора полости рта. Физиологическая роль. Зубная бляшка и её роль в развитии кариеса и заболеваний пародонта.

28.Пломбирование кариозных полостей композитами светового отверждения. Техника пломбирования. Формирование контактного пункта. Используемые приспособления.

29. Реставрация зубов при некариозных поражениях.

30. Лечение пульпита методом некротизации и мумификации пульпы зуба. Используемые препараты. Девитальная ампутация. Показания. Техника выполнения. Ошибки и осложнения.

31. Периодонтит. Этиология и патогенез.

32. Пломбирование корневых каналов: временное и постоянное. Пломбирование с использованием гуттаперчевых штифтов. Контроль пломбирования.

33. Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита.

34. Дифференциальная диагностика хронического гипертрофического пульпита.

35. Дифференциальная диагностика хронического гангренозного пульпита.

36. Пульпит. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.

37. Дифференциальная диагностика острого очагового пульпита.

38. Биологический метод лечения пульпита. Показания. Сущность метода. Методика проведения. Оценка эффективности лечения.

39. Дифференциальная диагностика хронического фиброзного пульпита.

40. Односеансный метод лечения верхушечного периодонтита. Показания. Этапы лечения. Критерии эффективности.

41. Комбинированный метод лечения пульпита. Показания. Методика проведения.

42. Лечение хронического обострившегося верхушечного периодонтита.

43. Витально - ампутационный метод лечения пульпита. Показания

44. Методика проведения. Защита врача и больного от ВИЧ - инфекции.

45. Этиология и патогенез верхушечного периодонтита. Классификация периодонтита.

46. Современные методы лечения деструктивных форм хронического

верхушечного периодонтита. Исход лечения. Критерии эффективности.

47. Лечение хронического верхушечного периодонтита в зубах с плохо проходимыми корневыми каналами. Методы импрегнации каналов.

48. Дифференциальная диагностика хронических форм верхушечного периодонтита.

49. Травматический периодонтит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

50. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, клиника, диагностика.

51. Хронический гранулирующий периодонтит. Клиника, патологическая анатомия, диагностика.

52. Болезни пародонта. Современная классификация.

53. Этиология, патогенез заболеваний пародонта.

54. Хронический гранулематозный периодонтит. Клиника, патологическая анатомия, диагностика.

55. Обострение хронического верхушечного периодонтита. Клиника, патологическая анатомия, диагностика.

56. Дифференциальная диагностика острых форм верхушечного периодонтита.

57. Пародонт, анатомо-физиологические особенности, основные функции. Патологические процессы, возникающие в тканях пародонта.

58. Рентгенодиагностика хронических форм периодонтита.

59. Композиционные пломбировочные материалы, свойства, показания,методика пломбирования.

60. Лечение острого верхушечного периодонтита в стадии интоксикации.

61. Патологическая анатомия острых и хронических форм периодонтита.

62. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика гипертрофического гингивита.

63. Лечение острого верхушечного периодонтита в стадии экссудации.

64. Заапикальный метод лечения хронического верхушечного периодонтита. Показания. Методика проведения.

65. Классификация периодонтитов по МКБ-10.

**Критерии оценки знаний студентов на экзаменах и зачетах на кафедре терапевтической стоматологии**

Цель экзамена (зачета) - оценить уровень теоретических знаний и практические умения студентов по терапевтической стоматологии в объеме программы терапевтической стоматологии, утвержденной ЦКМС, а также в соответствии с государственным образовательным стандартом и квалификационными характеристиками выпускников медицинского вуза.

Уровень теоретических знаний и практических умений студентов оценивается по шкале оценок «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» на экзаменах, и «зачтено» и « не зачтено» - на зачетах.

Для данной шкалы оценок установлены следующие критерии:

**«отлично»** — заслуживает студент, выполнивший тестовые задания на ≥ 90 %, умеющий свободно выполнять практические задания, предусмотренные программой, обнаруживший на устном собеседовании всестороннее систематическое и глубокое знание учебного программного материала, знакомый с основной и дополнительной литературой. Оценку «отлично», как правило, получают студенты, усвоившие основные понятия дисциплины, их взаимосвязь и значение для врачебной профессии, проявившие творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала, раскрывшие в ответе вопрос полно и без наводящих вопросов.

Оценку **«хорошо»** заслуживает студент, выполнивший на ≥80% тестовые задания, продемонстрировавший владение основными практическими умениями и навыками не менее чем по 80% необходимого объема работы, успешно выполнивший предусмотренные программой задания, усвоивший основную литературу, указанную в программе. Оценка «хорошо» выставляется студентам, показавшим систематизированные знания и способность к их самостоятельному применению и обновлению в ходе дальнейшей учебы и профессиональной деятельности, четко ответивший на наводящие вопросы преподавателя.

Оценку **«удовлетворительно»** заслуживает студент, выполнивший тестовые задания в объеме ≥70%, справившийся с выполнением большинства (70%) практических навыков, умений, обнаруживший знания основного учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы, знакомый с основной литературой, предусмотренной программой. Как правило, «удовлетворительно» ставится студенту, обнаруживающему пробелы в знаниях, допустившему в ответе и при демонстрации практических навыков погрешности, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, выполнившему тестовые задания на ≤ 69% и одновременно при этом обнаружившему в процессе собеседования пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при демонстрации практических навыков. «Неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжать обучение или приступить к самостоятельной работе без дополнительных занятий по терапевтической стоматологии.

Оценка «**зачтено**» ставится на зачете студентам, уровень знаний которых соответствует требованиям, установленным в п. п. 1.1, 1.2, 1.3 настоящих рекомендаций.

Оценки «**не зачтено**» ставятся студенту, уровень знаний которых соответствует требованиям, установленным в п. 1.4 настоящих рекомендаций..

При выставлении оценки на экзамене (зачете) особо учитывается уровень знаний материала учебных лекций и практических занятий. Он оценивается по ответам, как на основной вопрос билета, так и по ответам на дополнительные вопросы.

Заведующий кафедрой

 терапевтической стоматологии,

 д.м.н., доцент Меджидов М.Н.