

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 25.08.2023 14:57:24
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной
деятельности и молодежной
политике

Т.В. Бородулина

«26» мая 2023 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.ДВ.01.02 Инновации в эндодонтии**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.73 Стоматология терапевтическая*

Квалификация: *Врач-стоматолог-терапевт*

г. Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине составлен в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.73 - Стоматология терапевтическая, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1116 .

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	должность	уч. степень	уч. звание
1	Григорьев С.С.	Зав. кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний	д.м.н.	доцент
2	Сорокоумова Д.В.	доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний	к.м.н.	
3	Епишова А.А.	доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний		
4	Чернавский А.Ф.	заместитель главного врача МАУ СП №12 по клинико-экспертной работе	к.псих.н.	

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:

Герасимова Лариса Павловна, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ , заведующий кафедрой терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний (протокол № 10 от 07.04.2023г);
- на заседании методической комиссии специальностей ординатуры (протокол №5 от 10.05.2023 г.)

1. Кодификатор по дисциплине

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий требования ФГОС, представлен в таблице:

Дидактическая единица (ДЕ)	Индикаторы достижений			УК, ПК
	Знания	Умения	Навыки	
ДЕ 1 - Этапы эндодонтического лечения. Современные подходы к формированию корневых каналов.	Современные этапы эндодонтического лечения - основные принципы формирования корневых каналов	Оценить клинические ситуации с применением традиционных и современных методов формирования корневых каналов	Современными инновационными подходами к формированию корневых каналов	УК-1, ПК-9, ПК-11
ДЕ 2 - Классификация никель-титановых инструментов. Основные принципы и особенности работы с данными инструментами.	Классификацию никель-титановых инструментов. - теоретические основы истории создания и развития никель-титановых инструментов.	Оценить и применить никель-титановых инструментов на эндодонтическом лечении зубов - подобрать необходимые инструменты и расходные материалы для соблюдения правильного эндодонтического лечения	Навыками работы вращающимися и режущимися инструментами при эндодонтическом лечении зубов	УК-1, ПК-5, ПК-9, ПК-11
ДЕ 3 - Ирригация корневых каналов, как залог успеха эндодонтического лечения. Современная классификация методов ирригации	Основные требования и этапы ирригации корневых каналов; - современную классификацию методов ирригации (УК-1; ПК- 5; ПК- 9)	Оценить клинические ситуации с применением различных методов ирригации корневых каналов (УК-1; ПК- 5; ПК- 7, ПК- 9.)	Навыками медикаментозной обработки корневых каналов при эндодонтическом лечении зубов (УК-1; ПК- 9)	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9
ДЕ 4 - Современные методы пломбирования корневых каналов.	Современные методы пломбирования корневых каналов -клинические этапы пломбирования корневых каналов - особенности при пломбировании	Оценить клинические ситуации с применением различных методов современного пломбирования корневых каналов - подобрать метод пломбирования	Методикой технологии и последовательности проведения пломбирования корневых каналов вертикальной конденсацией, термофил.	УК-1, ПК-5, ПК-9, ПК-11

	труднопроходимых корневых каналов. -	корневых каналов в зависимости от клинической ситуации		
ДЕ 5 - Современные подходы к повторному эндодонтическому лечению	Современные подходы к повторному эндодонтическому лечению. -клинические этапы повторного эндодонтического лечения. (УК-1; ПК- 9; ПК-10)	Подобрать метод повторного эндодонтического лечения корневых каналов в зависимости от клинической ситуации (УК-1; ПК- 5; ПК- 9)	Методикой технологии и последовательности проведения повторного эндодонтического лечения корневых каналов (УК-1; ПК- 7, П	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10
ДЕ 6 - Ошибки и осложнения, возникающие при эндодонтическом лечении и способы их устранения.	Основные ошибки и осложнения, возникающие в процессе эндодонтического лечения (УК-1; ПК-2; ПК-5)	Оценить клиническую ситуацию и определить причину, вид осложнения произошедшего в процессе эндодонтического лечения (УК-1; ПК- 5; ПК- 9)	Навыками устранения ошибок и осложнений, возникающих при эндодонтическом лечении (ПК-2; ПК- 9)	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9

2. Аттестационные материалы:

2..1. Задания в тестовой форме

1. Согласно принципу асептики и антисептики все манипуляции в корневых каналах должны проводиться с использованием:

- анестезии
- антисептических растворов
- изоляции рабочего поля коффердамом
- с восстановленными стенками зуба
- материалов на основе гидроксида кальция
- операционного микроскопа

2. Укажите задачи механической инструментальной обработки корневого канала:

- пройти канал
- расширить канал, запломбировать его до верхушки
- обработать кариозную полость, экстирпировать содержимое канала, обтурировать его
- создать доступ к каналам, очистить, придать форму, подготовить к пломбированию канал
- раскрыть устья каналов, удалить со стенок канала прединт, сгладить канал, запломбировать его
- достичь верхушки и удалить содержимое канала

3. Из перечисленного ниже к этапам эндодонтического лечения не относится:

- экстирпация пульпы
- механическая и медикаментозная обработка

- c) раскрытие полости зуба
- d) пломбирование канала
- e) вскрытие полости зуба
- f) проведение инфильтрационной анестезии

4. До какого минимального размера по системе ISO должна быть обработана апикальная треть корневого канала при первичном эндодонтическом лечении:

- a) 40
- b) 20
- c) на 3 размера больше первоначального файла
- d) 35
- e) 30
- f) 20-25

5. Оптимальная конусность корневого канала 0.4

- a) 0.2
- b) 0.5
- c) 0.4
- d) 0.6
- e) 0.7
- f) 0.9

6. Что из перечисленного целесообразней применить при удалении дентикля на этапе создания эндодонтического доступа:

- a) Gates glidden
 - b) ультразвуковые насадки
 - c) Largo
 - d) алмазный шаровидный бор
 - e) алмазный цилиндрический бор
- эндодонтические развертки

7. Машинные инструменты для создания ковровой дорожки:

- a) path-files и proglider
- b) файлы K3
- c) Римеры
- d) Protaper
- e) H-файлы
- f) Файлы M-two

8. Укажите инструмент с увеличенной конусностью рабочей части инструмента:

- a) Flexo-reamer, K- flexofile
- b) K-файлы
- c) C-pilot
- d) файлы, в названии которых присутствует словосочетание “золотое сечение”

(Golden mediums)

- e) ProFile
- f) H-файлы

9. Ручные файлы повышенной жесткости для первичного прохождения канала:

- a) K-файл №06
- b) ProFile
- c) C-pilot, K-File Nitiflex
- d) PathFile
- e) K-файл №08
- f) Ример №10

10. Какие параметры придаются корневому каналу при обработке инструментом Protaper Universal F1?

- a) размер рабочей части 0.25, конусность 0.8
- b) размер рабочей части 0.20, конусность 0.7
- c) размер рабочей части 0.30, конусность 0.7
- d) размер рабочей части 0.20, конусность 0.6
- e) размер рабочей части 0.35, конусность 0.4
- f) размер рабочей части 0.20, конусность 0.4

11. Glide path это:

- a) последовательность ручных эндодонтических файлов для обработки апикальной трети корневого канала
- b) оптимальная последовательность ручных файлов для обработки искривленных корневых каналов
- c) последовательность ручных инструментов для обхождения отломка инструмента в канале и расширения корневого канала
- d) оптимальная последовательность ручных инструментов для первичной обработки корневого канала перед использованием ротационных инструментов
- e) методика первичной обработки корневых каналов со сложной анатомией
- f) эндодонтический инструмент для определения рабочей длины корневого канала

12. Значение торка при работе с системой Mtwo №10-15:

- a) 350 Н/см
- b) 180 Н/см
- c) 250 Н/см
- d) 120 Н/см
- e) 180 Н/см
- f) 300 Н/см

13. Концентрация раствора гипохлорита натрия для медикаментозной обработки корневых каналов:

- a) 2%
- b) 2,5%
- c) 3-5,5%
- d) 4%
- e) 5-7%
- f) 7%

14. Выберите звуковой способ активации:

- a) активация с помощью К-файла
- b) EndoActivator
- c) активация с помощью лазера
- d) RinsEndo
- e) EndoVac
- f) U-file

15. Что из перечисленного входит в протокол финишной ирригации при повторной эндодонтии?

- a) 3% гипохлорит натрия
- b) Раствор ЭДТА
- c) 2% хлоргексидин
- d) 10% лимонная кислота
- e) 0,5% хлоргексидин
- f) дистиллированная вода

16. Наиболее обсемененная микроорганизмами часть корневого канала:

- a) устье
- b) средняя треть
- c) верхушечная треть

- d) околовверхушенная часть
- e) равномерно по всей длине канала
- f) периодонт

17.) Экспозиция раствора ЭДТА в корневом канале составляет:

- a) 1-2 мин с активацией
- b) 5 минут
- c) 3 минуты
- d) 1-2 мин пассивно
- e) ирригация в течение 10 минут
- f) 1-2 мин активно

18. Выберите верные правила работы с ультразвуком при активации раствора:

- a) размер файла 15-20, не доходя до верхушки 1,5-2мм, в течение 15-20 сек, трехкратно
- b) размер файла 25, время работы 15-20 сек, однократно
- c) размер файла 15-20, прижимая к стенкам, в течение 30 сек, однократно
- d) размер файла 15-20, время работы 60 сек, трехкратная смена раствора
- e) любой файл, не доходя до верхушки 1,5-2мм, время работы 15-20 сек
- f) размер файла 15-20, на всю длину, время работы 15-20 сек, трехкратно

19. К какому виду техники пломбирования гуттаперчей относится obturating system «Beefill 2 in 1»?

- a) холодная латеральная конденсация
- b) теплая латеральная конденсация
- c) теплая вертикальная конденсация
- d) гибридная техника
- e) термопластическая гуттаперча на твердом штифте

20. Сроки регенерации тканей периодонта замедляются при:

- a) недопломбировке канала
- b) при использовании силлеров содержащих антибактериальный компонент
- c) выведении пломбировочного материала за апикальное отверстие
- d) выведении ирригационного раствора
- e) отломе инструмента в канале
- f) повторном эндодонтическом лечении

21. Твердеющие пластичные материалы для пломбирования корневых каналов на основе эпоксидных смол:

- a) Унифас, Фосцин
- b) Резодент, Форедент
- c) Canason, Endomethasone
- d) АН-temp
- e) АН-26, АН-plus
- f) ProRoot

22. Из чего состоит obturator системы «Thermafil»?

- a) пост
- b) титановый стержень
- c) стержень-обтуратор с нанесенной на нем альфа-гуттаперчей
- d) пластмассовый стержень
- e) стержень-обтуратор с нанесенной на нем бетта-гуттаперчей
- f) разогретая термогуттаперча

23. Отметьте основные требования, предъявляемые к материалам, obturating root canals при лечении периодонтитов:

- a) мумифицирующие свойства, отсутствие окрашивающей способности
- b) диффузная способность, цветовое соответствие тканям коронки

- c) высокая прочность
- d) бактерицидность, пластичность
- e) легкая выводимость из корневого канала, термоизоляция
- f) биологическая совместимость, полная герметизация канала, постоянство

физикомеханических свойств

24. На какую длину вводится гуттаперчевый штифт при пломбировании системой «Beefill 2 in 1»

- a) на 0,5-1мм короче рабочей длины
- b) на рабочую длину
- c) на 1-2 мм короче рабочей длины
- d) зависит от апикального размера
- e) на 0,5 мм короче рабочей длины
- f) не имеет значения

25. Выберите показатели, указывающие на ликвидацию патологического очага по данным рентгенографии в отдаленные сроки:

- a) заполнение корневого канала на всю длину
- b) в около верхушечном патологическом очаге изменений не произошло
- c) около верхушечный патологический очаг увеличился
- d) около верхушечный патологический очаг уменьшился, резорбция

верхушки корня

- e) в очаге разрежения полное или частичное восстановление костной ткани
- f) нет верного ответа

26. Если зуб пролечен эндодонтически, но пациент предъявляет жалобы на боли от горячего и при смене температуры, то нужно заподозрить:

- a) наличие периодонтита
- b) перфорацию дна зуба
- c) упущенную анатомию
- d) перфорацию корня
- e) наличие выведенного за апекс силлера
- f) перелом зуба

27. Какой процент случаев апикального периодонтита сопровождается резорбцией апикальной трети корня?

- a) 100%
- b) 70%
- c) 50%
- d) 30%
- e) 25%
- f) 15%

28. Клинический эффект препаратов на основе гидроокиси кальция обусловлен:

- a) нейтральным pH
- b) pH = 2-4
- c) pH = 11-14
- d) хорошим изолирующим эффектом
- e) консистенцией
- f) нет верного ответа

29. Временное пломбирование корневых каналов пастой на основе гидроксида кальция проводят на срок:

- a) 3 дня
- b) 10 дней
- c) 2 недели

- d) 3-4недель
- e) 6 месяцев
- f) год

30) Критические сроки наблюдения за зубом после эндодонтического лечения:

- a) каждый месяц
- b) раз в полгода
- c) один раз после лечения через полгода
- d) 3-6-9-12 месяцев
- e) 6-12-24-48 месяцев
- f) нет верного варианта

31. С чем связана закупорка апикальной части корневого канала при инструментальной обработке?

- a) неполным удалением содержимого канала
- b) не соблюдением очерёдности применяемых файлов
- c) не возвратом к первоначальному файлу
- d) неправильно выбрано лекарственное средство для обработки канала
- e) применением лекарственных средств не из шприца
- f) комбинированием различных систем эндодонтических инструментов

32. Осложнением является:

- a) отлом инструмента
- b) создание апикального упора
- c) пломбирование канала до апикального отверстия
- d) создание конусности
- e) расширение канала
- f) пломбирование канала на 1 мм короче рентгенологической верхушки

33. Первоочередная тактика врача при поломке инструмента при обработке канала:

- a) информировать об этом пациента
- b) измерить оставшуюся часть инструмента
- c) во всех случаях экстрагировать зуб
- d) рентгенологическое исследование
- e) немедленно попытаться извлечь инструмент
- f) оставить без изменений

34. С чем связана перфорация апикального отверстия в ходе инструментальной обработки?

- a) с применением сильных антисептиков для промывания канала
- b) с неправильным определением рабочей длины зуба и неверной техникой инструментальной обработки
- c) с неправильным определением длины зуба
- d) с несоблюдением очерёдности применения файлов
- e) с проталкиванием дебриса за апикальное отверстие
- f) с наличием широкого апекса корня

35. Основной причиной отлома инструмента в канале является:

- a) отсутствие прямолинейного доступа к апикальной части корня
- b) кальцификация в канале
- c) применение слишком толстого инструмента для этого канала
- d) форсирование инструментальной обработки — применение файлов через размер
- e) плохое качество металлического сплава, из которого изготовлен инструмент
- f) нарушение технологии стерилизации инструмента

36. Тактика врача при перфорации стенки корня зуба:

- a) продолжить лечение не обращая внимание на это
- b) резекция верхушки корня
- c) провести кюретаж в области перфорации
- d) удаление зуба
- e) медикаментозная обработка, пломбирование перфорационного отверстия специальным материалом, продолжение лечения
- f) нет верного ответа

37. Индикатором чистоты корневых каналов является

- a) хлорофиллипт
- b) гипохлорит натрия
- c) фурацилин
- d) трипсин
- e) йодиол
- f) нет верного ответа

38. Медикаментозные средства для антисептической обработки корневых каналов

- a) хлоргексидин
- b) дистиллированная вода
- c) физиологический раствор
- d) спирт
- e) перекись водорода
- f) нет верного ответа

39. При хронических формах пульпита обнаруживается микрофлора

- a) смешанная
- b) стрептококковая
- c) стафилококковая
- d) грибковая
- e) нет верного ответа

40. Обострение хронического пульпита характеризуется:

- a) самопроизвольной приступообразной болью в ночное время с длительным без болевым периодом.
- b) самопроизвольной сильной приступообразной, иррадиирующей по ходу ветвей тройничного нерва, болью в ночное время с коротким без болевым периодом.
- c) приступообразные боли от всех видов раздражителей, сохраняющиеся после устранения последних.
- d) боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи.
- e) приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании зуб при аналогичных жалобах в прошлом.

41. Самопроизвольные приступообразные боли в ночное время с длительным без болевым периодом возникают при пульпите:

- a) остром очаговом.
- b) остром диффузном.
- c) хроническом фиброзном.
- d) хроническом гангренозном.
- e) хроническом гипертрофическом.

42. Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо:

- a) заранее согнуть кончик инструмента перед введение в канал
- b) выбрать инструмент соответственно толщине канала
- c) вообще отказаться от расширения канала
- d) воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения

канала

- e) использовать только римеры

43. Абсолютным противопоказанием к эндодонтическому лечению является:

- a) сахарный диабет
- b) недостаточность функции надпочечников
- c) лучевая терапия
- d) недавно перенесенный инфаркт миокарда
- e) аллергия

44. Проверка проходимости канала (рекапитуляция) это:

- a) последовательное использование инструментов возрастающих размеров для расширения канала
- b) удаление дентинных опилок инструментом меньшего размера, чем окончательный инструмент для обработки апикальной части канала в сочетании с обильной ирригации
- c) использование файла № 35 для очистки апекса
- d) опиоливающие движения Н – файла
- e) использование flexo - инструментов

45. Инструмент используемый при пломбировании корневых каналов методом вертикальной конденсации разогретой гуттаперчи:

- a) лентуло
- b) файл № 35
- c) зонд
- d) спредер
- e) плагер

46. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме:

- a) очаг разряжения костной ткани разных размеров без четких границ
- b) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба
- c) определяется костный пародонтальный карман у пораженного зуба
- d) очаг разряжения тканей с четкими границами

46. При восстановлении зуба стекловолоконным штифтом, корневой канал обрабатывается:

- a) на уровне устья
- b) на 1/3 длины его длины
- c) на среднюю треть длины
- d) до апикального отверстия
- e) на усмотрение стоматолога

47. Признаком перфорации корневого канала является

- a) обильное кровотечение
- b) ощущение «провала» инструмента в канале
- c) болевые ощущения в данном зубе
- d) значение «OVER» на апекслокаторе
- e) все варианты верны

48. Вносить цемент в подготовленный канал лучше всего:

- a) каналонаполнителем
- b) бумажным штифтом
- c) непосредственно через смесительный наконечник
- d) Н-файлом
- e) К-римером

49. Осложнения, возникающие во время и после фиксации штифтов:

- a) дебондинг

- b) поломка штифта
- c) перфорация
- d) трещина корня
- e) все варианты верны

50. Причиной возникновения трещины корня зуба при фиксации штифтовой конструкции в корневом канале могут быть все ответы, кроме:

- a) диаметр штифта недопустимо больше диаметра канала
- b) в периапикальных тканях корня имеются патологические изменения более 3мм в диаметре
- c) чрезмерное истончение стенок корня
- d) отклонение от оси корневого канала в процессе препарирования
- e) фиксация штифта в первой трети канала

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1	b,c	11	d	21	e	31	a	41	a
2	d	12	d	22	c	32	a	42	a
3	f	13	c	23	f	33	d	43	b
4	c	14	b	24	a	34	b	44	b
5	c	15	c	25	e	35	a	45	e
6	b	16	a	26	c	36	e	46	c
7	a	17	d	27	b	37	b	47	e
8	e	18	a	28	c	38	a	48	a
9	c	19	c	29	c	39	a	49	e
10	b	20	c	30	e	40	e	50	b

2.2 Ситуационные задачи

Задача 1. Пациент К. 32 года, жалуется на изменение цвета зуба на верхней челюсти справа, периодический дискомфорт и болезненность при приеме преимущественно горячей пищи, неприятный запах изо рта.

Анамнез жизни: считает себя здоровым. Отрицает наличие ВИЧ-инфекции, гепатита В и С, венерических заболеваний. Аллергоанамнез: отмечается аллергическая реакция на шерсть животных (проходит самостоятельно после прекращения контакта с аллергеном)

Из анамнеза заболевания выявлено, что зуб на верхней челюсти справа ранее болел - около года назад возникали приступообразные боли. За помощью к стоматологу не обращался, через несколько дней боль уменьшилась, а затем практически исчезла.

Внешний осмотр без особенностей, контуры лица не изменены. Регионарные лимфатические узлы пальпируются до 1 см в диаметре, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

Зубная формула:

С	П/С	П	С	С			П						О	С	О
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О	П		П	П									П	П	С

КПУ=12 ИГ=1.5

Объективно: в зубе 14 на дистальной контактной поверхности глубокая обширная кариозная полость, при зондировании полости обнаруживается широкое сообщение с полостью зуба. В устьях корневых каналов отмечается болезненность при зондировании. Сравнительная

перкуссия зуба безболезненная. Пальпация слизистой оболочки десны в области проекции верхушки корня безболезненна.



Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить в данной ситуации?
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. Поставьте окончательный диагноз.
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
5. Какой метод лечения показан в данной клинической ситуации?
6. Перечислите основные этапы лечения.

Задача 2: Больной Н. 19 лет, обратился с жалобой на интенсивную самопроизвольную боль в зубе 16, боли от холодного и при смене температуры, ночные длительные приступообразные боли, иррадиирующие по верхней челюсти в скуловую область.

Анамнез жизни: часто болеет простудными заболеваниями (4-5 раз в год), неделю назад простыл, появление герпеса на губах 1-2 раза в год, хронический тонзиллит. Отрицает наличие ВИЧ-инфекции, гепатита В и С, венерических заболеваний. Аллергоанамнез спокоен, со слов пациента.

Анамнез заболевания: зуб 16 впервые заболел 2 дня назад при приеме холодной пищи, боль усиливалась к вечеру и ночью. Принимал обезболивающее, что не дало положительной динамики.

Внешний осмотр: отмечается общее недомогание, бледность кожных покровов. Пальпируется болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа до 1 см в диаметре, неспаивающийся с окружающими тканями.

Зубная формула

О	П/С	С	П	П						П		С	С	П	О
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О	П/С	П/С											П	П	О

КПУ=12 ИГ=1.5

Объективно: на окклюзионной и дистальной поверхностях зуба 16 определяется обширная кариозная полость, выполненная размягченным дентином и остатками пломбировочного материала. Зондирование полости резко болезненно по дну кариозной полости в нескольких точках, определяется сообщение с полостью зуба. Сравнительная перкуссия резко болезненна. Пальпация слизистой оболочки в проекции верхушек корней зуба 16 безболезненна. Термопроба на холодовой раздражитель болезненна, ноющая, долго проходящая. ЭОД=30 мкА.

Рентгенологически: в коронковой части зуба 16 очаг просветления тканей зуба близко расположенный к полости зуба. В периапикальных тканях изменений нет.



Вопросы:

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Поставьте окончательный диагноз.
3. Какие методы лечения показаны в данной клинической ситуации?
4. Перечислите основные этапы лечения.
5. Каким инструментом целесообразно расширить устья корневых каналов?
6. Какие эндодонтические инструменты могут быть использованы для инструментальной обработки корневых каналов? Проведите стандартизацию инструментов по группам кода ISO.

Задача 3: Пациент А. 40 лет обратился с жалобами на наличие кариозной полости в 36 зубе, чувство дискомфорта, слабую болезненность при накусывании, задерживание пищи между зубами 36 и 37.

Анамнез жизни: хронический гастрит (наблюдается у гастроэнтеролога), обострение герпеса 2 раза в год. Аллергоанамнез: на цитрусовые (по типу крапивницы, купируется приемом антигистаминных).

Анамнез заболевания: зуб 36 ранее лечен по поводу неосложненного кариеса более 10 лет назад. Год назад появились боли при накусывании и свищ на десне с отделяемым. Затем пломба выпала и выделение из свища прекратилось. На месте свища образовался рубец.

Внешний осмотр: лицо симметричное. Кожный покров физиологической окраски, без видимых патологических изменений. Пальпируется поднижнечелюстной лимфатический узел 1,5 см в диаметре, безболезненный, неспаянный с окружающими тканями.

Зубная формула:

О	П	П/С	П/С					П	П				П/С	П/С	О
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О	П	П/С										П	С	С	О

КПУ=12 ИГ=1.5

Объективно: на жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, выполнена размягченным пигментированным дентином. Зондирование устьев корневых каналов безболезненно. Сравнительная перкуссия чувствительна. Пальпация по переходной складке в проекции вершущек корней 36 безболезненна. На десне в области 36 зуба имеется рубец от свища, слизистая физиологической окраски.

Рентгенограмма: в коронковой части зуба 36 очаг просветления тканей, сообщающийся с полостью зуба. В области вершущек корней очаг деструкции костной ткани без четких границ, размером 2х3 мм.



Вопросы:

1. Поставьте окончательный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие препараты необходимо использовать для медикаментозной обработки корневых каналов?
4. Показано ли пломбирование зуба в первое посещение?
5. Перечислите основные этапы лечения.
6. Каков прогноз лечения?

Задача 4:

Пациент А. 28 лет, обратился с жалобами на изменение цвета 21 зуба, эстетический дефект.

Анамнез жизни: особые статусы отсутствуют.

Анамнез заболевания: Зуб 21 ранее лечен по неосложненному кариесу более 5 лет назад, не болел, изменение цвета заметил давно, но к врачу не обращался.

Внешний осмотр: без особенностей. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Зубная формула:

С	П	П	О				С	П/С					О	С	С
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
С		О										П	О	П	С

КПУ=11, ИГ=1.5

Объективно: зуб 21 изменен в цвете. На небной и частично на медиальной поверхности зуба 21 пломба, герметизм нарушен, граница пломбы и зуба пигментирована. Зондирование по границе пломбы и зуба безболезненно. Сравнительная перкуссия слегка чувствительна. Пальпация по переходной складке безболезненна, слизистая оболочка в проекции вершины корня зуба 21 без патологических изменений. Реакция на холод безболезненна.

Рентгенологически: В корневом канале зуба 21 материал не прослеживается. В средней трети корневого канала определяется очаг деструкции корня в пределах корневого канала с четкими контурами, округлой формы 3мм в диаметре. В области вершины корня зуба 21 расширение периодонтальной щели, деструкция костной ткани с четкими границами 7мм в диаметре.



Вопросы:

1. Какие значения ЭОД при данном заболевании?
2. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте окончательный диагноз.
3. Возможно ли лечение в одно посещение? Назовите этапы лечения.
4. Какой метод пломбирования корневого канала наиболее предпочтителен в данной ситуации?
5. Какие пломбировочные материалы для корневого канала целесообразно применить?
6. Нужно ли выводить лекарственное средство за верхушечное отверстие при пломбировании?

3. Технологии оценивания

По окончании дисциплины проводится аттестация в виде тестового контроля и решение ситуационных задач. Кроме того, для зачета ординаторам необходимо подготовить рефераты или презентацию, тема по выбору.

Этап тестирования оценивается в процентах от общего количества вопросов.

Этап собеседования оценивается по принципу зачет – не зачет.

4. Критерии оценки

Критерии оценки этапа тестирования:

Более 70% правильных ответов - зачет

Менее 70% правильных ответов - не зачёт

Критерии оценки этапа собеседования:

Зачёт - если ординатор демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, при ответе может допустить незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни.

Не зачёт – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.