

## 1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине: Неврология

по специальности: 31.08.21 Психиатрия-наркология

№ п/п	Контролируемые разделы (темы), модули дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Раздел 1. Общие вопросы клинической неврологии и Раздел 2. Частная неврология	УК-1, ПК-6	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>клинические проявления коматозных состояний, ОНМК, эпилептического приступа, синкопальных состояний, острого болевого синдрома, панической атаки, острого спинального синдрома, острого энцефаломиелита, острой энцефалопатии Вернике</li> <li>клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов, применяемых для оказания неотложной помощи в неврологии;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>разработать план терапевтических действий с учетом течения болезни и ее лечения;</li> <li>обосновать фармакотерапию у конкретного больного, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>методологией абстрактного мышления, анализа и синтеза полученной информации для выбора тактики лечения при неотложных неврологических расстройствах</li> <li>приемами оказания неотложной помощи при нарушении сознания, судорогах, остром болевом синдроме, панической атаке, ОНМК, герпетическом и клещевом энцефалите, энцефалопатии Вернике, черепно-мозговой травме</li> </ul>	Тестовые задания Ситуационные задачи	30  10

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 2.1 Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. При поражении отводящего нерва возникает паралич а) Наружной прямой мышцы б) Верхней прямой мышцы	УК-1, ПК-6,

<p>в) Нижней прямой мышцы г) Нижней косой мышцы</p>	
<p>2. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается при</p> <p>а) <b>Сенситивной атаксии</b> б) Мозжечковой атаксии в) Вестибулярной атаксии г) Лобной атаксии</p>	
<p>3. При поражении зрительного тракта возникает</p> <p>а) <b>Гомонимная гемианопсия</b> б) Биназальная гемианопсия в) Битемпоральная гемианопсия г) Нижнеквадрантная гемианопсия</p>	
<p>4. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:</p> <p>а) <b>Височной доли</b> б) Теменной доли в) Обонятельной луковицы г) Обонятельного бугорка</p>	
<p>5. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании:</p> <p>а) <b>С нарушением глубокой чувствительности на стороне очага</b> б) С нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне в) С нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага г) С нарушением всех видов чувствительности на стороне очага</p>	
<p>6. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:</p> <p>а) <b>Статическая</b> б) Динамическая в) Вестибулярная г) Сенситивная</p>	
<p>7. Верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Th 10 дерматома при поражении спинного мозга на уровне сегмента:</p> <p>а) <b>Th8 или Th9</b> б) Th6 или Th7 в) Th9 или Th10 г) Th10 или Th11</p>	
<p>8. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексов справа очаг локализуется:</p> <p>а) <b>В мосту мозга слева</b> б) В левом мостомозжечковом углу в) В правом полушарии мозжечка г) В области верхушки пирамиды левой височной кости</p>	
<p>9. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и на ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла:</p> <p>а) <b>Коленчатого</b> б) Вестибулярного</p>	

<p>в) Крылонебного г) Гассерова</p>	
<p>10. Алексия наблюдается при поражении: а) <b>Угловой извилины</b> б) Верхней лобной извилины в) Парагиппокампальной извилины г) Таламуса</p>	
<p>11. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается: а) <b>Вялым парезом ног и нарушение чувствительности по корешковому пути</b> б) Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами в) Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи г) Спастическим парезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов</p>	
<p>12. Истинный астереогноз обусловлен поражением: а) <b>Теменной доли</b> б) Лобной доли в) Височной доли г) Затылочной доли</p>	
<p>13. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении: а) <b>Язычной извилины</b> б) Глубинных отделов теменной доли в) Первичных зрительных центров в таламусе г) Наружных отделов зрительного перекреста</p>	
<p>14. Больной со зрительной агнозией: а) <b>Видит предметы, но не узнает их</b> б) Плохо видит окружающие предметы, но узнает их в) Видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной г) Не видит предметы по периферии полей зрения</p>	
<p>15. Больной с моторной афазией: а) <b>Понимает обращенную речь, но не может говорить</b> б) Не понимает обращенную речь и не может говорить в) Может говорить, но не понимает обращенную речь г) Может говорить, но речь скандированная</p>	
<p>16. Амнестическая афазия наблюдается при поражении: а) <b>Стыка височной и теменной долей</b> б) Лобной доли в) Теменной доли г) Стыка лобной и теменной долей</p>	
<p>17. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении: а) <b>Продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева</b> б) Продолговатого мозга на уровне X нерва слева в) Колена внутренней капсулы слева г) Заднего бедра внутренней капсулы слева</p>	
<p>18. Компрессионное поражение запирающего нерва сопровождается: а) <b>Болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра</b></p>	

<p>б) Болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра</p> <p>в) Болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра</p> <p>г) Болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра</p>	
<p>19. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении:</p> <p>а) Лобной доли</p> <p>б) Теменной доли</p> <p>в) Височной доли</p> <p>г) Затылочной доли</p>	
<p>20. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга на уровне:</p> <p>а) Красных ядер</p> <p>б) Верхних отделов продолговатого мозга</p> <p>в) Нижних отделов продолговатого мозга</p> <p>г) Моста мозга</p>	
<p>21. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов:</p> <p>а) Лицевого и отводящего</p> <p>б) Лицевого и глазодвигательного</p> <p>в) Языкоглоточного и блуждающего</p> <p>г) Подъязычного и добавочного</p>	
<p>22. Конструктивная апраксия возникает при поражении:</p> <p>а) Теменной доли доминантного полушария</p> <p>б) Теменной доли недоминантного полушария</p> <p>в) Лобной доли доминантного полушария</p> <p>г) Лобной доли недоминантного полушария</p>	
<p>23. Расстройства памяти типа корсаковского синдрома возникают при поражении:</p> <p>а) Медио-базальных отделов височной доли</p> <p>б) Верхних отделов теменной доли</p> <p>в) Верхних отделов затылочной доли</p> <p>г) Нижних отделов лобной доли</p>	
<p>24. Астереогноз возникает при поражении:</p> <p>а) Верхней теменной дольки</p> <p>б) Язычной извилины теменной доли</p> <p>в) Нижней лобной извилины</p> <p>г) Верхней височной извилины</p>	
<p>25. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага:</p> <p>а) В среднем отделе передней центральной извилины справа</p> <p>б) В колоне внутренней капсулы</p> <p>в) В нижних отделах передней центральной извилины слева</p> <p>г) В верхних отделах передней центральной извилины слева</p>	
<p>26. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага:</p> <p>а) В верхнем отделе передней центральной извилины справа</p> <p>б) В переднем адверсивном поле справа</p> <p>в) В верхнем отделе задней центральной извилины справа</p> <p>г) В нижнем отделе передней центральной извилины справа</p>	
<p>27. Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении:</p>	

<p>а) <b>Спинного мозга</b>  б) Гипоталамуса  в) Продолговатого мозга  г) Четверохолмия</p>	
<p>28. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением</p> <p>а) <b>Лобной доли</b>  б) Височной доли  в) Теменной доли  г) Затылочной доли</p>	
<p>29. Больной с сенсорной афазией:</p> <p>а) <b>Не понимает обращенную речь и не контролирует собственную</b>  б) Не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь  в) Может говорить, но забывает название предметов  г) Понимает обращенную речь, но не может говорить</p>	
<p>30. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:</p> <p>а) <b>Продолговатого мозга</b>  б) Покрышки среднего мозга  в) Моста мозга  г) Моста мозга</p>	

Все верные ответы стоят на первом месте и выделены красным цветом.

## 2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

а на языке, боль и слабость в конечностях. Из анамнеза известно, что 10 дней назад после перенесенного простудного заболевания появились боли в мышцах, затем появилась и стала нарастать слабость в ногах и руках.

глотания, кожа чистая. Дыхание везикулярное, тоны сердца не изменены, тахикардия - до 100—106 ударов в 1 мин.

с правой стороны, затруднение при свисте, надувании щек, невозможность наморщить лоб. Патологии других черепных нервов нет. Нервные стволы болезненные. Менингеальных знаков нет. Вибрационная чувствительность на стопах резко снижена. Цитоз - 5 клеток в 1 мкл.

Какие лабораторные методы обследования относятся к необходимым в данной ситуации лабораторным методам обследования, обоснуйте:

Люмбальная пункция через 7 дней после начала заболевания

Через 1 нед после начала заболевания концентрация белка в ликворе становится повышенной

какой результат мы предполагаем увидеть?

какому типу

ентке можно поставить диагноз

опатия Гийена-Барре с выраженным тетрапарезом, diplegia facialis, нисходящий вариант.

являются

оцесса при полиневропатии Гийена-Барре, применяются

### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

ние слуха на левое ухо. В течение полугода до этого отмечался постоянный шум в этом же ухе. В последние два ме  
ужением, неустойчивость при ходьбе с отклонением влево, появилось онемение в левой половине лица, асимметрия

х знаков нет. Зрачки D=S, на свет реагируют, сходящееся косоглазие за счет левого глаза, двоение при взгляде вперед  
коже лица слева. Сила мышц достаточная во всех группах. В позе Ромберга – отклонение влево, пальце-носовую и

При офтальмоскопии — застойные диски зрительных нервов.

Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз

щего нерва, мозжечковая атаксия слева (в позе Ромберга – отклонение влево; пальце-носовую и пяточно- коленную  
сопровождающаяся тошнотой, застойные диски зрительных нервов)

ндромы

к синдромов

Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз

ройничного, отводящего, лицевого, вестибулокохлеарного нервов слева, поражение левого полушария мозжечка

ражение мозжечка и черепных нервов

Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз

инфекционных и общеинфекционных симптомов (гипертермии, миалгии, фотофобии),  
клеточного угла, предположительно – опухоль.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента на стационарном этапе

неверный (предложена компьютерная томография).

Опишите тактику лечения данного пациента на стационарном этапе

образования левого мосто-мозжечкового угла с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием

исследования опухоли

## ВОПРОСЫ

головную боль, сопровождающиеся тошнотой и, периодически, рвотой, не приносящей облегчения.

слов родственников, несколько месяцев назад появились и стали постепенно нарастать изменения в поведении больного

знаков нет. К собственному состоянию не критична, выявляется дурашливость, вязкость, склонность к плоским шажкам

швен слева по спастическому типу, сухожильные рефлексы D=S, положительный симптом Бабинского слева. Чувствительность

эйфорический синдром): неряшливость, эйфоричность, дурашливость, неадекватные поступки на работе, не критичность к

(+ легкая сглаженность носогубной складки) слева,

мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, + симптом Бабинского слева)

ощущая тошнотой и рвотой; по данным офтальмоскопии — явления начального застоя дисков зрительных нервов

синдромы

мов

ный парез лицевого нерва(VII п. ЧМН) слева, центральный левосторонний гемипарез

ется поражение правого полушария головного мозга

ложительно – опухоль метастатического характера.

нализ крови, коагулограмма ЭКГ)  
иск), включающий в себя: ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, маммографию, консультации  
органов брюшной полости и малого таза)

ть предоперационного обследования, онкопоиска.

обследования или онкопоиска. Может быть не расшифрован план предоперационного обследования или онкопоиска

следующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.  
ного образования - решение вопроса о лучевой и полихимиотерапии.

го противоопухолевого лечения

## **ВПРОСЫ**

оловную боль, сопровождающуюся тошнотой, нарушение зрения, изменение внешности: увеличение надбровных

ют. Головные боли и снижение зрения появились около 2 месяцев назад.

знаков нет. Выпадение латеральных полей зрения с обеих сторон, снижение остроты зрения на правый глаз. Д

соп по отношению к длине конечностей и тела.



н),  
- 0,2),  
ной локализации, сопровождающаяся тошнотой),  
и стоп).

индромы

в

нопия, амблиопия справа

ги», предположительно – гормонпродуцирующая питуитарная аденома.

н диагноз гормонпродуцирующей опухоли гипофиза.

ом этапе

иза в крови: адренкортикотропный гормон (АКТГ), пролактин, соматотропный гормон (СТГ), тиреотропный гормон (ТТГ), анализ крови, коагулограмма, ЭКГ)

н предоперационного обследования, указана необходимость исследования уровня гормонов гипофиза.

неверный (компьютерная томография) или не указана необходимость исследования гормонов гипофиза в крови ил

образования хиазмально-селлярной области с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием образования и анализом, выявившим нарушение функции гипофиза - решение вопроса об эндокринной терап

нной терапии

## ВОПРОСЫ

Потеря сознания на 5-7 минут. Машиной скорой помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после травмы.

Место, времени и собственной личности. События, произошедшие незадолго до автоаварии, больной не помнит. Через 1 мин, кожные покровы бледные, сухие.

Реакция адекватна, менингеальных симптомов нет, симптомов очагового поражения нервной системы нет, в позе Ромберга

формулирован

общемозговой симптоматики (головные боли в лобной области, тошнота), ретроградной амнезии (события, произошедшие

в отделе, имеющее возможность выполнения компьютерной томографии, и продолжить обследование и лечение в условиях

отдела должна быть возможность выполнения компьютерной томографии

исследование (магнитно-резонансная томография)

## ВПРОСЫ

кирпича. Доставлен в больницу через час после травмы. Со слов сопровождающих – при транспортировке был в сознании, но в дороге потерял сознание в правых конечностях.

Частота дыхания 18 раз в 1 мин., артериальное давление 140/90 мм рт. ст., пульс 54 уд. в 1 мин.

Мышечная сила в дистальных мышцах + 2 пальца, симптом Кернига с угла 130 градусов с обеих сторон. Диаметр зрачков D<S, фотореакция с угла 130 градусов с обеих сторон.

Симптом Кернига с угла 130 градусов с обеих сторон),

Симптом Бабинского справа, + симптом Бабинского слева, клонусы правой стопы слева (диаметр зрачков D<S, слева – расширен, фотореакция слева- abs).

синдромов

так как имеется центральный правосторонний гемипарез

головного мозга.

Динамика симптоматики после травмы. Учитывая наличие «светлого промежутка» с последующим появлением и нарастанием симптомов, предполагается наличие диффузного отека головного мозга.

Анализ крови, коагулограмма, ЭКГ

Компьютерная томография, но не указана необходимость предоперационного обследования

в области, смещение срединных структур на 13 мм вправо. Опишите тактику лечения данного пациента.

1. Экстренная операция – удаление гематомы

о важных функций (артериальное давление, дыхание), борьба с отеком мозга, поддержание водно-электролитного

ошей интенсивной терапии

## ВПРОСЫ

сь подъемы артериального давления до 180 - 190/100 - 110 мм рт ст. Злоупотребляет алкоголем, курит. Утром в 1  
- [оглушение](#), тахипное 35 в мин., АД 170/100 мм рт ст., пульс 98 в мин, ритмичный. Зрачки D=S, фотореакция со  
левой половине тела. Тазовые функции не контролирует.

емипареза и гемигипестезии с этой же стороны

(КТ) головного мозга.

ер правого полушария головного мозга, объемом 40 мл, Сдавление ипсилатерального желудочка головного мозга.

ванием гематомы в области базальных ядер правого полушария головного мозга (по данным КТ головного мозга)

1 балл

к конечностям) и общемозговых (многократная рвота, головная боль) неврологических нарушений базальных ядер правого полушария головного мозга, что характерно для внутримозговой гематомы миезы (в течение 5 лет отмечалось повышение АД до 180 - 190/100 - 110 мм рт ст);

излиянием? Обоснуйте.

г Обоснование: высокие цифры АД (систолическое давление выше 160 мм рт ст) в первые часы после кровоизлияния не являются показанием к хирургическому лечению, поскольку резкое снижение АД может привести к ухудшению церебральной перфузии.

о (2 балла)

тствует обоснование: 1 балл

## ВОПРОСЫ

ильная головная боль, по типу «удара топором» в области затылка. Отмечалась однократная рвота, светобоязнь, тошнота. Ригидность мышц шеи, симптом Кернига с двух сторон. Симптомов поражения черепных нервов, двигательных нарушений нет. Предварительный диагноз

ни, ригидности мышц шеи, симптома Кернига с двух сторон.

оболочек

уточнен его характер: 1 балл

ки, характерной для этой патологии (внезапное развитие интенсивной головной боли, тошноты, рвоты; наличие  
болочек.

и при КТ не обнаружены признаки кровоизлияния, и при этом отсутствуют противопоказания к люмбальной пун-  
нения вопроса о дальнейшей тактике обследования и лечения пациента в связи с высокой вероятностью артериаль-

## ВПРОСЫ

реходящее снижение зрения на правый глаз. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с повышением  
ищие после приема нитроглицерина через несколько минут. Вчера днем внезапно появилось снижение зрения на  
центральной артерии сетчатки не было выявлено. Окулистом поликлиники был отправлен на осмотр к неврологу.  
и D=S, средней величины, движения глазных яблок в полном объеме. [Нистагма](#) нет. Лицо симметрично. Язык  
ьные рефлексы S>D. Расстройств чувствительности нет. Положительные [рефлексы орального автоматизма](#).  
енней сонной артерии выявлена атеросклеротическая бляшка, гетерогенная с гиперэхогенными включениями с не-

ии с преходящим амаврозом.

или уточнения не верны (1 балл)

очаговой неврологической симптоматики, которая регрессировала быстрее, чем за 24 часа, а так же выявления фазы артерии по данным дуплексного сканирования).  
(в течение 20 лет отмечалось повышение АД до 180/100 мм рт ст); установление степени АГ основано на цифрах оставлена на основании наличия преходящего нарушения мозгового кровообращения.

мер, острое начало и наличие очаговой неврологической симптоматики, но не отражена обратимость симптомов и

ий стационар, им необходимо провести тщательное обследование для исключения ишемического инсульта и головного мозга (для исключения инфаркта и иной патологии головного мозга).

гии, которая может приводить к кардиогенной эмболии).

га для профилактики ишемического инсульта у данного пациента

инсульта (1 балл).

о (0 баллов)

## ВОПРОСЫ

овкость и онемение в правых конечностях, нарушение речи (пациент понимал обращенную речь, но собственная речевая функция нарушена, требуется речевая помощь), было 170/90 мм рт ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм рт ст. В анамнезе инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии.  
Степень нарушения сознания и времени полностью. Мышечная сила в правой руке снижена до 2 баллов, в ноге снижена до 3 баллов. Сигналы

1. Правосторонний гемипарез
2. Правосторонняя гемигипестезия
3. Моторная афазия

и гемипарезом, гемигипестезией, моторной афазией.

или локализации и синдромов (1 балл)

еской симптоматики, свидетельствующей о наличии очага в головном мозге, выявления факторов риска ишемичес

логической симптоматики (1 балл)

ия или Магнитно-резонансная томография)

матической патологии и оценки свертывающей системы крови.

ии  
точное время начала заболевания

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	



УК-1, ПК-6	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, ПК-6	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.