

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Лиховид Андрей Александрович

Должность: Декан медико-биологического факультета

Дата подписания: 19.06.2026 15:00:46

Уникальный программный ключ:

9be8323dc475070155bff574a852af8b6dd826c5c

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УТВЕРЖДАЮ:

Декан медико-биологического факультета
д-р геогр. наук проф. А.А. Лиховид

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Трехмерные рентгенологические методы диагностики в стоматологии»

Специальность	31.05.03 Стоматология
Год начала обучения	2026
Форма обучения	очная
Реализуется в семестре	9

Введение

1. Предназначен для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Трехмерные рентгенологические методы диагностики в стоматологии» у студентов специальности 31.05.03 Стоматология.
 2. ФОС является приложением к программе дисциплины «Трехмерные рентгенологические методы диагностики в стоматологии»
 3. Разработчик: к.м.н. Пономарев И.П., и.о. зав.кафедрой хирургии, ортопедии и травматологии.
 4. Проведена экспертиза ФОС.
Члены экспертной группы:
Председатель: к.б.н. Пахомова Т.А., председатель УМК МБФ

Члены комиссии: к.б.н. доц. Денисова Е.В., и.о.зам.декана по учебной работе МБФ;
к.м.н. Ивченко А.А., и.о. зав.кафедрой терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии;
к.м.н. доц. Кубанов С.И., и.о. зам.декана по практической медицине МБФ
- Представитель организации-работодателя:
генеральный директор ООО «Дента-Л» Латиган А.И.
- Экспертное заключение:
ФОС позволяет оценить уровень сформированности компетенций, рекомендуется к использованию в учебном процессе
5. Срок действия ФОС определяется сроком реализации образовательной программы.

1. Описание критериев оценивания компетенции на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Компетенция (ии), индикатор (ы)	Уровни сформированности компетенци(ий)			
	Минимальный уровень не достигнут (Неудовлетвор ительно) 2 балла	Минимальны й уровень (удовлетвори тельно) 3 балла	Средний уровень (хорошо) 4 балла	Высокий уровень (отлично) 5 баллов
Компетенция: ПК-14. Способен к участию и проведению медицинских исследований.				
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-1 ПК-14 Знаком со способами и формами публичного представления медицинской информации; основными принципами проведения медицинских научных исследований.	Не знаком со способами и формами публичного представления медицинской информации; основными принципами проведения медицинских научных исследований.	Слабо знаком со способами и формами публичного представления медицинской информации; основными принципами проведения медицинских научных исследований .	Частично знаком со способами и формами публичного представления медицинской информации; основными принципами проведения медицинских научных исследований.	Знаком со способами и формами публичного представления медицинской информации; основными принципами проведения медицинских научных исследований.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-2 ПК-14 Способен интерпретировать данные научных публикаций.	Не способен интерпретировать данные научных публикаций.	Слабо способен интерпретировать данные научных публикаций.	Способен частично интерпретировать данные научных публикаций.	Способен интерпретировать данные научных публикаций.

Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-3 ПК-14 Способен подготовить презентацию для публичного представления медицинской информации, результатов научного исследования.	Не способен подготовить презентацию для публичного представления медицинской информации, результатов научного исследования.	Слабо способен подготовить презентацию для публичного представления медицинской информации, результатов научного исследования .	Способен частично подготовить презентацию для публичного представления медицинской информации, результатов научного исследования.	Способен подготовить презентацию для публичного представления медицинской информации, результатов научного исследования.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-4 ПК-14 Имеет практический опыт публичного представления медицинской информации на основе доказательной медицины.	Не имеет практический опыт публичного представления медицинской информации на основе доказательной медицины.	Имеет слабый практический опыт публичного представления медицинской информации на основе доказательной медицины.	Имеет частичный практический опыт публичного представления медицинской информации на основе доказательной медицины.	Имеет практический опыт публичного представления медицинской информации на основе доказательной медицины.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-5 ПК-14 Имеет практический опыт частичного участия в проведении научного	Не имеет практический опыт частичного участия в проведении научного исследования.	Имеет слабый практический опыт частичного участия в проведении научного исследования .	Имеет частичный практический опыт частичного участия в проведении научного исследования.	Имеет практический опыт частичного участия в проведении научного исследования.

исследования.				
---------------	--	--	--	--

Оценивание уровня сформированности компетенции по дисциплине осуществляется на основе «Положения о проведении текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры - в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Северо-Кавказский федеральный университет» в актуальной редакции.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Номер задания	Правильный ответ	Содержание вопроса	Компетенция
		Семестр 9	
1.	1	На рентгенограмме фолликул зуба до минерализации выглядит как: 1. Просветление округлой формы с четкими контурами; 2. Зона разряжения костной структуры с нечеткой формой.	ПК-14
2.	3	После удаления зуба просвет лунки, ее очертания перестают определяться на рентгенограмме через: 1. 4–6 недель; 2. 7–10 недель; 3. 12–16 недель; 4. 6 месяцев.	ПК-14
3.	1	Когда рентгеновский аппарат выключен, рентгеновское излучение в кабинете: 1. Отсутствует; 2. Исчезает через час после отключения аппарата; 3. Присутствует; 4. Исчезает после проветривания и кварцевания помещения	ПК-14
4.	4	Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена: 1. В полости рта неподвижно 2. В полости рта подвижно; 3. Вне полости рта неподвижно; 4. Вне полости рта подвижно; 5. Любым образом.	ПК-14
5.	5	Нижняя челюсть относятся к костям: 1. Длинным трубчатым; 2. Коротким трубчатым; 3. Губчатым; 4. Плоским; 5. Смешанным	ПК-14
6.	5	Верхняя челюсть относятся к костям: 1. Длинным трубчатым;	ПК-14

		2. Коротким трубчатым; 3. Губчатым; 4. Плоским; 5. Смешанным	
7.	1	Наиболее информативным методом рентгенологического обследования для оценки качества пломбирования корневых каналов зубов верхней и нижней челюсти является: 1. Дентальная рентгенография; 2. Панорамная рентгенография; 3. Ортопантомография; 4. Телерентгенография; 5. Рентгенокинематография.	ПК-14
8.	1	Предпочтительная методика изучения состояния периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти: 1. Дентальная рентгенография; 2. Панорамная рентгенография; 3. Ортопантомография; 4. Телерентгенография; 5. Рентгенокинематография	ПК-14
9.	1	Кариозная полость, располагающаяся только в пределах эмали и занимающая не более половины ширины ее слоя, имеет глубину: 1. С1; 2. С2; 3. С3; 4. С4; 5. С5.	ПК-14
10.	2	Кариес, поражающий слой эмали более чем на половину ширины, но не достигающий до эмалево-дентинной границы, имеет глубину: 1. С1; 2. С2; 3. С3; 4. С4; 5. С5.	ПК-14

11.	5	Кариозный дефект, проникающий в полость зуба, имеет глубину: 1. C1; 2. C2; 3. C3; 4. C4; 5. C5.	ПК-14
12.	1	Неравномерное умеренное расширение периодонтальной щели в области верхушки корня зуба и неравномерное утолщение кортикальной пластинки лунки зуба характерны для: 1. Хронического фиброзного периодонтита; 2. Хронического гранулирующего периодонтита; 3. Хронического гранулематозного периодонтита; 4. Острого периодонтита.	ПК-14
13.	3	После удаления зуба просвет лунки, ее очертания перестают определяться на рентгенограмме через: 1. 4–6 недель; 2. 7–10 недель; 3. 12–16 недель; 4. 6 месяцев.	ПК-14
16.	2	При оценке качества эндодонтического лечения при пломбировании зуба	ПК-14

		рентгеноконтрастными материалами оценивают: 1. Форму полости и ее контуры; 2. Форму полости и качество пломбы (однородность, плотность прилегания к стенкам полости), нависание пломбы; 3. Форму полости и качество пломбы (однородность, плотность прилегания к стенкам полости); 4. Форму корневого канала; 5. Длину корневого канала.	
17.	1	При оценке качества эндодонтического лечения при пломбировании зуба рентгенонегативными материалами оценивают: 1. Форму полости и ее контуры; 2. Форму полости и качество пломбы (однородность, плотность прилегания к стенкам полости), нависание пломбы; 3. Форму полости и качество пломбы (однородность, плотность прилегания к стенкам полости); 4. Форму корневого канала; 5. Длину корневого канала.	ПК-14
18.	1	Инволютивные изменения зубов на рентгенограммах определяются следующим образом: 1. Уменьшение корневой части полости зуба, исчезновение изображения просвета корневого канала, остеопороз; 2. Резорбция корней; 3. Увеличение корневой части полости зуба, остеосклероз.	ПК-14
19.	1,2,3	Определите ПОКАЗАНИЯ к исследованию ВСЕГО ПРИКУСА у взрослых: 1) первичное обращение больного к врачу; 2) множественный кариес; 3) заболевания тканей периодонта; 4) определение протяженности опухолевого поражения; 5) подозрение на системное поражение слюнных желез; 6) подозрение на одонтогенную опухоль; 7) определение протяженности воспалительного процесса.	ПК-14
20.	1,2	Определите ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к исследованию ВСЕГО ПРИКУСА методом ВНУТРИРОТОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ:	ПК-14

		1) детский возраст; 2) беременность; 3) пожилой и старческий возраст; 4) больные инфарктом миокарда; 5) врачи-стоматологи; 6) врачи-рентгенологи; 7) период лактации.	
21.	1,3,5	Рентгенологические МЕТОДИКИ для исследования ВЕРХНЕЙ челюсти: 1) линейная и панорамная томография, телерентгенография, гайморография и др.; 2) передняя аксиальная рентгенография черепа, фистулография; 3) рентгенография черепа в носоподбородочной проекции, ортопантомография; 4) рентгенография черепа в лобно-носовой проекции, флюорография; 5) КЛКТ.	ПК-14
22.	1,6	Перечислите методики КОНТРАСТИРОВАНИЯ, применяемые в челюстно-лицевой рентгенологии: 1) гайморография, сиалография, фистулография и др.; 2) фистулография, кистография, вентрикулография и др.; 3) гайморография, пневмомедиастинум, артериография и др.; 4) сиалография, артериография, пневмотиреоидеография и др.; 5) экскреторная панкреатография, фистулография и др.; 6) кистография, артрография.	ПК-14
23.	1,3	В каких ПРОЕКЦИЯХ выполняются снимки при ГАЙМОРОГРАФИИ? 1) в боковой проекции; 2) в аксиальной проекции; 3) в носоподбородочной проекции; 4) в носолобной проекции; 5) в проекции по Шюллеру.	ПК-14
24.	1,2,4,5,6,7	ПОКАЗАНИЯ к проведению УЗД челюстно-лицевой области: 1) диагностика воспалительных процессов в ВНЧС; 2) диагностика воспалительных процессов мягких тканей лица; 3) диагностика мягкотканых опухолей костей; 4) диагностика кист шеи;	ПК-14

		5) диагностика патологии лимфоузлов; 6) диагностика травматических повреждений мягких тканей; 7) оценка состояния надкостницы.	
25.	3	Для каких ЦЕЛЕЙ при ВНУТРИРОТОВОЙ рентгенографии зубочелюстной системы соблюдается правило ОРТОРАДИАЛЬНОСТИ? 1) для получения минимально искаженного изображения зубов; 2) для получения неискаженного изображения челюсти; 3) для получения раздельного изображения зубов на пленке; 4) для получения увеличенного изображения зубов; 5) для получения изображения оральной кортикальной пластинки.	ПК-14
26.	2	В чем заключается суть правила ОРТОРАДИАЛЬНОСТИ? 1) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и плоскостью пленки; 2) R-луч направлен перпендикулярно касательной, проведенной к зубной дуге в области исследуемого зуба; 3) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно плоскости пленки; 4) R-луч направлен на угол нижней челюсти.	ПК-14
27.	1	С какой ЦЕЛЬЮ при ВНУТРИРОТОВОЙ КОНТАКТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ соблюдается правило ИЗОМЕТРИИ? 1) для получения минимально искаженного изображения зубов; 2) для получения неискаженного изображения челюсти; 3) для получения раздельного изображения зубов на пленке; 4) для получения увеличенного изображения зуба.	ПК-14
28.	1,2,3,4,5	ИНТЕРПРОКСИМАЛЬНАЯ ВНУТРИРОТОВАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ — методика проведения: 1) пленка фиксирована пленкодержателем, рот закрыт; 2) пленка располагается параллельно коронкам зубов на некотором расстоянии от них; 3) на пленке отображаются гребни альвеолярных отростков обеих челюстей; 4) R-луч направлен перпендикулярно пленке; 5) Размеры пленки — 2 × 3, 3 × 4, 2,5 × 5,5 см; 6) R-луч направлен в соответствии с правилом изометрии; 7) пленка фиксирована пальцем, рот закрыт.	ПК-14

29.	1,2,5,6	ИНТЕРПРОКСИМАЛЬНАЯ ВНУТРИРOTOВАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ — ЗАДАЧИ метода: 1) получение неискаженного изображения гребней альвеолярных отростков; 2) ранняя диагностика дефектов коронок, шеек группы зубов; 3) получение четкого и неискаженного изображения периапикальных тканей; 4) диагностика заболеваний тканей периодонта; 5) диагностика раннего аппроксимального кариеса; 6) диагностика заболеваний тканей периодонта (маргинального).	ПК-14
30.	1,2,3	ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЯ — ЗАДАЧИ метода: 1) изучение соотношения мозгового и лицевого черепа и соотношения зубных рядов; 2) изучение врожденных и приобретенных деформаций лицевого черепа; 3) планирование хирургических и ортодонтических мероприятий; 4) изучение состояния ВНЧС; 5) изучение состояния твёрдого нёба и дна полости рта; 6) изучение состояния альвеолярных отростков.	ПК-14
31.	1,2,3	ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЯ — ОСОБЕННОСТИ метода: 1) изображение на пленке соответствует истинным размерам объекта; 2) используется параллельный пучок излучения; 3) расстояние трубка-объект равно 1,5 и более метров; 4) изображение на пленке увеличено из-за большого расстояния трубкаобъект; 5) используется расходящийся пучок лучей;	ПК-14
32.	1,3,6	ОСНОВНЫЕ рентгенологические методики для исследования НИЖНЕЙ челюсти: 1) рентгенография черепа в лобно-носовой проекции; 2) рентгенография черепа в носо-подбородочной проекции; 3) рентгенография внутриротовая; 4) рентгенография костей свода черепа в двух проекциях; 5) рентгенография по Шюллеру; 6) рентгенография нижней челюсти в боковой проекции.	ПК-14
33.	1,2,3,4,5	ВНУТРИРOTOВАЯ КОНТАКТНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ — ЗАДАЧИ метода: 1) получение неискаженного изображения зубов и периапикальных тканей; 2) диагностика патологии твердых тканей зубов;	ПК-14

		3) диагностика болезней тканей периодонта; 4) диагностика одонтогенных опухолей; 5) планирование и контроль эффективности лечения; 6) выявление дистопированных зубных зачатков.	
34.	1,2,3,4	ОККЛЮЗИОННАЯ ВНУТРИРотовая РЕНТГЕНОГРАФИЯ — ЗАДАЧИ метода: 1) уточнение пространственных особенностей патологического очага; 2) поиск конкрементов поднижнечелюстной и подъязычной слюнных желез; 3) оценка наружной и внутренней кортикальных пластинок нижней челюсти; 4) оценка состояния надкостницы; 5) поиск конкрементов околоушной слюнной железы; 6) оценка тканей периодонта; 7) определение пространственного положения объектов, локализующихся в зоне корней.	ПК-14
35.	2,3,4,5,7	ОККЛЮЗИОННАЯ ВНУТРИРотовая РЕНТГЕНОГРАФИЯ — показания: 1) старческий возраст; 2) неадекватность пациента; 3) тугоподвижность ВНЧС; 4) повышенная чувствительность слизистой оболочки полости рта; 5) травма челюстей; 6) вывих в ВНЧС; 7) детский возраст	ПК-14
36.	1,2,5	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ методы РЕНТГЕНОдиагностики в стоматологии: 1) томография линейная; 2) томография компьютерная; 3) томография панорамная; 4) томография магнитная; 5) телерентгенография; 6) электрорентгенография; 7) методы искусственного контрастирования.	ПК-14
37.	1,2,3,5	СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ рентгенодиагностики в стоматологии: 1) ортопантомография (ОПТГ); 2) панорамная рентгенография;	ПК-14

		3) панорамная зонография; 4) рентгеновская компьютерная томография (РКТ); 5) конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ); 6) телерентгенография; 7) внутриротовая рентгенография.	
38.	1,4,6	Виды ВНУТРИРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ: 1) аналоговая; 2) конусно-лучевая; 3) компьютерная; 4) радиовизиография; 5) интраоральная; 6) цифровая.	ПК-14
39.	2,3,5,7	13. При ЦИФРОВОЙ рентгенографии в отличие от аналоговой: 1) приемником Р-лучей является пленка; 2) приемником Р-лучей является сенсор; 3) источником Р-лучей является электроннолучевая трубка; 4) источником Р-лучей является электронный ускоритель; 5) энергия Р-луча преобразуется в электронный сигнал, оцифровывается, преобразуется в видимое изображение; 6) энергия Р-луча инициирует химическую реакцию восстановления серебра, оцифровывается, преобразуется в видимое изображение; 7) конечное изображение формируется на мониторе компьютера; 8) конечное изображение формируется на CD или flash-накопителе.	ПК-14
40.	1,2,3,7	МЕТОДИКА выполнения метода ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ: 1) фиксация головы пациента в краниостате; 2) фокусное расстояние R-трубка – объект — 1,5–2 м; 3) положение челюстей — привычная окклюзия; 4) положение челюстей — центральная окклюзия; 5) фокусное расстояние R-трубка – объект — 1 м; 6) прямая и носоподбородочная проекции; 7) прямая и боковая проекции.	ПК-14
41.	4,5	АБСОЛЮТНЫЕ противопоказания к ПЭТ: 1) тиреотоксикоз;	ПК-14

		2) период лактации; 3) беременность; 4) сахарный диабет, стадия декомпенсации; 5) тучность пациента; 6) зубные протезы; 7) все ответы неверны.	
42.	1	Методом изучения ПОЛНОГО зубного статуса ПЕРВИЧНОГО пациента в амбулаторной практике должна быть: 1) ОПТГ; 2) КЛКТ; 3) внутриротовая окклюзионная рентгенография; 4) внеротовая обзорная рентгенография; 5) панорамная рентгенография; 6) внутриротовая контактная рентгенография.	ПК-14
43.	5	ЭЭД при аналоговой ОПТГ (для взрослого, 1 снимок): 1) 0,02 мЗв; 2) 0,05 мЗв; 3) 0,04 мЗв; 4) 0,03 мЗв; 5) 0,07 мЗв; 6) 0,06 мЗв.	ПК-14
44.	1,3,7	ЭЭД при внутриротовой аналоговой рентгенографии (для взрослого, 1 снимок): 1) зубы верхней челюсти, от 0,26 до 0,33 мЗв; 2) зубы верхней челюсти, от 0,36 до 0,43 мЗв; 3) зубы нижней челюсти, от 0,15 до 0,26 мЗв; 4) зубы верхней челюсти, от 0,36 до 0,53 мЗв; 5) зубы нижней челюсти, от 0,16 до 0,36 мЗв; 6) зубы верхней челюсти, от 0,16 до 0,33 мЗв.	ПК-14
45.	5	Методом изучения ПОЛНОГО зубного статуса ПЕРВИЧНОГО пациента в амбулаторной практике в отсутствие ОПТГ должна быть: 1) панорамная рентгенография; 2) РКТ; 3) внутриротовая окклюзионная рентгенография;	ПК-14

		4) внеротовая обзорная рентгенография; 5) Внутриротовая интерпроксимальная рентгенография; 6) внутриротовая контактная рентгенография.	
46.	2	ЭЭД при ВНЕРОТОВОЙ АНАЛОГОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ костей лицевого черепа (для взрослого, 1 снимок): 1) 0,5 мЗв; 2) 0,05 мЗв; 3) 0,04 мЗв; 4) 0,083 мЗв; 5) 0,4 мЗв; 6) 0,6 мЗв.	ПК-14
47.	6	КОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА, применяющиеся при МРТ: 1) омнипак; 2) иодлипол; 3) бария сульфат; 4) оптимарк; 5) билигност; 6) все ответы неверны.	ПК-14
48.	1,2,3,4	Укажите ПУТИ снижения ЛУЧЕВОЙ нагрузки при исследовании пациентов СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО профиля. 1) экранирование жизненно важных и высокочувствительных органов пациента; 2) знание врачом-стоматологом оптимальных алгоритмов обследования пациентов с различными видами патологии; 3) знание врачом-стоматологом величин радиационной нагрузки при различных методах исследования в рентгенологии; 4) диафрагмирование поля облучения пациента; 5) предоставление льгот персоналу рентгенкабинета; 6) выполнение каждому пациенту только 1 рентгенограммы в полгода.	ПК-14
49.	1,2	Назовите ПУТЬ введения контрастного вещества при ГАЙМОРОГРАФИИ: 1) путем прокола стенки пазухи; 2) через лунку удаленного зуба; 3) в кровеносное русло; 4) в среднее ухо;	ПК-14

		5) через лимфатический сосуд; 6) через дуоденальный зонд.	
50.	3,4	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к проведению методов ИСКУССТВЕННОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ: 1) клаустрофобия; 2) детский возраст; 3) идиосинкразия к йоду; 4) тиреотоксикоз; 5) тиреоидный зоб; 6) пожилой возраст; 7) остеопороз.	ПК-14

2. Описание шкалы оценивания

В рамках рейтинговой системы успеваемость студентов по каждой дисциплине оценивается в ходе текущего контроля и промежуточной аттестации. Рейтинговая система оценки знаний студентов основана на использовании совокупности контрольных мероприятий по проверке пройденного материала (контрольных точек), оптимально расположенных на всем временном интервале изучения дисциплины. Принципы рейтинговой системы оценки знаний студентов основываются на положениях, описанных в Положении об организации образовательного процесса на основе рейтинговой системы оценки знаний студентов в ФГАОУ ВО «СКФУ».

3. Критерии оценивания компетенций

Оценка «отлично» выставляется студенту, если теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов, необходимые практические компетенции сформированы; исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно излагает материал курса, умеет увязывать теорию с практикой, свободно справляется с практическими задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе дополнительный материал; все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.

Оценка «хорошо» выставляется студенту, если теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические компетенции в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество их выполнения достаточно высокое. Студент твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при выполнении практических задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если теоретическое содержание курса освоено частично, но пробелы не носят существенного характера, необходимые практические компетенции в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных задач выполнено, но в них имеются ошибки, при ответе на поставленный вопрос студент допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, наблюдаются нарушения логической последовательности в изложении программного материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задачи, необходимые практические компетенции не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к минимальному.