


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра детской хирургии с курсом ДПО**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой детской хирургии с курсом
ДПО, д.м.н., профессор


/С.В.Минаев/
«25» 12 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Детская хирургия
Направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2020

1. Форма промежуточной аттестации (зачёт, дифференцированный зачёт (зачёт с оценкой), экзамен).

Семестр 9 - зачет.

2. Вид промежуточной аттестации

Семестр 10 – промежуточная аттестация в форме зачета выставляется по результатам текущего контроля.

3. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции
ПК – 5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
ПК-6 - способность к определению у пациентов основных, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.
ПК-7 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека
ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

4. Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Разделы дисциплины	Коды формируемых компетенций			
	ПК 5	ПК6	ПК 7	ПК 8
Семестр 10	+	+	+	+

5. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование	Виды оценочных материалов
--------------	---------------------------

индикатора достижения (ИД) компетенции	Текущая аттестация
ПК 5	Устный опрос, собеседование, ситуационные задачи, тесты, реферат
ПК-6	(СРС)
ПК 7	Устный опрос, собеседование, ситуационные задачи, тесты, реферат (СРС)
ПК 8	Устный опрос, собеседование, ситуационные задачи, тесты, реферат (СРС)

6. Текущий контроль

Собеседование.

Представленные ниже вопросы для текущего контроля сгруппированы по нозологическим единицам, каждый вопрос раскрывает ПК5, ПК 6, ПК7, ПК 8 обучающегося для определенного заболевания.

1. Классификации кишечной непроходимости, виды, причины. Динамическая кишечная непроходимость – паретическая, причины. Высокая кишечная непроходимость, причины. Клиническая картина атрезии пилорического отдела желудка. Клиника атрезии тонкой кишки. Клиника неполной высокой кишечной непроходимости. Клиника неполной низкой кишечной непроходимости. Дифференциальная диагностика и прогноз высокой и низкой кишечной непроходимости. Синдром Ледда, синдром незавершенного поворота кишечника. Дополнительные методы диагностики врожденной кишечной непроходимости. Рентген-семиотика различных видов кишечной непроходимости. Показания к оперативному лечению при врожденной кишечной непроходимости. Пилоростеноз – этиология, клиника, дополнительные методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям. Врожденная непроходимость 12-перстной кишки: формы. Клиническая картина непроходимости 12-перстной кишки в зависимости от уровня атрезии. Рентгенсемиотика непроходимости 12-перстной кишки. Кольцевидная поджелудочная железа. Аномалии развития сосудов верхнего этажа брюшной полости, приводящие к развитию непроходимости 12-перстной кишки. Предоперационная подготовка детей, принципы оперативных вмешательств.
2. Инвагинация в детском возрасте – причины развития, формы. Клинические симптомы инвагинации. Дополнительные методы исследования при подозрении на инвагинацию. Дифференциальная диагностика инвагинации у детей. Показания и противопоказания к оперативному лечению инвагинации. Принципы консервативного расправления инвагината. Принципы оперативного расправления инвагината согласно Федеральным клиническим рекомендациям. Спаечная кишечная непроходимость – классификация, патогенез различных форм, клиника, дополнительные методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям.
3. Анатомия и физиология червеобразного отростка, нормальное и атипичные положения. Классификация острого аппендицита в детском возрасте, характеристика различных форм. Особенности клинического течения острого аппендицита у детей до 3 лет. Особенности клинического течения острого аппендицита у детей старше 3 лет. Особенности клинического течения острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка. Дополнительные методы диагностики острого аппендицита. Лабораторная диагностика острого аппендицита. Дифференциальная диагностика острого аппендицита. Показания к оперативному лечению острого аппендицита, сроки и методы оперативных вмешательств. Осложнения ранние и поздние острого аппендицита согласно Федеральным клиническим рекомендациям.
4. Виды дыхательной недостаточности, классификация, степени тяжести. Атрезия пищевода – классификация, атрезия пищевода со свищами в трахею. Клиническая картина атрезии пищевода, принципы транспортировки пациентов с подозрением на атрезию пищевода. Дополнительные методы диагностики при подозрении на атрезию пищевода – контрастные исследования пищевода, проба Элефанта. Определение возможности одномоментной реконструкции пищевода. Принципы этапного лечения атрезии пищевода, сроки и виды оперативных вмешательств согласно Федеральным клиническим рекомендациям. Врожденная

лобарная эмфизема клиника, рентгенологическая картина, принципы лечение. Врожденная ложная диафрагмальная грыжа – классификация, клиническая картина. Дополнительные методы диагностики. Принципы и сроки оперативной коррекции.

5. Острый гематогенный остеомиелит новорожденных – этиология, пути заражения и распространения инфекции, группы риска. Клиника, особенности клинической картины при поражении метаэпифизов длинных трубчатых костей. Дополнительные методы диагностики – рентгенологический и ультразвуковой метод. Консервативное комплексное лечение. Показания к оперативному лечению, сроки и виды оперативных вмешательств. Осложнения ОГО, их профилактика и лечение. Остеомиелит у детей старшего возраста – варианты течения, клиника, дополнительные методы диагностики. Консервативное комплексное лечение, показания к оперативному лечению, сроки и виды оперативных вмешательств согласно Федеральным клиническим рекомендациям. Осложнения ОГО, их профилактика и лечение. Атипичные формы остеомиелита – абсцесс Броди, Гарре, Олье. Нагноительные заболевания мягких тканей новорожденных – некротическая флегмона новорожденных, гангрена новорожденных – этиология, клиника, диагностика, принципы хирургического лечения. Аденофлегмона – клиника, дифференциальная диагностика, осложнения, хирургическое лечение. Гнойно-воспалительные заболевания кисти – паронихий, панариций – классификация, формы, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы хирургического лечения, опасности и осложнения.
6. Острые гнойные пневмодеструкции – пути инфицирования, этиология. Формы, клиника, дополнительные методы диагностики. Легочные осложнения ОГДП – буллы, абсцессы, рентгенсемиотика, клиника, принципы лечения. Внелегочные осложнения – пиоторакс, эмпиема плевры, пиопневмоторакс, медиастинит, эмфизема (подкожная и медиастинальная) – клиника, дополнительные методы диагностики, принципы лечения. Пиопневмоторакс – ненапряженный и напряженный, клиника, диагностика, первая помощь, уровни пункции и дренирования плевральной полости. Поисковая бронхоокклюзия.
7. Анатомия тазобедренных суставов в возрастном аспекте. Дисплазия тазобедренных суставов – формы. Особенности строения и развития тазобедренных суставов в зависимости от формы дисплазии. Клинические проявления дисплазии у новорожденных детей. Дополнительные методы исследования при подозрении на дисплазию – рентгенография и ультрасонография, сроки выполнения, уровни их информативности. Методика оценки рентгенограммы тазобедренных суставов. Клиника дисплазии у детей в возрасте старше года, дополнительные методы обследования, их диагностическая ценность. Алгоритмы лечения детей первого года жизни в зависимости от формы дисплазии и возраста (0-3мес., 3-6мес., 6-9 мес., 9-12мес.). Лечение детей в возрасте 1-2 лет, в возрасте старше 2 лет. Врожденная косолапость – этиология, классификации. Элементы косолапости. Метод Понсети – сроки, содержание, объемы основных этапов. Плоскостопие – классификации. Клиника, дополнительные методы диагностики (скрининговые и точные). Осанка – понятие, классификации. Физиологические изгибы позвоночника и этапы их формирования. Нормальная осанка, факторы ее обеспечивающие. Факторы, влияющие на формирование правильной осанки. Нарушения осанки в сагиттальной плоскости – клиника, диагностика, консервативное лечение. Нарушение осанки во фронтальной плоскости - клиника, диагностика, консервативное лечение. Сколиоз, классификация сколиозов по степени тяжести, виду и локализации сколиотической дуги. Клинические проявления, дополнительные методы диагностики. Принципы консервативного лечения детей со сколиозом.

8. Анатомо-физиологические особенности опорно-двигательного аппарата в детском возрасте: строение длинных трубчатых костей, особенности ПЖК и связочного аппарата. Характеристика травматизма: виды. Механизмы травмы (прямой, не прямой). Смещение костных отломков – виды, механизмы возникновения. Особенности переломов костей у детей: эпифизолизы, остеоэпифизолизы, переломы по типу зеленой ветки, поднадкостничные переломы, апофизолизы. Обследование детей с подозрением на перелом – правила рентгенологического обследования. Принципы консервативного лечения переломов в детском возрасте (гипсовая иммобилизация, виды гипсовых повязок). Скелетное вытяжение – возможности, принципы наложения. Закрытая одномоментная ручная репозиция. Показания к оперативному лечению переломов в детском возрасте. Виды металлоостеосинтеза.

Список тем рефератов:

1. Однорядный шов в абдоминальных анастомозах у детей.
2. Современные возможности ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей и эффективного лечения больных.
3. Современные возможности лечения острого гематогенного остеомиелита у детей.
4. Лечебная тактика при закрытых повреждениях паренхиматозных органов у детей.
5. Ультрасонография, как скрининговый метод диагностики в детской хирургии.
6. Состояние системы гемостаза у детей с портальной гипертензией.
7. Диагностика и лечение острого гематогенного остеомиелита у новорожденных.
8. Диагностика и лечение хронических запоров у детей.
9. Дифференцированный подход к выбору хирургической тактики у детей с болезнью Гиршпрунга.
10. Дифференцированный подход к хирургической тактике у детей с паховыми грыжами.
11. Изменения гемостаза и эффективность их коррекции при различных формах болезни Гиршпрунга у детей.
12. Катамнез детей, перенесших коррекцию ВПР ЖКТ в период новорожденности.
13. Кистозно-очаговые поражения печени у детей: дифференциальная диагностика и хирургическое лечение.

Тесты.

1. У ребенка 8 мес. рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:
А) острый аппендицит
В) инвагинация кишечника

- C) аппендикулярный инфильтрат
- D) кишечная инфекция
- E) опухоль брюшной полости

2. Основной причиной развития кишечной инвагинации у детей является:

- A) возрастная дискоординация перистальтики**
- B) изменение режима питания
- C) диспепсия
- D) респираторно-вирусная инфекция
- E) органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)

3. У ребенка 10 мес, приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевидное образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз - инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценивать как:

- A) начальный период**
- B) период ярких клинических проявлений
- C) период непроходимости кишечника
- D) явления перитонита
- E) период осложнений

4. Основным преимуществом колоноскопии при инвагинации кишечника является:

- A) в отказе от рентгенологического исследования
- B) в визуальной диагностике инвагината
- C) в визуальном контроле за расправлением инвагината
- D) в возможности выявить органическую причину инвагинации
- E) в возможности решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания**

5. Метод обследования позволяющий решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:

- A) лапароскопия
- B) колоноскопия**
- C) ирригография с воздухом
- D) ирригография с бариевой смесью

Е) пальпация живота под наркозом

6. Ребенку установлен диагноз кишечная инвагинация, давностью заболевания 11

часов, консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:

А) срединная лапаротомия

В) поперечная лапаротомия

С) разрез в правой подвздошной области

Д) параректальный доступ

Е) разрез по Пфаненштилю

7. В каком возрасте чаще всего встречается кишечная инвагинация?

А) новорожденный

В) грудной

С) дошкольный

Д) школьный

8. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 12 часов консервативные

мероприятия оказались неэффективными. Инвагинат пальпируется в эпигастральной области. В этом случае предпочтительна:

А) срединная лапаротомия

В) поперечная лапаротомия

С) разрез в правой подвздошной области

Д) параректальный доступ

Е) разрез в правом подреберье

9. Ребенку установлен диагноз инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24

часов. Выражена картина непроходимости кишечника. Необходимо выполнить:

А) срединная лапаротомия

В) поперечная лапаротомия

С) разрез в правой подвздошной области

Д) параректальный доступ слева

Е) параректальный доступ справа

10. У ребенка по поводу операции по поводу запущенной инвагинации кишечника

обнаружены некрозы дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная

жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см.
тактика хирурга включает:

- А) резекция явно некротизированного отдела кишки, илеостомию, плановую релапаротомию через 12 часов**
- В) резекцию всей подвздошной кишки, илеостому
- С) резекцию подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз
- Д) выведение на кожу измененного участка кишки петлей
- Е) резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз

7. Промежуточная аттестация

Промежуточная аттестация в форме зачета выставляется по результатам текущего контроля.

Ситуационные задачи

Задача 1.

У ребенка сразу после рождения отмечаются периодические приступы дыхательной недостаточности, усиливающиеся после кормления. Обращает на себя внимание асимметрия грудной клетки за счет выбухания межреберных промежутков слева. Брюшная полость маленькая, живот ладьевидный.

- 1) Сформулируйте диагноз;
- 2) план диагностических мероприятий;
- 3) принципы хирургического лечения;
- 4) каковы ближайшие и отдаленные осложнения?
- 5) от чего зависит тяжесть послеоперационного ведения больных?

Эталон ответа:

- 1) Врожденная диафрагмальная грыжа слева;
- 2) перкуссия, аускультация, обзорная рентгенография органов грудной полости;
- 3) лапаротомия, выявление дефекта в куполе диафрагмы, низведение органов живота из плевральной полости в брюшную, ушивание дефекта в куполе диафрагмы, решение вопроса о висцеро-абдоминальной диспропорции;
- 4) расхождение швов, наложенных на купол диафрагмы с рецидивом грыжи, спаечная кишечная непроходимость;
- 5) тяжесть состояния больных в ближайшее время после операции обусловлено внутрибрюшной компрессией органов живота на v. cava inf.

Задача 2.

У ребенка 2 дней рвота после каждого кормления с примесью желчи. На обзорной рентгенограмме определяются 2 горизонтальных уровня жидкости, дважды был только меконеальный стул.

- 1) Сформулируйте диагноз;
- 2) нужны ли дополнительные исследования?
- 3) операция должна быть экстренной или срочной?
- 4) принципы хирургического лечения;

5) особенности течения послеоперационного периода.

Эталон ответа:

- 1) Врожденная атрезия 12-перстной кишки;
- 2) дополнительных исследований не нужно;
- 3) операция должна быть срочной;
- 4) при синдроме Ледда выполняют рассечение эмбриональных спаек и разворот кишечника, при мембране иссекают мембрану, при кольцевидной поджелудочной железе – накладывают дуоденодуоденоанастомоз, при истинной атрезии – также накладывают дуоденодуоденоанастомоз;
- 5) длительно восстанавливается перистальтика 12-перстной кишки.

Задача 3.

Ребенок 6 лет сбит автомобилем, доставлен через 30 мин. в больницу. Жалуется на боли в правой половине грудной клетки. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, при пальпации ребер определяется болезненность по задне-подмышечной линии IV и V ребер. Перкуторно справа тимпанит, дыхание справа от II ребра книзу не прослушивается.

- 1) Сформулируйте диагноз;
- 2) дайте интерпретацию симптоматике;
- 3) какова должна быть хирургическая тактика?
- 4) что такое проба Петрова?
- 5) принципы хирургического лечения.

Эталон ответа:

- 1) Закрытая травма органов грудной полости с переломом ребер и внутригрудным кровотечением;
- 2) резкая болезненность IV и V ребер по задне-подмышечной линии даёт основание заподозрить перелом этих ребер, изменение перкуторных данных свидетельствует о разрыве легкого и гемотораксе справа;
- 3) следует провести плевральную пункцию и пробу Петрова;
- 4) кровь из шприца, полученную при плевральной пункции, переливают в пробирку, которую центрифугируют, по характеру границы между сывороткой крови и осадком судят, продолжается кровотечение или оно прекратилось;
- 5) при прекратившемся кровотечении - дренирование плевральной полости, при продолжающемся кровотечении – торакотомия с ревизией органов грудной полости, межреберных промежутков, средостения.

8. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

	Уровни сформированности компетенций		
	<i>Пороговый</i>	<i>Достаточный</i>	<i>Высокий</i>

Критерии	Компетенция сформирована. Демонстрируется пороговый, удовлетворительный уровень устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности, устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности, высокая адаптивность практического навыка
----------	--	---	--

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания при зачёте

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий,	логичность и последовательность ответа

	отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания форм контроля:

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	ответа	ответа	
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования,	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует

	предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу			
--	--	--	--	--

Презентации/доклада

Отметка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.	Необходимое и достаточное использование информационных технологий для наглядности представления информации. Отсутствуют ошибки в представляемой информации.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2 профессиональных терминов.	Необходимое и достаточное использование информационных технологий для наглядности представления информации. Не более 2 ошибок в представляемой информации	Ответы на вопросы полные и/или частично полные
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна. Использован 1-2 профессиональный термин.	Недостаточное использование информационных технологий для наглядности представления информации. Допущено 3-4 ошибки в представляемой информации.	Только ответы на элементарные вопросы.
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана.	Недостаточное использование информационных технологий для наглядности представления информации. Допущено больше 4 ошибок в представляемой информации.	Нет ответов на вопросы.