

Электронная цифровая подпись

Коленков Алексей Александрович



B B A B F F D 0 E 6 1 6 1 1 E A

Завалко Александр Федорович



3 8 8 2 1 B 8 B C 4 D 9 1 1 E A

Утверждено "28" июля 2022 г.  
Протокол № 1

председатель Ученого Совета Коленков А.А.  
ученый секретарь Ученого Совета Завалко А.Ф.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
по дисциплине «ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ»  
Специальность 31.05.03 Стоматология  
(уровень специалитета)  
Направленность Стоматология  
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог  
Форма обучения: очная  
Срок обучения: 5 лет**

Год поступления 2022

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код и наименование компетенции /Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Вопросы темы, проверяющие освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Теста, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Задачи, проверяющей освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	Формы СРС № Темы презентации/реферата и др. форм контроля, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Лабораторная и инструментальная диагностика в психиатрии.	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Показания к лабораторным исследованиям в психиатрической клинике, диагностические и дифференциально-диагностические возможности. Лабораторные исследования при психических заболеваниях. Направление пациента на лабораторное обследование. Иммунологические исследования в психиатрии. Генетические анализы. Инструментальные методы обследования при психических заболеваниях. Показания к направлению на инструментальные методы обследования.	1-10	1	1-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2

2	Оценка психического статуса и интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Оценка психического статуса пациента. Исследование психического статуса. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Интерпретация заключений консультаций врачей-специалистов.	1-10	1	1-6	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
3	Интерпретация данных осмотра пациента в психиатрической клинике, объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования.	иОПК-5.2.	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Интерпретация данных психического статуса. Объем и необходимость проведения различных лабораторных методов исследования. Показания к компьютерной томографии, к магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии, методов функциональной нейровизуализации, рентгенографии, офтальмоскопии, электроэнцефалографии, реоэнцефалографии, эхоэнцефалографии, вызванных потенциалов, ультразвукового дуплексного сканирования/дуплексного сканирования/триплексного сканирования/ультразвуковой доплерографии/транскраниальной доплерографии,	1-10	1	1-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2

				транскраниальной магнитной стимуляции).					
4	Сбор жалоб, анамнеза у пациента в психиатрической клинике, специальные и дополнительные методы обследования с целью диагностики и дифференциальной диагностики.	иОПК-4.2	Демонстрирует способность определять приоритетные проблемы и риски здоровью пациента (населения)	Проведение обследования пациентов в психиатрической клинике.	1-3	1	1-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента в психиатрической клинике. Изучение психического статуса. Изучение ориентации в месте и времени. Исследование когнитивных функций. Обследование походки, равновесия, статики. Координаторные пробы. Исследование ЧМН. Интерпретация результатов обследования пациента в психиатрической клинике.	4-10				
5	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей) в психиатрической	иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента в психиатрической клинике. Сбор жалоб с одновременным наблюдением, наблюдение за поведением больного при контакте с врачом и	1-10	1	1-5	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация	В соответствии с п.4.2.2

	ой клинике.			<p>медицинским персоналом. Оценка особенностей поведения, внешнего вида и высказываний больного. изучение семейного анамнеза и возможных генетических аномалий. Наследственные болезни в семье пациента.</p> <p>Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) в психиатрической клинике при отсутствии контакта с пациентом (нарушение сознания, дезориентация в месте и времени, нарушение высших корковых функций, бред, галлюцинации).</p>				<p>больного, разбор истории болезни</p> <p>Решение ситуационных задач</p>	
6	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов, их родственников или законных представителей	иПК-1.2.	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников /законных представителей )	<p>Правила сбора информации от родственников. Конфиденциальность информации. необходимость получения согласия больного. Уточнение времени начала заболевания. Уточнение характера взаимодействий с родными и окружающими. Социальная активность пациента употребление пациентом алкоголя и психоактивных веществ.</p>	1-10	1	1-4	<p>Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни</p> <p>Решение ситуационных задач</p>	В соответствии с п.4.2.2
7	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза	иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного	<p>Классификация психических болезней. Принципы формулирования диагноза в психиатрической клинике. Формулирование предварительного диагноза и составление плана</p>	1-10	1	1-5	<p>Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического</p>	В соответствии с п.4.2.2

			ого диагноза	лабораторных и инструментальных обследований пациента в психиатрической клинике.				больного, курация больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	
8	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза,	иОПК-5.2.	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями в психиатрической клинике. Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	1-10	1	1-4	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
9	Медикаментозное и немедикаментозное лечение в психиатрической клинике.	иОПК-6.1	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения	Основные лекарственные средства в психиатрической клинике. Разработка плана медикаментозного лечения психического заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,	1-10	1	1-4	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	В соответствии с п.4.2.2

				Разработка плана немедикаментозного лечения психического заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи.				Решение ситуационных задач	
10	Назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения в психиатрической клинике.	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Назначение медикаментозного в психиатрической клинике, в том числе пациенту с сочетанной патологией (сахарный диабет, заболевание ссс, патология легких, болезни почек, болезни печени). Назначение немедикаментозного лечения (физиотерапевтическое лечение, суггестивная терапия, бальнеолечение, лечебная физическая культура, электролечение, индуктотерапия, магнитотерапия, УВЧ, трудотерапия) с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни	1-10	1	1-2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
11	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациента в психиатрической клинике.	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Назначение лечения у пациента в неврологической клинике. Контроль эффективности лечения у пациента в неврологической клинике. Контроль безопасности лечения у пациента в психиатрической клинике. Способы и методы контроля эффективности и безопасности лечения.	1-10	1	1-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни Решение	В соответствии с п.4.2.2

								ситуационных задач	
12	Ведение медицинской документации в психиатрической клинике. Зачёт	иПК-6.1	Ведение медицинской документации	Ведение медицинской документации в психиатрической клинике. Направление на принудительное лечение Ведение медицинской документации в психиатрической клинике. Постановка на учет в ПНД. Группы наблюдения в ПНД. Активное наблюдение в ПНД. Направление на стационарное лечение психически больного. направление в дневной стационар психически больного.	1-10	1	1-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2



**2 Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- написание рефератов, (презентаций);
- решение ситуационных задач;
- разбор тематического больного, курация больного;
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.**

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)**

**Тема 1.**

**1. В соответствии с клиническими рекомендациями при эпилепсии проводится лабораторное обследование:**

1. общий анализ крови
2. исследование уровня билирубина крови
3. ПЦР слюны

**2. В соответствии с клиническими рекомендациями при шизофрении проводится лабораторное обследование:**

1. общий анализ крови
2. исследование спинномозговой жидкости
3. ПЦР слюны

**3. В соответствии с клиническими рекомендациями при хроническом алкоголизме проводится лабораторное обследование:**

1. общий анализ крови
2. исследование уровня билирубина крови
3. соскоб на грибы

**4. В соответствии с клиническими рекомендациями при бредовой симптоматике проводится лабораторное обследование:**

1. соскоб глотки на грибы
2. бактериологическое исследование – мазок глотки
3. общий анализ крови

**5. В соответствии с клиническими рекомендациями при сенильном психозе проводится лабораторное обследование:**

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. исследование уровня холестерина крови

**6. В соответствии с клиническими рекомендациями при дисциркуляторной энцефалопатии проводится лабораторное обследование:**

1. общий анализ крови
2. исследование уровня ТТГ крови
3. исследование уровня холестерина крови

**7. В соответствии с клиническими рекомендациями при подозрении на джексоновскую эпилепсию проводится инструментальное обследование:**

- а) оценка функционального состояния ЦНС
- б) диагностика состояния мозговых сосудов
- в) диагностика нарушения мозгового кровообращения

**8. В соответствии с клиническими рекомендациями при подозрении на генерализованную эпилепсию с помощью ЭЭГ выявляют повышенную раздражительность:**

- а) диэнцефальных структур
- б) стволовых структур
- в) диэнцефально-стволовых структур

**9. На ЭЭГ следует направлять всех больных с подозрением на это заболевание, кроме**

- а) органических и сосудистых поражений головного мозга
- б) опухолей мозга
- в) эпилепсии
- г) атрофических заболеваний
- д) инволюционных психозов

**10. Проведение ЭЭГ необходимо для диагностики**

- 1) шизофрении
- 2) эпилепсии
- 3) мании
- 4) депрессии
- 5) алкоголизма

**Эталоны ответа.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	3	1,3	1,3	а	б	д	2

**Тема 2.**

**1. Для выявления бредовых идей и малодоступного больного можно использовать все следующие приемы, кроме**

- а) сообщения больному объективных сведений о нем, не называя дающего сведения
- б) неоднократного возвращения в процессе разговора к интересующему врача вопросу
- в) разговора с больным на посторонние темы
- г) обещания наказания в случае отказа больного сообщить интересующие врача сведения
- д) расспроса с применением амитал-кофеинового растормаживания

**2. Метод наблюдения позволяет выявить**

- а) диссимуляцию
- б) изменение психического состояния больного
- в) возможность агрессивных действий
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

**3. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи**

- а) получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного с диагностической целью
- б) оценку степени нарушений психической деятельности
- в) объективную оценку динамики психического состояния в процессе терапии
- г) ни одну из перечисленных
- д) все перечисленные

**4. Психический статус не должен содержать**

- а) специальных психиатрических терминов
- б) анамнестических сведений
- в) оценки врачом обнаруженных у больного расстройств
- г) верно все перечисленное
- д) неверно все из перечисленного

**5. При информировании больного о болезни следуют ряду правил и принципов:**

- 1) уменьшение уровня аффективных реакций

- 2) стремление к нормонозогнозии
- 3) перекладывание ответственности на пациента
- 4) обеспечение конфиденциальности
- 5) все ответы – не верны
- 6) всё кроме 3) и 5)

**6. Для исследования интеллекта при психическом заболевании применяют различные методики, только не:**

- 1) тест Векслера
- 2) тест Розенцвейга
- 3) матрицы Равенна
- 4) отсчитывание по Крепелину
- 5) методику классификации понятий

**7. Точнее всего представления о характере пациента можно составить по его:**

- 1) телосложении
- 2) убеждениям
- 3) намерениям
- 4) поступкам

**8. Сведения, представленные в психическом статусе, характеризуют:**

- 1) течение заболевания
- 2) вероятный прогноз
- 3) степень потери трудоспособности
- 4) состояние на текущий момент
- 5) все ответы верные

**9. В отношении лиц с психическими расстройствами, в структуру которых входят симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий, целесообразно рассмотреть вопрос о/об**

- 1) изоляции от общества с длительным (не менее года) пребыванием в психиатрическом стационаре;
- 2) изоляции от общества с последующим направлением в стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- 3) обращении в суд для назначения принудительных мер медицинского характера;
- 4) представлении на медико-социальную экспертную комиссию с целью определения группы инвалидности;
- 5) установлении активного диспансерного наблюдения.

**10. В период исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях оказание медицинской помощи больным проводится в соответствии с**

- 1) Уголовным законодательством Российской Федерации;
- 2) Федеральным законом «Об охране психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением»;
- 3) действующим уголовным и семейным кодексами Российской Федерации;
- 4) действующими стандартами и порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения
- 5) специальными стандартами исполнения принудительных мер медицинского характера при психических расстройствах и расстройствах поведения.

**Эталон ответа.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
г	г	г	г	1,2,4	1	4	5	3	5

### **Тема 3.**

**1. Нельзя признавать вполне достоверными данными:**

- 1) объективного анамнеза
- 2) субъективного анамнеза
- 3) ни субъективного, ни объективного анамнеза

**2. Активное диспансерное наблюдение является**

- 1) видом оказания специализированной помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами;
- 2) видом принудительных мер медицинского характера, назначаемым психически больным с противоправным поведением;
- 3) подвидом диспансерного наблюдения, который устанавливается в отношении больных, склонных к совершению общественно опасных действий.
- 4) подвидом медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и нарушениями поведения с гетероагрессией;
- 5) подвидом принудительного лечения лиц с расстройством сексуального предпочтения в форме педофилии

**3. В рамках межведомственного взаимодействия в наблюдении за больными, находящимися под активным диспансерным наблюдением, задачей органов полиции является**

- 1) заключение под стражу психически больных с высоким риском общественно опасного поведения;
- 2) обеспечение освидетельствования больного без его согласия;
- 3) предоставление в медицинскую организацию сведений обо всех случаях совершения больным противоправных действий, административных правонарушений;
- 4) предоставление в судебные инстанции документов, свидетельствующих об общественной опасности больного;
- 5) самостоятельное обеспечение недобровольной госпитализации больного.

**4. Вероятность совершения общественно опасных действий лицами с психическими расстройствами, находящимися под наблюдением участкового психиатра, повышает**

- 1) апато-абулический синдром;
- 2) наличие диагноза «шизофрения»;
- 3) обсессивно-фобическая симптоматика;
- 4) отказ от лечения или несоблюдение врачебных рекомендаций;
- 5) утрата трудоспособности.

**5. Информация о наследственно обусловленной психической патологии среди близких родственников указывается в разделе истории болезни:**

- 1) объективное клиническое обследование
- 2) жалобы пациента
- 3) анамнез болезни
- 4) анамнез жизни

**6. Изложение в анамнезе данных о психотической или характерологической патологии должно отвечать следующим требованиям: 1. излагаться описательным способом; 2. отражаться в хронологической последовательности; 3. использования объективных данных; 4. использования субъективных данных; 5. выражения в форме психиатрических терминов.**

- 1) верно 1,2,3
- 2) верно 1,3
- 3) верно 2,4
- 4) верно 4
- 5) верно все перечисленное

**7. Анамнестические данные о начале приобщения к алкоголю позволяют судить: 1. об изначальной толерантности; 2. об особенностях клиники состояния острой интоксикации алкоголем; 3. о глубине личностных расстройств; 4. о степени прогрессивности алкоголизма; 5. о реактивности организма к алкоголю**

- 1) верно 4
- 2) верно 1,3
- 3) верно 2,4
- верно 1,2,5
- 5) верно все перечисленное

**8. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия допускается: допустимо по заявлению родственников, должностного лица или врача любой медицинской специальности:**

- 1) если он отказывается принимать поддерживающую терапию  
если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих

- 3) если он в силу психического заболевания беспомощен, то есть не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- 4) если неоказание психиатрической помощи обусловит существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния
- 5) если он обращается в различные инстанции с жалобами

**9. Условия для назначения лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях**

- 1) конфликтные внутрисемейные взаимоотношения;
- 2) наличие когнитивных нарушений;
- 3) наличие психопатоподобной симптоматики;
- 4) отсутствие необходимости в постоянном медицинском контроле в условиях стационара;
- 5) приверженность терапии;
- 6) упорядоченное поведение.

**10. Факторы суицидального риска у лиц с тяжелыми психическими расстройствами**

- 1) апатия;
- 2) бредовые идеи самообвинения и самоуничужения;
- 3) витальная тоска;
- 4) личностная огрубленность;
- 5) эмоциональная холодность.

**Эталон ответа.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	4	4	4	3	5	1	4,5	2,3

**Тема 4.**

**1. При описании того или иного психического нарушения в анамнезе необходимо выяснить**

- 1) давность его существования
- 2) особенности развития во времени
- 3) взаимоотношения данного расстройства с другими психическими расстройствами
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

**2. Термин «общественно опасное действие» применяется к лицам с психическими расстройствами, которые в период совершения правонарушения**

- 1) могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- 2) находились в состоянии опьянения, ограничивающем их способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- 3) не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- 4) не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

**3. Социальные факторы риска общественно опасного поведения психически больных**

- 1) адаптация в антисоциальной среде;
- 2) жилищно-бытовая неустроенность, материальная необеспеченность;
- 3) конфликтные отношения в семье, провоцирующее поведение лиц ближайшего окружения;
- 4) наличие группы инвалидности;
- 5) отсутствие детей;
- 6) проживание отдельно от родственников.

**4. Условия для принятия участковым психиатром решения о недобровольном освидетельствовании больного без санкции судьи**

- 1) наличие непосредственной опасности для себя или окружающих, обусловленной тяжелым психическим расстройством;

- 2) наличие спутанности сознания;
- 3) наличие тяжелого психического расстройства;
- 4) наличие хронического психического расстройства;
- 5) отсутствие приверженности лечению.

**5. При описании того или иного психического нарушения при подозрении на психическое заболевание необходимо выяснить**

- 1) давность его существования
- 2) особенности развития во времени
- 3) взаимоотношения данного расстройства с другими психическими расстройствами
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

**6. Изложение в анамнезе данных о психотической или характерологической патологии должно отвечать следующим требованиям:**

1. излагаться описательным способом;
2. отражаться в хронологической последовательности;
3. использования объективных данных;
4. использования субъективных данных;
5. выражения в форме психиатрических терминов.

- 1) верно 1,2,3
- 2) верно 1,3
- 3) верно 2,4
- 4) верно 4
- 5) верно все перечисленное

**7. Сведения, представленные в психическом статусе, в наибольшей степени характеризуют:**

- 1) течение заболевания
- 2) вероятный прогноз
- 3) степень потери трудоспособности
- 4) состояние на текущий момент
- 5) все ответы верные

**8. Для представления о характере пациента следует по изучении его:**

- 1) телосложении
- 2) убеждениям
- 3) намерениям
- 4) поступкам

**9. При психическом заболевании нецелесообразно признавать достоверными данными:**

- 1) объективного анамнеза
- 2) субъективного анамнеза
- 3) ни субъективного, ни объективного анамнеза

**10. Катамнез при психическом заболевании содержит описание**

- 1) всей истории жизни и заболевания
- 2) жизни и проявлений болезни за последние 5 лет
- 3) жизни и проявление болезни, начиная с момента последней выписки из данного стационара
- 4) жизни и проявлений болезни, начиная с момента выписки из любого стационара
- 5) жизни и проявлений болезни, начиная с момента первого поступления в данный стационар

**Эталон ответа.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	1,2,3,6	1	4	3	1,2,4	4	1	1

**Тема 5.**

**1. Анамнестические данные о начале приобщения к алкоголю позволяют судить:**

1. об изначальной толерантности;
2. об особенностях клиники состояния острой интоксикации алкоголем;
3. о глубине личностных расстройств;

**4. о степени прогрессивности алкоголизма;**

**5. о реактивности организма к алкоголю**

- 1) верно 4
- 2) верно 1,3
- 3) верно 2,4
- 4) верно 1,2,5
- 5) верно все перечисленное

**2. Если больной представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, недобровольное психиатрическое освидетельствование проводится по:**

- 1) заявлению родственников
- 2) должностного лица
- 3) врача любой специальности
- 4) врача-психиатра

**3. В чем заключается участие общественных профессиональных организаций в оказании психиатрической помощи?**

- 1) в защите прав пациентов и медицинских работников;
- 2) в организации и оказании медико-социальной помощи пациентам;
- 3) в помощи в лечении;
- 4) в разработке и совершенствовании нормативно-правовых актов;
- 5) в разработке и утверждении клинических рекомендаций, участие в разработке стандартов оказания медицинской помощи, участие в разработке образовательных стандартов.

**4. Диспансерное наблюдение устанавливается в отношении**

- 1) лиц, страдающих непсихотическими психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;
- 2) лиц, страдающих психическими расстройствами, за исключением непсихотических психических расстройств;
- 3) лиц, страдающих психическими расстройствами, которые дали согласие на такое наблюдение;
- 4) лиц, страдающих хроническими или затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;
- 5) недееспособных лиц, страдающих психическими расстройствами с тяжелыми стойкими болезненными проявлениями.

**5. Для амбулаторного приёма выделяется**

- 1) один участковый врач-психиатр на каждые 15 000 взрослого населения; один врач-психиатр для оказания помощи детям и подросткам – на 25 000 соответствующего контингента;
- 2) один участковый врач-психиатр на каждые 25 000 взрослого населения; один врач-психиатр для оказания помощи детям и подросткам – на 15 000 соответствующего контингента;
- 3) один участковый врач-психиатр на каждые 250 000 взрослого населения; один врач-психиатр для оказания помощи детям и подросткам – на 150 000 соответствующего контингента;
- 4) один участковый врач-психиатр на каждые 50 000 взрослого населения; один врач-психиатр для оказания помощи детям и подросткам – на 25 000 соответствующего контингента.

**6. Какой документ определяет правила оказания помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения в медицинских организациях?**

- 1) порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения;
- 2) приказ органов исполнительной власти в сфере здравоохранения;
- 3) программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 4) стандарт оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия».

**7. Факторы, определяющие высокую потенциальную опасность больных, находящихся под наблюдением участкового психиатра**

- 1) антисоциальные личностные установки;
- 2) выраженные нарушения поведения, эмоционально-волевой сферы;
- 3) злоупотребление или зависимость от психоактивных веществ;
- 4) нейрокогнитивный дефицит;
- 5) низкий уровень интеллекта;
- 6) отсутствие семьи.

**8. За лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, находящимися на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях, устанавливается**

- 1) активное диспансерное наблюдение;
- 2) диспансерное наблюдение;
- 3) консультативное наблюдение;
- 4) совместное наблюдение участкового психиатра и уголовно-исполнительной инспекции.

**9. Исполнение принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях в отношении лиц, совершивших правонарушение в состоянии невменяемости, обеспечивают**

- 1) врачи уголовно-исполнительной системы;
- 2) медицинские психологи;
- 3) психиатры отделений психосоциальной реабилитации;
- 4) психиатры-наркологи;
- 5) участковые психиатры.

**10. Дневной стационар организуется не менее чем**

- 1) на 10 пациенто-мест;
- 2) на 15 пациенто-мест;
- 3) на 25 пациенто-мест;
- 4) на 5 пациенто-мест

**Эталон ответа.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	2	2	1	4	1,3	1	5	2

**Тема 6.**

**1. Данные информации от родственников больного о начале приобщения к алкоголю позволяют судить:**

1. об изначальной толерантности;
2. об особенностях клиники состояния острой интоксикации алкоголем;
3. о глубине личностных расстройств;
4. о степени прогрессивности алкоголизма;
5. о реактивности организма к алкоголю

**2. В случае опасности психически больного для себя самого или окружающих, недобровольное психиатрическое освидетельствование проводится по:**

- 1) заявлению родственников
- 2) должностного лица
- 3) врача любой специальности
- 4) врача-психиатра



**3. Для беседы с родственниками психически больного для выявления наличия бредовых идей можно использовать**

- 1) неоднократного возвращения в процессе разговора к интересующему врача вопросу
- 2) разговора на посторонние темы
- 3) обещания наказания в случае отказа сообщить интересующие врача сведения

**4. При получении информации от родственников психически больного следует учитывать наличие следующих обстоятельств, которые повышают вероятность совершения общественно опасных действий**

- 1) апато-абулический синдром;
- 2) наличие диагноза «шизофрения»;
- 3) обсессивно-фобическая симптоматика;
- 4) отказ от лечения или несоблюдение врачебных рекомендаций;
- 5) утрата трудоспособности.

**5. Информация от родственников больного о наследственно обусловленной психической патологии среди близких родственников указывается в разделе истории болезни:**

- 1) объективное клиническое обследование
- 2) жалобы пациента
- 3) анамнез болезни
- 4) анамнез жизни

**6. полученные от родственников больного данные о психотической или характерологической патологии должно отвечать следующим требованиям:**

1. излагаться описательным способом;
2. отражаться в хронологической последовательности;
3. использования объективных данных;
4. использования субъективных данных;
5. выражения в форме психиатрических терминов.

**7. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия допускается по заявлению родственников:**

- 1) если он отказывается принимать поддерживающую терапию
- 2) если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих
- 3) если он в силу психического заболевания беспомощен, то есть не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- 4) если неоказание психиатрической помощи обусловит существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния
- 5) если он обращается в различные инстанции с жалобами

**8. Конфликтные внутрисемейные взаимоотношения являются условиями для назначения лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях**

- 1) да
- 2) нет
- 3) вопрос решается индивидуально

**9. При интерпретации информации от родственников психически больного необходимо учитывать**

- 1) давность существования болезни
- 2) особенности развития во времени
- 3) взаимоотношения данного расстройства с другими психическими расстройствами
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

**10. Конфликтные отношения в семье, провоцирующее поведение лиц ближайшего окружения психически больных могут явиться социальными факторами риска развития общественно опасного поведения**

- 1) да
- 2) нет
- 3) вопрос решается индивидуально

## Эталоны ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1,2,4	4	1,2	4	4	1,2,3	2,4	2	4	1

### Тема 7.

#### 1. Показаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются

- 1) опасность психически больного для окружающих или для самого себя;
- 2) острое психическое заболевание или обострение хронического психического заболевания, требующие стационарного лечения;
- 3) проведение реабилитационных мероприятий после лечения в дневном стационаре;
- 4) проведение стационарной экспертизы
- 5) социальные показания (отсутствие жилья, работы, источника средств существования и т. п.).

#### 2. В условиях дневного стационара пациентам может оказываться

- 1) первичная медико-санитарная помощь и/или первичная специализированная психиатрическая медико-санитарная помощь;
- 2) первичная специализированная психиатрическая медико-санитарная помощь и/или специализированная психиатрическая медицинская помощь;
- 3) специализированная психиатрическая медицинская помощь и/или скорая специализированная медицинская помощь;
- 4) только первичная специализированная психиатрическая медико-санитарная помощь;
- 5) только специализированная психиатрическая медицинская помощь.

#### 3. Диспансерное наблюдение устанавливают в отношении

- 1) лиц, страдающих непсихотическими психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;
- 2) лиц, страдающих психическими расстройствами, за исключением непсихотических психических расстройств;
- 3) лиц, страдающих психическими расстройствами, которые дали согласие на такое наблюдение;
- 4) лиц, страдающих хроническими или затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;
- 5) недееспособных лиц, страдающих психическими расстройствами с тяжелыми стойкими болезненными проявлениями.

#### 4. За лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, находящимися на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях, устанавливается

- 1) активное диспансерное наблюдение;
- 2) диспансерное наблюдение;
- 3) консультативное наблюдение;
- 4) совместное наблюдение участкового психиатра и уголовно-исполнительной инспекции.

#### 5. Исполнение принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях в отношении лиц, совершивших правонарушение в состоянии невменяемости, обеспечивают

- 1) врачи уголовно-исполнительной системы;
- 2) медицинские психологи;
- 3) психиатры отделений психосоциальной реабилитации;
- 4) психиатры-наркологи;
- 5) участковые психиатры.

**6. При постановке предварительного диагноза генерализованной эпилепсии необходимо на ЭЭГ обнаружить повышенную активность:**

- а) диэнцефальных структур
- б) стволовых структур
- в) диэнцефально-стволовых структур

**7. При постановке предварительного диагноза энцефалопатии необходимо при церебральной ангиографии выявить**

- а) усиление сосудистого рисунка
- б) изменение конфигурации турецкого седла
- в) пальцевые вдавления
- г) расширение канала зрительного нерва
- д) расширение внутреннего слухового прохода

**8. При постановке предварительного диагноза генерализованной эпилепсии у ребенка школьного и подросткового возраста обнаружение на ЭЭГ била-терально-симметричных всплеск медленных волн тета-диапазона в затылочно-теменных зонах коры является указанием на повышенную раздражимость**

- а) диэнцефальных структур
- б) стволовых структур
- в) диэнцефально-стволовых структур головного мозга

**9. При постановке предварительного диагноза атрофических заболеваний мозга больного следует направлять на ЭЭГ**

- а) да
- б) нет
- в) решается индивидуально

**10. При постановке предварительного диагноза шизофрении больного следует направлять на ЭЭГ**

- а) да
- б) нет
- в) решается индивидуально

**Эталоны ответа.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1,2,4	1	2	4	5	б	б,в	б	б	б

**Тема 8.**

**1. Дифференциальная диагностика инволюционной меланхолии наиболее часто проводится с:**

- 1) органическим амнестическим расстройством сосудистого генеза
- 2) дебютом атрофических процессов
- 3) вялотекущей параноидной шизофренией
- 4) патологической реакцией утраты

**2. Ранним дифференциально-диагностическим КТ\МРТ-признаком болезни Альцгеймера является:**

- 1) уменьшенное межкрячковое расстояние
- 2) уменьшение объема гиппокампа
- 3) сужение перигиппокампальных щелей

4) увеличение объема гиппокампа

**3. Какая последовательность этапов дифференциальной диагностики будет верной**

- 1) сбор анамнеза; осмотр больного и симптоматика; лабораторные и инструментальные исследования
- 2) осмотр больного и симптоматика; сбор анамнеза; лабораторные и инструментальные исследования
- 3) сбор анамнеза; лабораторные и инструментальные исследования; осмотр больного и симптоматика

**4. Важными дифференциально-диагностическими признаками РАС являются**

- 1) наличие рецидивов и ремиссий;
- 2) нарушения интеллектуального и речевого развития;
- 3) нарушения социального взаимодействия и коммуникации;
- 4) pervazivnost' нарушений развития.

**5. Основные трудности дифференциальной диагностики РАС и ДШ связаны с**

- 1) выраженным полиморфизмом проявлений;
- 2) их фенотипической близостью;
- 3) малой доступностью генетических методов исследования;
- 4) недостаточной подготовкой врачей-психиатров;
- 5) отсутствием валидных тестов;
- 6) отсутствием инструментальных методов исследования.

**6. Дексаметазоновый тест полезен для проведения дифференциальной диагностики между:**

- 1) Умственной отсталостью и деменцией
- 2) Шизофренией и шизотипическим расстройством
- 3) Химической и нехимической зависимостью
- 4) Депрессией и деменцией
- 5) Сосудистой деменцией и амнестическим синдромом

**7. Дифференциальный диагноз болезни Альцгеймера прежде всего проводится:**

- 1) С черепно-мозговой травмой с субдуральной гематомой
- 2) С нейросифилисом
- 3) С гипотиреозом
- 4) С сосудистой деменцией
- 5) С опухолью головного мозга

**8. Дифференциально-диагностическим отличием сосудистой деменции от болезни Альцгеймера является то, что при сосудистой деменции:**

- 1) Рано исчезает критика и сознание
- 2) Чаще страдают женщины, чем мужчины
- 3) Чаще страдают мужчины, чем женщины
- 4) Характер начала заболевания постепенный
- 5) Течение заболевания неуклонно прогрессирующее

**9. Дифференциальный диагноз при деменции следует проводить**

- 1) С делирием
- 2) С умственной отсталостью
- 3) С депрессивным расстройством
- 4) С ятрогенными психическими расстройствами, обусловленными медикаментозным лечением
- 5) Со всем перечисленным

**10. При нервной анорексии дифференциация затруднена в случаях:**

- 1) Сочетания с бредовым расстройством

- 2) Сочетания с алкогольной зависимостью
- 3) Сочетания с психогенной потерей аппетита
- 4) Сочетания с расстройствами нижнего отдела кишечника
- 5) Сочетания с депрессивной или обсессивной симптоматикой либо с признаками личностного расстройства

**Эталоны ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	1	2	1	3	3	2	3	2

**Тема 9.**

- 1. Психотерапия – это воздействие:**
  - 1 словесное
  - 2 физическое
  - 3 тепловое
  - 4 электрическое
- 2. Лечение шизофрении включает:**
  - 1 психофармакологические средства
  - 2 биологические методы
  - 3 гипноз
  - 4 реабилитацию, ресоциализацию
- 3. Электросудорожная терапия, инсулиновые шок относятся к методам лечения**
  - 1 психофармакологическим
  - 2 медикаментозным
  - 3 реабилитационным
  - 4 биологическим
- 4. К пациенту, находящемуся на стационарном обследовании (военная экспертиза) и возбужденному в связи с конфликтом при занятии ЛФК:**
  - 1 Применяют терапевтические меры
  - 2 Применяют меры стеснения
  - 3 не применяют меры, выписывают за нарушение режима
- 5. Что нужно сделать в первую очередь, если у больного эпилепсией при занятии ЛФК наблюдается аура:**
  - 1 Уложить на мягкое и ввести прокладку между зубов
  - 2 Дать привычный противосудорожный препарат
  - 3 Ввести седуксен
- 6. Ведущим методом обследования лиц, страдающих психическими расстройствами и получающими физиотерапевтическое лечение, является:**
  1. Психологическое исследование
  2. Психоанализ
  3. Клинический метод
- 7. При назначении физиотерапевтического лечения при психическом заболевании необходимо учитывать, что узкие зрачки, сухость кожи, следы множественных инъекций на предплечьях, бедрах, деградация личности характерны для:**
  - 1 Онкологических больных
  - 2 Наркоманов
  - 3 Алкоголиков
- 8. Назначает или отменяет принудительное лечение, в том числе немедикаментозное, психически больного:**
  - 1 Комиссия врачей-экспертов
  - 2 Суд
- 9. Согласие на госпитализацию, и в том числе на занятия ЛФК и получение физиотерапевтического лечения, оформление в истории болезни:**
  - 1 действительно на весь период стационарного лечения

- 2.действуют только в течение месяца после госпитализации
- 3. не имеет срока действия и может быть отозвано в любой момент

**10. Согласие на госпитализацию, полученное от больного, находящегося в состоянии острого психоза и в том числе на занятия ЛФК и получение физиотерапевтического лечения:**

- 1.принимается во внимание, если оно дано больным добровольно, без принуждения
- 2.должно быть подтверждено свидетелями
- 3.не имеет правового значения

**Эталоны ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,2,4	3	3	1	3	2	2	3	3

**Тема 10.**

- 1. В плане лечения больного с психическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями для оказания профилактической помощи в лечении расстройств настроения используют:**
  1. Антидепрессанты
  2. Препараты солей лития
  3. Психостимуляторы
- 2. В плане лечения больного с психическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями в качестве транквилизатора, не вызывающего сонливости используют:**
  1. Феназепам
  2. Седуксен
  3. Грандаксин
- 3. В плане лечения больного с психическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями Согласие больного на госпитализацию берется:**
  1. во всех случаях стационарирования в психиатрическую больницу
  2. только при стационарировании больного в состоянии острого психоза
  3. при стационарировании больных, находящихся вне состояния острого психоза или выраженной деменции
- 4. В плане лечения больного с психическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями для коррекции нейролептического синдрома применяют:**
  1. витамины
  2. седуксен
  3. циклодол
  4. мочегонные
- 5. В плане лечения больного в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями для коррекции больших судорожных припадков применяют:**
  1. аминазин
  2. амитриптилин
  3. бензонал
  4. галоперидол
- 6. В плане лечения больного с психическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями необходимо учитывать психические и соматические проявления циклодоловой абстиненции:**
  1. слабость, потливость, диспепсия

2. боли и судороги в мышцах, интенционный тремор
3. чихание, слезотечение, слюнотечение
4. тревога, депрессия, неусидчивость

**7. В плане лечения больного с психическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями применяют антидепрессант с седативным действием:**

1. седуксен
2. amitриптилин
3. мелипраамин
4. сонатакс

**8. В плане лечения больного с абстинентным синдромом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями что из перечисленного можно использовать для купирования данного синдрома, выявленного в ходе плановой госпитализации для проведения тщательного обследования и подбора терапии в стационарных условиях (при неэффективности амбулаторной терапии, ухудшении клинической картины заболевания, при необходимости проведения различных видов стационарной экспертизы у пациентов с хроническим алкоголизмом) необходимо использовать**

1. Витамины В1, В6, С
2. седативные нейролептики (аминазин, тизерцин)
3. тиоловые препараты (тиосульфат натрия, унитиол)
4. лечение транквилизаторами
5. солевые растворы

**9. В плане лечения больного с алкогольным абстинентным синдромом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями необходимо учитывать**

1. потливость
2. тахикардия
3. сухость во рту
4. тремор пальцев рук
5. сужение зрачков
6. заложенность носа и ринорея

**10. В плане лечения больного с алкогольным абстинентным синдромом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями необходимо учитывать при лечении соматические последствия алкоголизма**

1. жировая дистрофия печени
2. кардиомиопатия
3. полинейропатия
4. остеопороз

**Эталонные ответы:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	3	3	3	2,4	3	2,4	4,6	1,2,3

**Тема 11.**

**1. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности необходимо учитывать противопоказание к применению amitриптилина:**

1. бронхиальная астма
2. эпилептические припадки
3. глаукома
4. депрессия

**2. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности необходимо учитывать, что депрессивные больные чаще совершают суицид:**

1. во время глубокой депрессии
2. на выходе из депрессии
3. перед выпиской
4. независимо от времени

**3. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности необходимо учитывать, что о возможности перехода алкогольного абстинентного синдрома в металкогольный психоз, выявленный в ходе плановой госпитализации для проведения тщательного обследования и подбора терапии в стационарных условиях (при неэффективности амбулаторной терапии, ухудшении клинической картины заболевания, при необходимости проведения различных видов стационарной экспертизы у пациентов с хроническим алкоголизмом) свидетельствует:**

1. углубление бессонницы
2. нарастание тревоги
3. судорожный припадок
4. иллюзии
5. сниженное настроение

**4. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности у больного с алкогольным абстинентным синдромом необходимо учитывать наличие**

1. жировая дистрофия печени
2. кардиомиопатия
3. полинейропатия
4. остеопороз

**5. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности необходимо назначать антидепрессант с седативным действием:**

5. седуксен
6. amitриптилин
7. мелипрамин
8. соннапакс

**6. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности необходимо учитывать для коррекции нейролептического синдрома применять**

5. витамины
6. седуксен
7. циклодол
8. мочегонные
3. бензонал
4. галоперидол

**7. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности для коррекции больших судорожных припадков необходимо применять:**

1. аминазин
2. amitриптилин
3. бензонал

**8. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности в лечении расстройств настроения применяют**

1. Антидепрессанты
2. Препараты солей лития
3. Психостимуляторы

**9. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности в качестве транквилизатора, не вызывающего сонливости используют:**

4. Феназепам
5. Седуксен
6. Грандаксин

**10. При назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности необходимо при психомоторном возбуждении:**

1. Мягкое фиксирование
2. Введение нейролептиков в/м и в/в

**Эталоны ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	2,3	2,3	6	3	3	2	6	2



## Тема 12.

### 1. Грамотной записью в дневнике о пациенте пожилого и старческого возраста, испытывающим зрительные псевдогаллюцинации, является:

- 1.«Больной галлюцинирует»
- 2.«У больного зрительные псевдогаллюцинации»
3. Больной видит «внутренним взором внутри головы» яркую звезду

### 2. Оформление истории болезни больного пожилого и старческого возраста в психиатрический стационар невозможно, если нет:

- 1согласия пациента
- 2диагностированного дежурным врачом психического состояния
- 3документа, удостоверяющего личность
- 4направления районного психиатра

### 3. Могут ли быть освидетельствованы врачом-психиатром лица пожилого и старческого возраста, за которыми установлено диспансерное наблюдение, без согласия их самих и их законных представителей:

1. Да
2. Нет

### 4.Заявление в суд о недобровольной госпитализации больного пожилого и старческого возраста, направляется больницей:

- 1в течении суток после помещения больного в стационар
- 2не позднее 48 часов с момента госпитализации
- 3в течении первых трех дней после пребывания в стационаре

### 5.Находящиеся в истории болезни записи и документы у больных пожилого и старческого возраста

- 1всегда должны быть недоступными для больного
- 2могут быть предоставлены больному в полном объеме, по первому его требованию
- 3могут быть доступны больному при определенных условиях

### 6. Какой диагноз достоверен у пациента пожилого и старческого возраста, с нарушением навыков самоухода

- 1.шизофрении
- 2.сосудистой деменции
- 3.болезни Альцгеймера
- 4.депрессии

### 7. В истории болезни психически больного не должно быть

- а) специальных психиатрических терминов
- б) анамнестических сведений
- в) оценки врачом обнаруженных у больного расстройств
- г) верно все перечисленное
- д) неверно все из перечисленного для изучения

### 8. Какими документами руководствуется врач- психиатр при исполнении принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях

- 1) Уголовным законодательством Российской Федерации;
- 2) Федеральным законом «Об охране психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением»;
- 3) действующим уголовным и семейным кодексами Российской Федерации;
- 4) действующими стандартами и порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения
- 5) специальными стандартами исполнения принудительных мер медицинского характера при психических расстройствах и расстройствах поведения.

### 9. В рамках межведомственного взаимодействия в наблюдении за больными, находящимися под активным диспансерным наблюдением, задачей органов полиции является

- 1) заключение под стражу психически больных с высоким риском общественно опасного поведения;
- 2) обеспечение освидетельствования больного без его согласия;
- 3) предоставление в медицинскую организацию сведений обо всех случаях совершения больным противоправных действий, административных правонарушений;

- 4) предоставление в судебные инстанции документов, свидетельствующих об общественной опасности больного;
- 5) самостоятельное обеспечение недобровольной госпитализации больного.

**10. Условия для принятия участковым психиатром решения о недобровольном освидетельствовании больного без санкции судьи**

- 1) наличие непосредственной опасности для себя или окружающих, обусловленной тяжелым психическим расстройством;
- 2) наличие спутанности сознания;
- 3) наличие тяжелого психического расстройства;
- 4) наличие хронического психического расстройства;
- 5) отсутствие приверженности лечению.

**Эталоны ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	4	1	1	3	3	а,в	5	2,5	1,3

**2.2. Перечень тематик рефератов и презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

**Тема 1**

- 1.Регламентированные правила направления психически больного человека на лабораторное обследование.
- 2.Показания для направления на лабораторное обследование при психических болезнях.
- 3.Лабораторные исследования при шизофрении.
- 4.Лабораторные исследования при эпилепсии.
- 5.Лабораторные исследования при алкогольной энцефалопатии.
- 6.Инструментальные методы обследования при шизофрении.
- 7.Инструментальные методы обследования при эпилепсии.
- 8.Инструментальные методы обследования при алкогольной энцефалопатии.

**Тема 2**

- 1.Регламентированные правила направления психически больного человека на инструментальное обследование.
- 2.Показания для направления на ЭЭГ, Эхо- ЭГ, ЭКГ, ККФ при психических болезнях
- 3.Тест Люшера.
- 4.Тест Векслера.
- 5.Исследование ЧМН в психиатрии.
- 6.Показания к консультации офтальмолога в психиатрической клинике.

**Тема 3**

- 1.КТ мозга при сенильных психозах.
- 2.Дисциркуляторная энцефалопатия, данные инструментальных методов исследования.
- 3.Психический статус у больного шизофренией.
- 4.ЭЭГ при височной эпилепсии.

**Тема 4**

- 1.Инструменты определения общественной опасности психического больного.
- 2.Механизмы воздействия при наличии общественной опасности психически больного человека.
- 3.Функции психиатра ПНД.
- 4.Активный учет в ПНД.

**Тема 5**

- 1.Порядок информирования психически больного о заболевании.
- 2.Признаки социальной опасности психически больного.
- 3.Классификация галлюцинаций.
- 4.Классификация бреда.
- 5.Правила взаимодействия с пациентом с наличием бреда преследования.

## **Тема 6**

1. Особенности получения анамнестических сведений из сопровождающей психически больного медицинской и другой документации.
2. Особенности получения анамнестических сведений от родственников психически больного.
3. Особенности получения анамнестических сведений от сопровождающих психически больного лиц.
4. Особенности получения анамнестических сведений от самого психически больного.

## **Тема 7**

1. Алкогольные психозы в современных условиях.
2. Психотерапия при психических болезнях.
3. Аутогенная тренировка при психических болезнях.
4. Бальнеолечение при психических болезнях.
5. ЛФК при психических болезнях.

## **Тема 8**

1. Санаторно-курортное лечение при психических болезнях.
2. Арт- терапия при психических болезнях.
3. Музыкальная терапия при психических болезнях.
4. Трудотерапия при психических болезнях.

## **Тема 9**

1. Оценка особенностей поведения, внешнего вида и высказываний больного, дающие основание предположить наличие социальной опасности.
2. Современное лечение шизофрении.
3. Хирургическое лечение эпилепсии.
4. Стереотаксические операции.

## **Тема 10**

1. Направление психически больного пациента для лечения в стационаре. Показания для направления.
2. Направление психически больного пациента в дневной стационар. Показания для направления.

## **Тема 11**

1. Бредовые состояния.
2. Галлюцинаторные состояния.
3. Сумеречные состояния сознания.
4. Систематизированные бредовые состояния с выраженной бредовой активностью и тенденцией к агрессии.

## **Тема 12**

1. Физиотерапевтическое лечение при психических болезнях.
2. Лечебная физическая культура при сенильных психозах.
3. Трудотерапия при алкогольных психозах.
4. Суггестивная терапия при шизофрении

## **2.3 Решение ситуационных задач**

### **Задача 1**

**Перечислите основные лабораторные методы исследования в психиатрической клинике**

**Эталон ответа**

**Лабораторные исследования**

общий анализ крови: возможно изменение лейкоцитарной формулы воспалительного генеза как реакция на гнойно-септические изменения кожи и мягких тканей, снижение уровня гемоглобина алиментарного и токсического генеза.

биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных

проб);

иммунохимический анализ: в образцах мочи определяется содержание метаболитов амфетаминов.

### **Инструментальные исследования**

ЭЭГ–признаки судорожной готовности в период абстиненции, возможны судорожные комплексы на 3-5 сутки абстиненции;

РЭГ, ЭхоЭГ, УЗИ: отмечаются изменения, соответствующие сопутствующей соматической патологии;

Эхо-КГ, ЭКГ: ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма сердца.

### **Дополнительное обследование:**

экспериментально-психологическая диагностика

по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения) и определения степени когнитивного дефицита (оценка мышления, памяти и внимания): низкий уровень интернальности, признаки акцентуации характера, признаки депрессии (изменения по шкале Бека), изменения по Шкале патологического влечения к наркотику Винниковой М.А.

## **Тема 2**

### **Задача 1**

Пациент 28 лет.

Жалобы: на сниженное настроение, тревогу, трудности с засыпанием.

Анамнез жизни.

Наследственность со слов не отягощена. Родился в срок единственным ребенком в семье. Далее рос и развивался без особенностей. Окончил 11 классов средней школы. Затем университет по специальности «инженер». В настоящее время работает продавцом в продуктовом магазине. Инвалидности не имеет. Дееспособен. Сифилис, ВИЧ, гепатиты, сахарный диабет туберкулез отрицает. Гемотрансфузии, отрицает. Аллергологический анамнез со слов не отягощен. Употребление наркотиков, алкоголя, курение категорически отрицает.

Анамнез болезни.

Со слов с детства был тревожным, мнительным. С 15 лет появились навязчивые мысли, что он забыл выключить газ. По 5-6 раз приходилось возвращаться на кухню, чтобы удостовериться. Хотя понимал нелепость этих мыслей, не мог с ними справиться, так как автоматически появлялась мысль: «если не сделаю, дом взорвется». Однажды увидел на полу пятно и возникло непреодолимое желание на него наступить, так как возникла мысль: «не наступлю-родители умрут». С тех пор каждый раз проходя мимо приходилось наступать на пятно, количество раз выросло до 7 («семь-счастливое число»). При попытке оборвать мысли или не выполнить действия нарастала сильная тревога. Мысли ощущал как нечто чуждое, глупое, иррациональное, но не мог им противиться. Боялся, что сходит с ума. Мысли возникали, так же как и другие мысли, ничем не отличались от собственных мыслей. Наличие подобных состояний изматывало, уговорил родителей на госпитализацию в психиатрическую клинику. После выписки были выписаны препараты оланзапин и кломипрамин. Пациент их принимал, но эффект был выражен слабо. Однажды, усилием воли не поддавался мыслям и заметил, что тревога постепенно ушла. С тех пор старался не выполнять ритуалы и не обращать внимание на эти мысли. После этого ритуалы и мысли стали реже проявляться. Около полугода назад появился страх, что эти состояния вернуться. Снизилось настроение, нарастала тревога. Кроме того, в отношениях с девушками часто возникали навязчивые мысли, связанные с ревностью. Лекарственные препараты не принимал. Решил обратиться к психиатру.

Психический статус. Верно ориентирован во всех видах.. Мимика ближе к тревожной. Рассказывает охотно, уделяет большое внимание ответам и вопросам врача. Неусидчив. Эмоциональный фон неустойчивый, преобладают ноты тревоги. Настроение со слов снижено Интеллектуально-мнестические без выраженного снижения. Мышление умеренное по темпу, последовательное. Обманы восприятия на момент осмотра отрицает. Суицидальные намерения отрицает.

Сон со слов прерывистый, аппетит снижен.

### 1. Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз

### Эталон ответа:

#### 1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- тахифрения
- бредовые идеи ревности
- тревога
- истинные галлюцинации
- диссомния,
- снижение устойчивости внимания
- обсессии
- импульсивность
- переоценка собственной личности

#### 2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром
- депрессивный синдром
- парафренный синдром
- обсессивно-компульсивный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

#### 3. Предварительный диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа,
- Шизо-аффективное расстройство
- Анакастное расстройство личности
- Шизотипическое расстройство личности, неврозоподобный вариант
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Нарциссическое расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

## Тема 3

### Задача 1

Перечислите методы диагностики и выявления психических расстройств

#### Эталон ответа

Для изучения психического состояния больного применяются следующие методы исследования:

1. Клиническое собеседование или интервью (опрос больного и лиц, знавших его прежде, в том числе по предоставленным характеризующим материалам);
2. Наблюдение за больным в отделении, на свидании с родственниками;
3. Клинический эксперимент.
4. Изучение дополнительных объективных материалов (в том числе материалов уголовного либо гражданского дела).

Беседа с больным является одним из основных способов получения информации о нем. от правильного проведения клинического интервью во многом зависят определение психического состояния больного, полнота и подлинность сообщенных им сведений.

Контакт с пациентом налаживается лишь в случае его доверия к врачу. Больной должен чувствовать с его стороны доброжелательность, желание помочь, облегчить его состояние. К сведениям, которые сообщает больной, нельзя относиться с недоверием, его следует выслушать внимательно, спокойно и доброжелательно, при необходимости уточняя детали.

Если некоторые вопросы вызывают у больного отрицательное отношение, следует сменить тему разговора на нейтральную и тем самым постепенно восстановить контакт. Активно разубеждать пациента в его

болезненных (в том числе бредовых) переживаниях нецелесообразно, так как в этом случае может быть нарушен контакт.

#### **Тема 4**

##### **Задача 1**

Опишите план обследования пациента с психическими расстройствами

##### **Эталон ответа**

Обследование пациента с психическими расстройствами подразумевает тщательное изучение его жалоб, анамнеза жизни и болезни, соматического, неврологического и психического состояния, данных рентгенологического, электрофизиологического, биохимического и других лабораторных и инструментальных методов исследования. обследование больного следует начинать с оценки внешнего вида, особенностей поведения, способности отвечать на вопросы врача, сообщать необходимые сведения. Начиная обследование, необходимо оценить состояние сознания больного, так как тактика дальнейшего осмотра в первую очередь зависит от результатов этой оценки. В клиническом понимании, критерием ясности сознания является сохранность ориентировки во времени, окружающей обстановке и собственной личности. Поэтому состояние сознания удобнее всего изучать путем постановки вопросов, касающихся общих сведений и паспортных данных: больного просят назвать фамилию, имя, отчество, возраст, образование, профессию, семейное положение, местожительство; уточняют, знает ли он, где находится в настоящее время, когда поступил в лечебное учреждение, какой теперь месяц, число, год. При выяснении жалоб больного следует учитывать, что в отличие от соматических больных, лица с психическими расстройствами часто не осознают своей болезни, не считают себя больными и поэтому или совсем не жалуются, или высказывают жалобы, не соответствующие объективному состоянию здоровья. анамнез жизни и болезни психически больных. При наличии помрачения сознания, а также в тех случаях, когда по болезненным мотивам пациент не вступает в общение с врачом, собрать анамнез со слов больного невозможно. Вместе с тем даже налаженный контакт с больным не освобождает врача от обязанности собирать субъективные анамнестические данные со стороны родственников, сослуживцев и других лиц, хорошо знающих пациента, так как некоторые больные могут сообщать неправильные сведения либо искаженно интерпретировать свои ощущения, переживания или события. Рекомендуется запросить на него характеристики (с места работы, с места жительства и т.п.). В тех случаях, когда больной поступает пов торно в психиатрический стационар, нужно сделать запрос в учреждения, в которых он лечился ранее. В процессе изучения анамнеза жизни необходимо выяснить следующие факты. Наследственность (по прямой, боковой и нисходящей линиям). Состояние здоровья родителей, причина их смерти; не страдали ли родственники или члены семьи нервными психическими заболеваниями (особенности их клиники и течения), алкоголизмом, другими зависимостями от психоактивных веществ, туберкулезом, сифилисом, сердечнососудистыми, эндокринными заболеваниями, болезнями обмена веществ, злокачественными новообразованиями. Не отмечались ли в семье случаи самоубийства (возможные причины этого), существенные странности в поведении. Далее следует уточнить личностные особенности ближайших родственников (спокойный – раздражительный; общительный – замкнутый; веселый, жизнерадостный, синтонный – холодный, черствый; властный, решительный – уступчивый, легко теряющийся; эгоистичный – альтруистичный; ведущий – ведомый; стремящийся быть в центре внимания – предпочитающий находиться в тени и т.п.), а также их увлечения, род занятий. Семейный анамнез. Уточняется возраст родителей к моменту рождения пациента. Здоровье матери во время беременности, своевременность родов и характер их течения. Состав семьи, семейнобытовые условия, отношения между родителями, отношение родителей к детям, взаимоотношения между детьми. Младенческий и дошкольный периоды. определяется физическое и психическое развитие (когда начал сидеть, стоять, ходить, говорить, приобрел навыки опрятности). Не было ли в детстве и в последующие годы ночных страхов, сногворения, снохождения. Был ли спокойным или беспокойным, крикливым, капризным. Наблюдалось ли и до какого возраста ночное недержание мочи, заикание. особенности поведения дома и в детских коллективах. характер воспитания. особенности ребенка (спокойный, послушный – возбудимый; робкий – решительный; боязливый – смелый; ласковый – грубый). Период обучения. В каком возрасте начал обучение в школе (общеобразовательной, специализированной, интернате), как успевал, оставался ли на повторный год обучения, причина

дублирования. К каким предметам обнаруживал способности. Дисциплина в школе, взаимоотношения в коллективе (стремился к лидерству, подчинялся авторитету, ведомый, конформный и т.п.). Поведение в школе и быту. Выполнял ли общественные поручения (охотно, с принуждением), участвовал ли в кружках (с углубленным изучением предмета, музыкальных, художественных, спортивных). Какое получил образование, какие оценки в аттестате. Где продолжил обучение и по какой специальности. Характерологические особенности, отмечаемые в период обучения в начальной, средней и высшей школе.

Половое развитие. Когда появились признаки полового созревания, не наблюдалось ли изменений в характере обследуемого в этот период. Сексуальные интересы, их девиации. Начало и регулярность половой жизни.

Трудовая и общественная деятельность. Возраст начала самостоятельной трудовой деятельности. Какими трудовыми навыками овладел, как работал, часто ли менял места работы и по каким причинам. Какова была работоспособность, как относился к труду. Взаимоотношения с сослуживцами, увлечения, времяпрепровождение после работы.

Отношение к воинской службе. В каком возрасте был призван (если были отсрочки, то по какой причине). Продолжительность периода адаптации к условиям военной службы, легко ли привык к новому режиму жизни, распорядку и дисциплине, успехи по службе, взаимоотношения с другими призванными, начальниками, подчиненными; взыскания, поощрения. Отслужил ли установленный срок или был уволен со службы раньше (причины, по какой статье).

Семейная жизнь больного. Возраст вступления в брак. Для женщин количество беременностей, их течение, осложнения, послеродовой период, здоровье детей, количество аборт. Внутрисемейные отношения, если разведен, то по какой причине.

Бытовые условия. Материальная обеспеченность, жилищные условия.

Перенесенные заболевания и вредные привычки. Травмы головного мозга, нейроинфекции, длительные, обостряющиеся и истощающие соматические, инфекционные заболевания, оперативные вмешательства, курение табака, употребление спиртных напитков, наркотических и стимулирующих средств. Особенности темперамента, характера, личности (преморбидно). Уже при изучении анамнеза, как правило, выявляются особенности психической деятельности у пациента. При этом врач имеет возможность составить предварительное мнение об особенностях личности больного.

## **Тема 5**

### **Задача 1**

Дайте характеристику личности больного в психиатрической клинике

#### **Эталон ответа**

Выводы об особенностях личности делаются на основании собственной характеристики больного и наблюдения за его поведением во время осмотра.

Многие пациенты характеризуют себя чрезмерно положительно. Больной в состоянии депрессии, напротив, часто судит себя слишком строго, например, говорит о себе как о неудачнике, эгоисте или как о человеке, не заслуживающем доверия. Поэтому необходимо использовать любую возможность побеседовать с другими людьми.

Получить ценный материал для характеристики личности больного можно, расспросив его о поведении при определенных обстоятельствах. Например, если пациент утверждает, что он уверенный в себе человек, рекомендуется выяснить, как он ведет себя в конкретной ситуации, когда ему нужно в чем-то убедить других людей или выступить перед аудиторией. Подобным образом существенные для оценки личности данные часто удается выявить, расспрашивая о ситуациях, связанных со сменой социальных ролей, например, когда человек оканчивает школу, начинает трудовую деятельность, вступает в брак или становится родителем.

Оценивая личность больного по поведению во время собеседования, необходимо принимать во внимание возможное влияние психического заболевания. Так, человек, который в обычном состоянии обладает спокойным и общительным характером, при депрессии может показаться патологически застенчивым и неуверенным в себе.

Исследования личности наиболее плодотворны, когда они проводятся в соответствии с определенной системой:

**Связи:** друзья (мало их или много; того же или противоположного пола; степень близости дружеских отношений); отношения с сослуживцами и начальством. Проведение досуга: увлечения и интересы; членство в обществах и клубах.

При оценке личности обычно начинают с изучения **взаимоотношений** пациента с друзьями и сослуживцами. Застенчив ли он или легко устанавливает дружеские контакты? Близкие ли у него друзья и отличаются ли постоянством их отношения? Информация о проведении досуга может высветить определенные черты личности пациента, не только отражая его интересы, но и позволяя судить о том, предпочитает ли он компанию или одиночество, а также о его энергичности и изобретательности.

Преобладающее **настроение:** тревожное, беспокойное, бодрое, мрачное, оптимистическое, пессимистическое, самоуничижительное, самоуверенное; стабильное или неустойчивое; контролируемое или экспансивное. Необходимо определить, является ли пациент веселым или же мрачным человеком; отмечают ли у него смены настроения; если да, то насколько резко они выражены, как долго сохраняются, следуют ли они за какими-то жизненными событиями. Надлежит также выяснить, демонстрирует ли больной эмоции или скрывает их.

**Характер:** обидчивый, замкнутый, робкий, нерешительный; подозрительный, ревнивый, злопамятный; сварливый, раздражительный, импульсивный; эгоистичный, эгоцентричный; скованный, недостаточно уверенный в себе; зависимый; требовательный, суетливый, прямолинейный; педантичный, пунктуальный, чересчур аккуратный.

**Взгляды и устои:** моральные и религиозные. Отношение к здоровью и к своему организму.

## Тема 6

### Задача 1

#### Охарактеризуйте методику исследования психического статуса больного

##### Эталон ответа

При клинико-психопатологическом методе исследования основной диагностической техникой или способом выявления болезненных проявлений являются расспрос и наблюдение в их неразрывном единстве.

Беседу с больным рекомендуется начинать с общепринятых вопросов о самочувствии, которые в психиатрической клинике часто служат лишь поводом для начала разговора, дающим врачу возможность сориентироваться в дальнейшем направлении, по которому следует вести исследование. Возможны варианты, когда из-за состояния больного расспрос и беседа практически невозможны. В таких случаях, исследуя статус больного, врач-психиатр вынужден ограничиться преимущественно наблюдением.

Психопатологические проявления человека возникают не хаотически, а в виде системы внутренне взаимосвязанных расстройств, определяемых как синдром. Синдром, который возникает преимущественно на основе нарушения какой-либо одной сферы психической деятельности, называется ПРостым или МАЛым, а синдром, который развивается на основе нарушения нескольких сфер психической деятельности – СЛОЖным, БОльшим или ГЕНЕРАЛИЗОВАНным. Темп нарастания генерализации синдрома определяет остроту состояния и его психопатологическую структуру. Чем более выражен темп генерализации психопатологических нарушений, тем острее состояние и тем сложнее его структура и наоборот.

В процессе дальнейшей, целенаправленной беседы, после начальных вопросов о самочувствии, врач-психиатр определяет максимальный уровень нарушения психической деятельности у исследуемого больного, чтобы потом в этом диапазоне выяснить детали индивидуальных особенностей психопатологических проявлений, которые могут иметь дифференциально-диагностическое значение.

В структуру синдрома кроме позитивных (патологически продуктивных) входят еще негативные (дефицитарные) расстройства. Последние чаще всего придают синдрому черты нозологической специфичности. Они более инертны, раз возникнув, не имеют тенденции к



исчезновению и, как бы сливаясь с преморбидными особенностями личности, в той или иной степени деформируют ее в зависимости от тяжести своих проявлений.

Необходимость трактовки личностных особенностей при анализе психического статуса возникает в тех случаях, когда психотическое состояние носит подострый или хронический характер, в связи с чем психопатологические продуктивные симптомы не перекрывают полностью личностных проявлений. Кроме этого, личностные особенности необходимо оценивать в состояниях ремиссии, при определении преморбида и характерологических данных родственников больного, а также при оценке психических статусов больных с пограничными нарушениями (неврозами и психопатиями).

## **Тема 7**

### **Задача 1**

**Опишите алгоритм постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза в психиатрической клинике**

**Эталон ответа**

#### **ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Диагноз должен вытекать из Ваших рассуждений

Как правило, он состоит из двух частей – нозологического и синдромального диагноза.

*Нозологический диагноз* – название нозологической единицы, форма, вариант, тип течения болезни, стадия.

*Синдромальный диагноз* – ведущий синдром в настоящее время. Можно указать два синдрома, обычно 1 синдром продуктивных расстройств и 1 синдром – негативных расстройств (если они есть).

При отсутствии сведений, достаточных для установления нозологического диагноза (например, при первичном осмотре больного, который из-за выраженных расстройств психики не может сообщить каких-либо анамнестических сведений) может быть указан только синдромальный диагноз.

Нозологический диагноз без указания синдрома является неинформативным и явно недостаточным!

#### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз проводится с близкими по клиническим проявлениям заболеваниями. В процессе дифференциальной диагностики необходимо после тщательного анализа исключить состояния, сходные по своим клиническим проявлениям с заболеванием у изучаемого пациента.

#### **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Указываются лишь те обследования, которые необходимы с точки зрения куратора для исключения или подтверждения патологии, упоминавшейся в разделе 12.

#### **ВИД НАБЛЮДЕНИЯ И ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

Обычно основывается на ведущем синдроме, однако при наличии известной причины заболевания возможно назначение этиотропного и патогенетического лечения. Характер наблюдения за больным указывается по состоянию на момент курации.

#### **ПРОГНОЗ**

Определяется в отношении:

- а) заболевания;
- б) трудоспособности;
- в) жизни.

Описание и заключение строится на данных о клинической картине, типе течения заболевания.

## **Тема 8**

### **Задача 1**

Больная 52 года, самостоятельно обратилась к психиатру, хотя не понимает необходимость такой консультации, ей о необходимости консультации у психиатра говорили другие врачи. Пациентка высказывает опасение, что она больна раком желудка, т.к. ее подруга умерла от рака, а они часто вместе питались. Неоднократно обследовалась у терапевтов и гастроэнтерологов и, хотя, результаты не подтверждали опасения больной, она окончательно не успокаивалась и продолжала сомневаться в заключении врачей. Понимает необоснованность своих опасений, но избавиться от них не может.

Какие это симптомы? Поставьте диагноз?

### **Эталон ответа**

У больной наблюдаются навязчивые страхи (канцерофобия), патология рационального познания  
Сохранность критического отношения.  
Стремление избавиться от своих страхов.

### **Тема 9**

#### **Задача 1.**

Больной С., 32 лет. Наследственность неотягощена. Имеет высшее образование, педагог. Болен психически в течение 2 лет. Психическое состояние: ориентировка сохранена. Беседует охотно, контакт формальный. Временами неадекватно, по непонятным причинам, озлобляется. С окружающими больными и медицинским персоналом практически не общается. К труду привлечь не удается. В одной из бесед с врачом сообщил: «Находясь в больнице 21 месяц, я слышу голоса людей в голове. Они говорят, что являюсь богом — Лениным... Вот и сейчас они говорят, чтобы я говорил всю правду... Чем я занимаюсь... Мне сказали, что я являюсь самым ангелом, потому что у меня день ангела и день рождения в один день, а у моей сестры Марии... я окрещен пионером. Жизнь человека будет мною продлена на 200 лет, люди омолодятся на 30 лет, потому что храмы и церкви будут открыты круглосуточно. Голоса говорят, что мой сын Володя родился 12 сентября, поэтому он находится на солнце, вход на солнце с левой стороны, а нам надо построить «свой рай земной — коммунизм».

Квалифицировать заболевание и его форму..

Перечислите психопатологические симптомы и синдромы.

Установите диагноз заболевания, тактику лечения

### **Эталон ответа**

Шизофрения, параноидная форма. Парафренный синдром

#### **Цели лечения**

Обратное развитие психопатологических нарушений, обусловивших госпитализацию, достижение медикаментозной ремиссии, стабилизация состояния пациента, подбор поддерживающей психотерапии.

#### **Тактика лечения**

**Немедикаментозное лечение:** режим наблюдения назначается в соответствии с приказом МЗ РК №15 от 06.01.2011. Комплаенс терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия.

#### **Медикаментозное лечение**

Основная терапия - нейролептические препараты.

Дополнительная терапия – антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимические препараты - назначение данных средств является симптоматическим и определяется особенностями клинической картины.

Общие принципы терапии нейролептиками:

- рекомендуется монотерапия атипичным нейролептиком (внутри);
- минимальный курс для оценки начального эффекта монотерапии – 10 дней;
- при отсутствии эффекта монотерапии атипичным нейролептиком рекомендуется курсовое применение 2-х атипичных нейролептиков разной химической структуры;
- при отсутствии эффекта применения 2-х атипичных нейролептиков рекомендуется лечение «классическими» нейролептиками. При необходимости - проведение серий «одномоментных отмен»;
- назначение одновременно 3-х и более нейролептиков не рекомендуется;
- не рекомендуется назначение двух и более нейролептиков одной химической структуры;
- присоединение корректоров терапии (тригексифенидила) рекомендуется только после манифестации побочных эффектов терапии.

### **Тема 10**

#### **Задача 1**

Больная А., 35 лет, инженер. По характеру сензитивная, мнительная, повышенно интересуется своим здоровьем.

После прослушивания популярной лекции о раке «запала в память вирусная теория рака», постоянно возникали мысли о возможности заражения, «мысли не отпускали, мучили, мешали».

Внезапно узнала у подруги, что ее мать больна раком. Почувствовала себя плохо, испытывала страх, быстро ушла домой, где долго мыла руки, «пока не успокоилась». Вскоре страх стал возникать после каждого прикосновения подруги, боялась заразиться раком, «мысли не

исчезали, преследовали, мучил страх»; пользовалась любым предлогом, чтобы вымыть руки. Через месяц стала испытывать страх при прикосновении и других людей к ее рукам; позже перестала пользоваться предметами, если ими пользовался сослуживец с «грязными руками». Понимает всю необоснованность, нелепость своих страхов. Самостоятельно обратилась в клинику с просьбой о лечении.

Квалифицировать состояние. Установите диагноз заболевания, тактику лечения

#### **Эталон ответа**

Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство)

При подозрении наличия ОКР следует проводить дифференциальный диагноз с различными формами тревожно-фобических и связанных со стрессом расстройств, депрессивным эпизодом, тиками, ананкастным (обсессивно-компульсивным) расстройством личности, расстройствами приема пищи, импульсивными действиями при расстройствах. Всем пациентам с установленным диагнозом ОКР рекомендуется психофармакотерапия (ПФТ) и (или) психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия, КПТ; экспозиционная терапия, ЭТ) с целью коррекции обсессивных и компульсивных симптомов. Большая часть пациентов положительно реагирует на один из этих методов лечения или их комбинацию, однако, у 40-60% пациентов сохраняются резидуальные (остаточные) симптомы даже после адекватных по продолжительности и интенсивности (дозированию) курсов лечения

Лекарственные средства первого выбора включают серотонин-позитивные антидепрессанты, в первую очередь, СИОЗС. Препараты этой группы показали в неоднократно реплицированных РКИ хорошую эффективность в отношении симптомов ОКР (циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин, флуоксети, сертралин)

#### **Тема 11**

##### **Задача 1**

Пациент 30 лет. В возрасте 25 лет один из приятелей убедил его попробовать амфетамины. После внутривенной инъекции 20 мг он почувствовал себя могучим, всемогущим. Через некоторое время постоянного употребления он понял, что уже не может остановиться. Постоянно думал о том, как бы достать наркотик, повышал дозы. Когда не мог достать, наступали сонливость и раздражительность. Жена догадалась, что он наркоман, убеждала его остановиться. За два месяца до госпитализации в психиатрическую больницу пациент потерял работу. Лишившись доходов, был вынужден перейти от ежедневных инъекций наркотика к случайным, наконец прекратил его употребление полностью после угрозы развода. Без наркотика он чувствовал себя очень усталым, выглядел угрюмым. Несколько недель спустя он сказал жене, что слышит, как торговцы наркотиками разговаривают о нем на улице, стал напряженным и тревожным. Запирал на замки двери и окна, перестал есть, так как опасался отравления. Состояние при осмотре. Выглядит молчаливым и замкнутым, на вопросы отвечает коротко. Настроение равнодушное, несмотря на то, что он ощущал себя преследуемым бандой продавцов наркотиков, которые время от времени говорили о нем или обращались к нему. Пациент в ясном сознании, полностью ориентирован и не обнаруживает заметных изменений интеллекта. Физический осмотр, включая неврологическое обследование, не выявил отклонений от нормы, за исключением следов инъекций на левой руке — результат потребления амфетамина. ЭЭГ в норме. Пациента лечили галоперидолом (6 мг в день). Через две недели симптомы исчезли, и он был выписан из больницы. Больше на лечение не поступал.

Определить синдром и заболевание.

Наркомания вследствие приема стимуляторов. Острый параноид.

**Лабораторные исследования** (для всех вышеуказанных синдромов):

общий анализ крови: возможно изменение лейкоцитарной формулы воспалительного генеза как реакция на гнойно-септические изменения кожи и мягких тканей, снижение уровня гемоглобина алиментарного и токсического генеза.

биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб);

иммунохимический анализ: в образцах мочи определяется содержание метаболитов амфетаминов.

**Инструментальные исследования** (для всех вышеуказанных синдромов):

ЭЭГ—признаки судорожной готовности в период абстиненции, возможны судорожные комплексы на 3-5 сутки абстиненции;

РЭГ, ЭхоЭГ, УЗИ: отмечаются изменения, соответствующие сопутствующей соматической патологии;

Эхо-КГ, ЭКГ: ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма сердца.

**Дополнительное обследование:**

экспериментально-психологическая диагностика

по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения) и определения степени когнитивного дефицита (оценка мышления, памяти и внимания): низкий уровень интернальности, признаки акцентуации характера, признаки депрессии (изменения по шкале Бека), изменения по Шкале патологического влечения к наркотику Винниковой М.А.

**Немедикаментозное лечение:**

- режим общий;
- диета – стол №15.

**Психолого-психотерапевтическое лечение амбулаторный уровень:**

- информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП)
- мотивационное консультирование;
- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);
- семейное психологическое консультирование;
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая);
- психотерапия (индивидуальная и групповая);
- консультирование социального работника при оказании помощи для трудоустройства;
- терапия творческим самовыражением (арт-терапия);
- аутогенная тренировка, медитация, дыхательные методики, релаксационные техники, самомассаж.

**Медикаментозное лечение:**

Включает коррекцию поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде, противорецидивную терапию обострений патологического влечения. Лечение острой интоксикации тяжелой степени вследствие употребления других стимуляторов должно проводиться в условиях реанимационного (токсикологического) отделения (смотрите КП отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими средствами (взрослые и дети). В наркологических отделениях рекомендуется терапия средней и легкой степеней тяжести интоксикации.

Терапия острой интоксикации и абстинентного синдрома при употреблении других стимуляторов представляет собой детоксикационное, патогенетическое и симптоматическое лечение с применением традиционных подходов, направленных на нормализацию основных жизненно важных функций. Главная цель терапии – блокировать каскад патогенетических механизмов, сопряженных с высоким риском полиорганных осложнений.

**Антиконвульсанты:** для экстренного купирования неврологических нарушений в случае возникновения судорожных припадков, а также патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмоциотропными свойствами: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сутки, при наличии показаний доза препарата может быть увеличена, рекомендуется лабораторный контроль показателей крови. Приём антипсихотика рекомендуется продолжать в течение нескольких дней после купирования острой психопродуктивной симптоматики. В случае необходимости продолжить терапию вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения [20].

Нейролептики: наиболее часто предпочитаемыми нейролептическими препаратами для купирования резистентных форм психотических расстройств является кветиапин в средних терапевтических дозировках, до 20-400 мг/сут. Также используются: оланзапин (10-20 мг/сут), рисперидон 4-6 мг/сут. Приём антипсихотика рекомендуется продолжать в течение нескольких дней после купирования острой психопродуктивной симптоматики

**Антидепрессанты:** назначаются с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: флуоксамин, amitриптилин в среднесуточных дозировках. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя

**Седативные препараты:** для коррекции психических и диссомнических расстройств применяются бензодиазепины, в частности производные диазепамы до 40- 50 мг/сутки

## **Тема 12**

### **Задача 1**

**Перечислите медицинскую документацию, которую ведет врач –психиатр в психиатрическом диспансере.**

**Эталон ответа.**

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ НА БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ ПОД АДН( АКТИВНЫМ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ) ИЛИ НА АПНЛ (АМБУЛАТОРНОЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ)**

Медицинская документация на больных, находящихся под АДН и АПНЛ включает следующие формы:

Учётная форма № 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью». Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью содержит сведения о больном, обратившемся за амбулаторной психиатрической, психотерапевтической или наркологической помощью (независимо от того, состоит он под диспансерным, профилактическим наблюдением или получает консультативно-лечебную помощь). Заполнение данной формы осуществляется в соответствии с Инструкцией по заполнению формы № 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью», утверждённой Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2002 № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений». Формы № 030-1/у-02 располагаются в общих картотеках психоневрологических диспансеров. Наряду с маркировкой группы динамического наблюдения, рекомендованной «Системой динамического диспансерного учёта и наблюдения психически больных» (утверждённой Министерством здравоохранения СССР 17 июня 1988 года № 10-111/ПС-88-9/ОП), данные формы маркируются флажками красного цвета и пометкой в верхнем углу лицевой стороны карты «АДН», либо «АПНЛ», либо формируются отдельным массивом с той же пометкой. Учётная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», утверждённая Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг». Амбулаторные карты так же рекомендуется маркировать флажками красного цвета и пометкой в верхнем углу лицевой стороны карты «АДН» или «АПНЛ».

Учётная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», утверждённая Приказом Федеральной службы государственной статистики (Росстата) от 22.11.2010 № 409 «Об утверждении Практического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения».

Документация на больных, находящихся на принудительном лечении, выделяется в особое делопроизводство и хранится в условиях, делающих её недоступной для посторонних лиц и обеспечивающих её сохранность. К медицинской карте приобщаются: копия определения суда о назначении принудительного лечения или изменении его вида; копия акта судебно-психиатрической экспертизы или акта психиатрического освидетельствования; переписка администрации больницы с учреждениями и родственниками больного по поводу его психического состояния и социально-бытовым вопросам; медицинские справки и иные документы.

#### **2.4. КРАТКИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОБОСНОВАНИЮ ДИАГНОЗА (методика клинического разбора).**

Первое условие правильного разбора - полнота и точность исследования и описания больного в истории болезни, но для *того*, чтобы диагноз был правильным, нужно также систематическое мышление. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических

проявлений и возможной субъективности в их оценке. Представленная здесь общая схема построения диагноза должна содействовать правильному и всестороннему пониманию болезни в каждом конкретном случае.

#### 1. ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ

Прежде всего нужно дать себе отчет в том, какие симптомы - неврологические, соматические и психопатологические - могут быть усмотрены в совокупности фактических данных, приведенных в истории болезни и перечислить эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение симптомов могут обесценить всю дальнейшую работу по построению диагноза и привести к ошибкам. Следует помнить, что врач далеко не всегда отмечает у больных такие типичные сочетания признаков, которые описаны в книгах. Для неопытного и невнимательного клинициста существует опасность "подгонять" свои описания к тем, которые есть в учебниках, находить симптомы, соответствующие заболеванию, на которые он настроился и не замечать явлений, противоречащих его диагностическому предположению.

#### 2. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Вторым этапом диагностического мышления является объединение симптомов в синдромы. Синдром (группа симптомов, обусловленным единым патогенезом и закономерно появляющихся вместе при разных болезнях) - основная единица, которой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соответствовать принятой в психиатрии номенклатуре (см. стр.38 "Номенклатура синдромов").

Квалификация синдрома может быть затруднительной ввиду нечеткой клинической картины или наличия симптомов, могущих быть отнесенными к различным синдромам. В таких случаях нужно определить, какие это синдромы и мотивировать, почему диагностирован тот или иной синдром, несмотря на отклонения от типовой картины.

#### 3. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Синдромальная картина состояния - только один из критериев нозологического диагноза. Другой критерий - течение заболевания. Поэтому необходимо дать терминологическую квалификацию течения, не повторяя фактического описания его в истории болезни.

Нередко врачу придется иметь дело с длительно текущим заболеванием, и оценка его течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, не и для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важна характеристика начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром являлся преобладающим, ведущим как в инициальном, так и в последующих этапах болезни. Важно также уловить моменты и характер смены (перехода) синдромов, их усложнение. Например, в случае параноидной шизофрении с обычным течением нужно выделить характерные этапы: паранойальный, параноидный, парафренный, шизофазия (А. В. Снежневский).

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессирующее (прогредиентное), ремиттирующее, приступообразное, регрессирующее течение.

#### 4. ОЦЕНКА "ПОЧВЫ" И ЭТИОЛОГИИ

В понятие "почва" вкладывается конституция больного, все те моменты в его состоянии до болезни, которые могли бы повлиять на возникновение болезни и формирование ее картины. Должна быть дана оценка данных о наследственности больного, о вредностях, которые действовали на больного в прошлом, об особенностях характера и соматической сферы.

В качестве предполагаемых причин психоза прежде всего должны быть рассмотрены те внешние влияния, на которые есть достоверные указания в анамнезе. Должны быть приняты во внимание не только основные, но и дополнительные причины и условия (в частности, психологическая ситуация).

#### 5. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

### 3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет

**Форма промежуточной аттестации – зачет**

**Вопросы к зачету (ОПК-4.2, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-6.1, ОПК-6.2, ОПК-6.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.5, ПК-5.1, ПК-6.1)**

1. Основные этапы развития клинической психиатрии, принципы современной классификации психических заболеваний.

2. Организация психиатрической помощи в России. основные положения законодательства о психиатрической помощи. Тактика врачевслучае социально опасного поведения у душевно больного.
3. Психиатрия, как медицинская наука. Раздел психиатрии. Исторические этапы в разделе психиатрии.
4. Немецкая психиатрическая школа. Основные направления. Основоположники научных направлений.
5. Значение английской психиатрии в организации содержания психически больных.
6. Роль французских психиатров в истории мировой психиатрии.
7. Роль церкви и государства на Западе, Востоке и России в содержании душевно больных, лечении и развитии психиатрической науки.
8. Понятие здоровья и нормы в психиатрии. Факторы риска возникновения психических заболеваний. Психогигиена и психопрофилактика (определение, задачи, значение).
9. Психопатологические симптомы и синдромы. Понятие психоза. Продуктивная и негативная симптоматика. Диагностическое и прогностическое значение этих понятий.
10. Шкала тяжести психопатологических синдромов по А.В.Снежневскому.
11. Методы обследования применяемые в психиатрии. Правила сбора анамнестических сведений, их анализ. Использование параклинических методов (лабораторных, инструментальных и психологических), их диагностические возможности.
12. Расстройства восприятия (иллюзии, психосенсорные расстройства, истинные и псевдогаллюцинации), их диагностическое значение. Объективные признаки наличия галлюцинаций.
13. Нарушение ассоциативной деятельности (количественные и качественные расстройства процесса мышления, нарушение результатов мышления). Основные симптомы, их диагностическое значение.
14. Бред (определение, клинические формы, диагностическое значение, социально опасное поведение больных). Сверхценные идеи, их отличие от бреда.
15. Навязчивые состояния (определение, разновидности, диагностическое значение. Отличие навязчивостей от бреда.
16. Основные бредовые синдромы (паранойальный, параноидный, парафренный). Их динамика, диагностическое значение, социально опасное поведение больных.
17. Психогенно-обусловленные виды бреда.
18. Синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо. Примеры различных автоматизмов. Диагностическое значение.
19. Расстройства памяти, основные симптомы, диагностическое значение.
20. Корсаковский синдром, определение, психопатологическое содержание, диагностическое значение.
21. Понятие интеллекта. Способы оценки интеллекта и его расстройств. Диагностическое значение различных расстройств интеллекта.
22. Олигофрения (определение, причины возникновения, степени интеллектуальной недостаточности). Проблема лечения и социально-трудовой адаптации при олигофрении.
23. Эндогенно-обусловленные олигофрении. Классификация. Клиника метаболических, хромосомных и энзимопатических олигофрений.
24. Слабоумие (определение, клинические варианты). Виды приобретенного слабоумия, их дифференциально-диагностическое значение.
25. Эмоциональные расстройства в клинике психических заболеваний. Основные симптомы и синдромы, их диагностическое значение. Патологический аффект.
26. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение. Социально опасное поведение лиц с расстройствами влечений. Апатико-абулический синдром.
27. Расстройства личности. Понятия гармоничной и акцентированной личности, их отличие от психопатий и изменений личности вследствие прогрессивных психических заболеваний.
28. Синдромы аффективных расстройств (продуктивные и негативные), их структура и диагностическое значение.
29. Соматические расстройства как симптомы психических заболеваний. Клиника маскированной депрессии.
30. Соматические расстройства как симптомы психических заболеваний. Понятие истерической конверсии, примеры истерических соматических и неврологических расстройств.

31. Кататонический синдром, его основные симптомы, диагностическое значение. Отличия кататонического возбуждения от маниакального и кататонического ступора от депрессивного.
32. Формы двигательного возбуждения, заболевания, при которых они встречаются. Тактика врача в случае социально опасного поведения, методы купирования.
33. Клинические признаки расстроенного сознания. Синдромы снижения уровня сознания, их связь с различными психическими и соматическими расстройствами.
34. Синдромы помрачения сознания, их структура, динамика, диагностическое значение. Социально опасное поведение лиц с помрачением сознания.
35. Онейроидный синдром. Клиника.
36. Пароксизмальные явления (припадки эпилептические, истерические, диэнцефальные, эпилептический статус, особые состояния сознания). Их диагностическое значение.
37. Нарушения физиологических функций (аппетита, сна, сексуальных функций) и соматические расстройства как симптомы психических заболеваний. Использование психотерапии и психотропных средств для лечения данных нарушений.
38. Астенический синдром, психопатологическое содержание, диагностическое значение, примеры заболеваний, при которых он встречается.
39. Ипохондрический синдром. Понятие бредовой, сверхценной и обсессивной формы ипохондрии. Связь ипохондрии с сенестопатиями. Дифференциальный диагноз с соматическими заболеваниями. Социально опасное поведение.
40. Синдром дисморфомании (дисморфофобии). Нервная анорексия как пример дисморфомании. Диагностическое значение. Тактика врача.
41. Основные виды биологической терапии психических заболеваний, классификация психофармакопрепаратов, спектр терапевтической активности. Изменение в организации психиатрической помощи в связи с появлением психофармакотерапии.
42. Нейролептические (антипсихотические) средства. Классификация по химическому строению и преобладающим эффектам. Спектр терапевтической активности, показания, противопоказания.
43. Действие нейролептиков на сомато-вегетативную сферу, побочные эффекты и осложнения. Понятие нейролептического синдрома, его предупреждение и терапия.
44. Антидепрессанты. Основные классы, спектр терапевтической активности, показания, противопоказания, побочные эффекты и осложнения. Нормотимические препараты (соли лития и др.).
45. Препараты из группы транквилизаторов. Их использование в психиатрической и общесоматической практике. Спектр терапевтической активности. Побочные эффекты, осложнения.
46. Ноотропные препараты, их терапевтический диапазон. Психостимуляторы, побочные эффекты, опасности связанные с применением психостимуляторов
47. Противосудорожные лекарственные препараты. Основные классы, терапевтический диапазон. Побочные эффекты и осложнения. Средства применяемые для купирования эпилептического статуса.
48. Психотерапия. Классификация методов. Основные требования при проведении психотерапии. Показания, противопоказания.
49. Методы суггестивной психотерапии (внушение в бодрствующем состоянии, гипноз, наркогипноз), показания, основные требования к проведению.
50. Методы бихевиориальной (поведенческой) психотерапии: условно-рефлекторная терапия, биообратная связь, аутотренинг. Групповые методы психотерапии, преимущества и недостатки.

### **3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине**

1. Предмет и задачи психиатрии.
2. Организация психиатрической помощи в России.
3. Понятия здоровья и нормы в психиатрии.
4. Риска возникновения психических заболеваний. Психогигиена и психопрофилактика.
5. Психопатологические симптомы и синдромы.
6. Продуктивная и негативная симптоматика
7. Методы обследования, применяемые в психиатрии.
8. Расстройства восприятия.
8. Классификация обманов восприятия по анализаторам.
9. Бред



10. Нейролептические (антипсихотические) средства. Группы препаратов по химическому строению и преобладающим эффектам. Спектр терапевтической активности, показания, противопоказания.

11. клинические формы бреда
12. Навязчивые состояния
13. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо
14. Расстройства памяти
15. Корсаковский синдром
16. Диагностика и лечение корсакова синдрома.
17. . Понятие интеллекта.
18. Способы оценки интеллекта и степени его снижения.
19. Слабоумие (определение, клинические варианты).
20. Виды приобретенного слабоумия, заболевания с которыми они связаны.
21. Эмоциональные расстройства в клинике психических заболеваний.
22. Основные симптомы и синдромы, их диагностическое значение.
23. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение.
24. Кататонический синдром, его основные симптомы.
25. Варианты возбуждения:
25. Клинические признаки расстроенного сознания.

Основные виды биологической терапии психических заболеваний, классификация психофармакопрепаратов, спектр терапевтической активности.

27. Ипохондрический синдром. Понятие бредовой, сверхценной и обсессивной формы ипохондрии.

28. Синдром дисморфомании (дисморфофобии). Нервная анорексия как пример дисморфомании.

#### **4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

#### 4.1. Перечень компетенций с указанием индикаторов, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Код и наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
<b>ОПК-4</b>	<b>Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</b>	Знать: Основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний		
		Уметь: Формировать у пациентов (их родственников / законных представителей) поведение, направленное на сохранение и повышение уровня здоровья		
		Владеть: Навыками формирования у пациентов (их родственников / законных представителей) позитивного поведения, направленного на сохранение и повышение уровня здоровья		
<b>иОПК-4.2.</b>	<b>Демонстрирует способность определять приоритетные проблемы и риски здоровью пациента (населения)</b>	Знать: Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий токсикомании и других факторов негативно влияющих на состояние здоровья, основные принципы их профилактики	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Оценивать физическое развитие и функциональное состояние организма пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в

			профессиональных задач в рамках РП	рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками определения приоритетные проблемы и риски здоровью пациента (населения) для проведения последующих оздоровительных мероприятий	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
<b>Код и наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции</b>				
<b>ОПК-5</b>	<b>Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач</b>	<b>Планируемые результаты обучения</b> (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	<b>Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено</b>	
			<b>«не зачтено»</b>	<b>«зачтено»</b>
		Знать: Клиническую картину, методы диагностики заболеваний у взрослых и детей, Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Использовать данные обследования пациентов для установления диагноза пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками диагностического поиска, проведения дифференциальной диагностики с целью установления диагноза пациента при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

<b>иОПК-5.1</b>	<b>Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний</b>	Знать: правила сбора жалоб, анамнеза, показания и противопоказания для проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных методов обследования	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Выявлять признаки заболеваний с помощью сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента, специальными и дополнительными методами исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками применения результатов обследования пациентов для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
<b>иОПК-5.2</b>	<b>Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных</b>	Знать: принципы первичного и повторного осмотра, диагностические возможности различных методов обследования в стоматологии	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Интерпретировать результаты сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей), интерпретировать данные лабораторных и	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.

	<p><b>методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач</b></p>	<p>инструментальных исследований; интерпретировать данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))</p>		
		<p>Владеть: Навыками установления диагноза пациентам на основе интерпретации полученных в ходе обследования данных</p>	<p>Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины</p>	<p>владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины</p>
<p><b>иОПК-5.3</b></p>	<p><b>Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач</b></p>	<p>Знать: Существующие алгоритмы обследования пациентов с различной патологией; Этиологию, патогенез, диагностику часто встречающихся заболеваний</p>	<p>отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы</p>	<p>показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса</p>
		<p>Уметь: Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) для установления диагноза при решении профессиональных задач</p>	<p>Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП</p>	<p>показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.</p>

		Владеть: Навыками разработки диагностического алгоритма на основе сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
Код и наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	<b>Планируемые результаты обучения</b> (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	<b>Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено</b>	
			<b>«не зачтено»</b>	<b>«зачтено»</b>
<b>ОПК-6</b>	<b>Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</b>	Знать: Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов различных групп	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками лечения пациентов в амбулаторных и стационарных условиях с использованием средств и методов, разрешенных в стоматологии	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
<b>иОПК-6.1.</b>	<b>Демонстрирует знания о лекарственных</b>	Знать: Особенности фармакокинетики и фармакодинамики	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и

	<b>препаратах и видах немедикаментозного лечения</b>	лекарственных препаратов у пациентов различных групп	ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками лечения пациентов в амбулаторных и стационарных условиях с использованием средств и методов, разрешенных в стоматологии	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
<b>иОПК-6.2</b>	<b>Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения</b>	Знать: Стандарты медицинской помощи при различных заболеваниях	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения различных заболеваний у детей и взрослых	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения у пациентов с различной патологией	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
<b>иОПК-6.3</b>	<b>Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения</b>	Знать: Группы лекарственных препаратов, их фармакокинетику, фармакодинамику, совместимость лекарственных препаратов; показания и противопоказания к	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса

		проведению отдельных методов лечения	дополнительные вопросы	
		Уметь: Определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению для повышения его безопасности	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками контроля за безопасностью и эффективностью лечения	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
<b>Код и наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции</b>				
<b>Код и наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции</b>	<b>Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции</b>	<b>Планируемые результаты обучения</b> (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	<b>Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено</b>	
			<b>«не зачтено»</b>	<b>«зачтено»</b>
<b>ПК-1</b>	<b>Проведение обследования пациента с целью установления диагноза</b>	Знать: методы обследования пациента с целью установки диагноза		
		Уметь: провести обследование пациента		
		Владеть: навыками постановки диагноза		
<b>иПК-1.1.</b>	<b>Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)</b>	Знать : методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей);	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: оценить состояние пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.



		Владеть: методами сбора информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
<b>иПК-1.2.</b>	<b>Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)</b>	Знать: этиологию, патогенез и клиническую картину, особенности течения, осложнения и исходы стоматологических заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: выявлять клинические признаки патологических состояний, требующих оказания медицинской помощи	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками интерпретации результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
<b>иПК-1.5.</b>	<b>Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза</b>	Знать: Клиническая картина, симптомы основных заболеваний и пограничных состояний у взрослых и детей, их диагностика	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Анализировать полученные результаты обследования	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: методикой разработки алгоритма постановки предварительного диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
<b>Код и</b>	<b>Содержание</b>	<b>Планируемые результаты</b>	<b>Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале</b>	

наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции	компетенции/ индикатора достижения компетенции	<b>обучения</b> (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	<b>зачтено/не зачтено</b>	
			<b>«не зачтено»</b>	<b>«зачтено»</b>
<b>ПК-5</b>	<b>Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни</b>	Знать: Основные критерии здорового образа жизни и методы его формирования		
		Уметь: Использовать знания о здоровом образе жизни для санитарно-гигиенического просвещения населения		
		Владеть: Навыками проведения санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни		
<b>иПК-5.1.</b>	<b>Формирование у пациентов (их родственников / законных представителей) мотивации к ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек</b>	Знать: Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий токсикомании, основные принципы их профилактики	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками проведения всех видов агитации для формирования у пациентов (их родственников /	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

		законных представителей) мотивации к ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек		
Код и наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	<b>Планируемые результаты обучения</b> (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	<b>Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено</b>	
			<b>«не зачтено»</b>	<b>«зачтено»</b>
<b>ПК-6.</b>	<b>Организационно- управленческая деятельность</b>	Знать: Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций		
		Уметь: Организовать медицинскую деятельность в рамках своих компетенций		
		Владеть: Навыками организационно- управленческой деятельности в рамках своих компетенций при решении профессиональных задач		
<b>иПК-6.1.</b>	<b>Ведение медицинской документации</b>	Знать: Особенности ведения медицинской документации	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Заполнять медицинскую документацию и контролировать качество	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в

		ведения медицинской документации	профессиональных задач в рамках РП	рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками ведения медицинской документации, анализа качества и эффективности ее ведения	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

## 4.2. Шкала, и процедура оценивания

### 4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни.

### 4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

#### Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации

(графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

#### **Для оценки решения ситуационной задачи:**

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы.

#### **Для разбора тематического больного**

**Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

**Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

#### **Для курации больного**

**Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно

интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

**Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

#### **Для разбора истории болезни**

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

#### **4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.**

##### **Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)**

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.