

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ 4**

Специальность 31.08.20 Психиатрия
код, наименование

Кафедра: психиатрии

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по клинической практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 4» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 4». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПП по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Производственная (клиническая) практика 4» используются следующие оценочные средства:

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6	Текущий	Раздел 1. Диагностика и дифференциальная диагностика психических расстройств в лабораторных условиях и в условиях специализированных кабинетов	Кейс-задание
	Промежуточный	Все темы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

4.1. Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: кейс-задания.

Кейс-задания для оценки компетенций: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина, 28 лет, безработный. Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Рос и развивался

		<p>соответственно возрасту, был тихим, спокойным ребенком. Увлекался рисованием, посещал музыкальную школу.</p> <p>Анамнез заболевания: Состояние изменилось в возрасте 16 лет, стал дурашливым, агрессивным по отношению к матери, забросил занятия в школе, утратил прежние интересы, прекратил общение с друзьями. Убегал из дома, бродяжничал, совершал мелкие кражи. После окончания школы поступил в институт, однако занятия не посещал, был отчислен с первого курса. По настоянию родителей обратился к психиатру, проходил лечение стационарно 2 месяца. После выписки поддерживающую терапию не принимал. Не работал, все свободное время проводил дома, стал увлекаться философией и метафизикой. Большую часть времени дома проводит в постели, домашними делами не занимается. Обратился к психиатру с целью оформления инвалидности.</p> <p>При осмотре: Ориентирован верно. Эмоционально упрощен, мимика бедная. Жалуется на слабость. В беседе с врачом не заинтересован, зрительный контакт не поддерживает. Фон настроения ровный. Сообщает, что не имеет каких либо интересов, а от любого занятия быстро утомляется. Мышление аутистическое, амбивалентное с элементами резонерства. Бредовых идей активно не высказывает, обманы восприятия отрицает. Планов на будущее не имеет. Критика к своему состоянию отсутствует.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Приведите примеры препаратов этой группы
В	4	Какой прогноз при данной патологии?
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Больная К., 49 лет, работает инженером-конструктором.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность отягощена: у матери была болезнь Альцгеймера. Росла и развивалась соответственно возрасту, окончила школу и институт, получив специальность инженера. Работала на заводе, успешно справлялась со своими обязанностями, шла по карьерной лестнице, была исполнительской, спокойной, рассудительной, ответственной, доброй.</p> <p>Производила в уме сложные вычисления, легко запоминала технические особенности и параметры имеющихся на работе механизмов. В 23 года вышла замуж, от брака есть дочь. С мужем в теплых отношениях. Употребление алкоголя и табакокурение отрицает.</p> <p>Анамнез заболевания: Со слов больной, в течение около года появились сложности с выполнением работы, стала делать несвойственные ей ошибки в проектах, встречая некоторых коллег, долго пыталась припомнить их имена, порой, вспомнить так и не удавалось, забывала куда положила важные документы в своем кабинете, дома по долгу не могла найти ключи от машины, в связи с перечисленным испытывала раздражение, злилась на свои ошибки, пыталась вести ежедневник, вносила туда все свои планы, стыдилась своего состояния, скрывала его от близких, настроение было сниженным. Со слов мужа в последние несколько месяцев стал замечать изменения в поведении пациентки, появилась раздражительность, капризность, плаксивость, в поведении стала суетлива, беспокойна, по несколько раз собирала сумку на работу, забывала о приемах пищи. Неделю назад, направляясь домой с работы не узнала улицу, по которой ходила в течение многих лет до этого, долго искала дорогу домой, в слезах, испуганная, была найдена мужем. По совету родственников обратилась к психиатру.</p> <p>Психический статус: Контакт доступен. Путается, называя число и месяц, но правильно указывает год и место, где находится. Внешне несколько неопрятна: волосы не расчесаны, на одной ноге отсутствует носок. Растеряна. Глаза широко</p>

		<p>и удивленно раскрыты. Внимание рассеяно. Настроение снижено. Речь замедленная. Жалуеться на нарушения памяти, сообщает, что не может вспомнить название некоторых предметов дома в окружающей обстановке: «слово будто вертится на языке, знаю, что каждый день пользовалась, но никак не могу сказать, что это за штука!». В беседе быстро утомляется, раздражается, спустя время начинает плакать, долго успокаивается. Счет по Крепелину с 3 ошибками, злитесь, совершая их. По шкале MMSE 15 баллов. Циферблат рисует правильно, но стрелки расставляет вне круга.</p> <p>Соматический статус: Сознание ясное. Сниженного питания, за 6 месяцев похудела на 7 кг. Артериальное давление 138/98 мм рт ст.</p> <p>Данные инструментального обследования: МРТ головного мозга -атрофия коры височных/теменных областей, углубление борозд, истончение извилин, увеличение объема желудочков, признаки компенсированной гидроцефалии, уменьшение объема гиппокампа.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Может ли данная пациентка быть госпитализирована в недобровольном порядке? Если да, то на каком основании.
В	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>На приём к психиатру обратилась женщина 42 лет с сыном 11-и лет по направлению невролога.</p> <p>Мать предъявляет жалобы на расторможенность в поведении ребенка, временами агрессивные проявления, особенно по отношению к окружающим, может поднять руку, ударить. Мальчик не слушается, капризничает, часто настаивает на своем. Плохой сон. Рассеянность. С переходом в 5 класс начал хуже заниматься, стал неусидчивым, быстрее утомляется, теряет интерес к заданиям, уходит больше времени на выполнение домашнего занятия.</p> <p>Анамнез:</p> <p>Ребенок от третьей беременности, предыдущие заканчивались выкидышем. Мать во время беременности не наблюдалась, злоупотребляла алкоголем. Роды на сроке 36-37 недель. Родился мальчик с массой тела 1800г, длиной тела 48см. Диагноз роддома: Перинатальное поражение ЦНС, гипертензионный синдром, синдром мышечной дистонии. Рос со значительной задержкой в нервно-психическом развитии и функциональном развитии, плохо прибывал в массе и росте. Сидит - с 11 месяцев, стоит у опоры - с 1г 6 мес., ходит - с 1 г 11 мес. Часто болел ОРВИ.</p> <p>При осмотре: Внешне опрятен. Ориентировка всех видов сохранена. При беседе сидит спокойно, беспричинно улыбается, задания врача выполняет, на вопросы отвечает охотно, но ответы даёт односложные. В беседе без чувства дистанции. Кругозор узкий. Внимание истощенное, неустойчивое, привлекается ненадолго. Мышление конкретное. Эмоционально несколько однообразен. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявлено. Критики состоянию нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
В	4	Какой прогноз при данной патологии?
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень вопросов для собеседования и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задачи.

5.1.1 Кейс-задачи:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Больная И., 37 лет, безработная.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту, проживала с матерью, отца нет. Отношение с матерью описывает как «сухие», недоверительные. Рассказывает, что мать с детства не проявляла к ней ласку, не играла с ней, часто кричала на нее, не интересовалась ее жизнью. Часто и подолгу она жила у бабушки, мать ее не навещала, звонила редко. В подростковом возрасте постоянно слышала обвинения в свой адрес в том, что она испортила матери жизнь, не дала ей возможности найти мужа, была ей «обузой». В настоящее время с матерью не видится, Созванивается редко. Окончила 9 классов и училище (по настоянию матери), получив специальность швеи.</p> <p>По характеру малообщительная, мнительная, нерешительная, трудоголик. Употребление алкоголя отрицает.</p> <p>Анамнез заболевания: со слов больной, состояние начало ухудшаться 2 месяца назад, когда предприятие по пошиву одежды, в котором она проработала 15 лет, объявило банкротство и большинство сотрудников сократили, в т.ч. и ее. После сокращения у больной стало отмечаться снижение настроения, любимые занятия перестали приносить радость, больная большую часть времени проводила в своей квартире, с друзьями и родственниками не общалась, домашним хозяйством не занималась, т.к. «не было ни на что сил». Считает, что была плохой работницей, потому что «хороших работников не увольняют». Рассказывает, что в последнее время совсем нет аппетита, похудела на 7 кг за последние 1,5 месяца. Также больная отмечает, что стала плохо спать: долго засыпает, часто просыпается среди ночи, а на утро не чувствует себя отдохнувшей, а днем ощущает себя «разбитым корытом». На вопрос, пыталась ли она найти новую работу, говорит, что не верит, что «найдется что-то стоящее в ее возрасте», «ничего хорошего впереди уже нет».</p> <p>Психический статус: выглядит несколько неопрятно: одежда нестиранная, мятая, местами «засаленная», обувь нечищенная; волосы неухожены, нерасчесанны. В разговоре избегает прямого зрительного контакта, при описании своего состояния на глазах периодически наворачиваются слезы, часто тяжело вздыхает, между предложениями делает небольшие паузы. Сидя на стуле сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. В целом выглядит старше своих лет. Больная предъявляет жалобы на сниженное настроение, «плохой» сон, поверхностный, прерывистый, не приносящий отдохновения; отсутствие аппетита. Также больная жалуется на чувство безысходности, отсутствие удовольствия в жизни от вещей, которые ранее ее радовали; на чувство непреходящей усталости. Фон настроение снижен.</p> <p>Мышление несколько замедленно, без грубых нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не высказывает. Суицидальные мысли отрицает.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
В	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Больной Н., 22 года, не работает.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность отягощена. Бабушка по линии матери имела диагноз шизофрения. Рос и развивался соответственно возрасту, дду посещал без проблем. Окончил 9 классов школы, учился средне. Не был заинтересованным в учебе. Был не очень общительным, имел пару друзей с детства. Получил среднее специальное образование (строитель). В техникуме был обособленным, новых знакомств избегал. Не работает. Проживает с матерью.</p> <p>По характеру спокойный, малообщительный, Употребление алкоголя отрицает.</p> <p>Анамнез заболевания: Со слов матери больного, состояние начало меняться 2 года назад, когда после окончания техникума пытался устроиться на работу. Пробовал обращаться в несколько строительных фирм, но на этапе трудоустройства и выхода на работу говорил «что эта работа не для него».</p> <p>Матери мотивировал свое поведение тем, что начальство хочет использовать его рабочую силу, но не заплатит денег, что в коллективе его хотят подставить. После этих безуспешных попыток замкнулся в себе, перестал делиться переживаниями с матерью, много времени проводил дома. Перестал общаться с друзьями. За неделю до госпитализации стал агрессивным, перестал есть домашнюю еду. По настоянию матери обратились к участковому психиатру. Со слов пациента, не мог устроиться на работу, потому что думал, что его хотят обмануть и «кинуть». Видел «косые» взгляды от сотрудников бригады. Впоследствии стал замечать эти взгляды на улице и в общественных местах. поэтому большую часть времени стал проводить дома, «чтобы не было лишних проблем». За несколько недель до госпитализации появились голоса, преимущественно мужские, которые сначала говорили о том, что мать «хочет мне зла и строит против меня планы», а потом появились мысли о том, что она может специально отравить еду, поэтому отказывался от того, что готовила мать. На госпитализацию согласился. Критика к состоянию частичная</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Какие обследования вы бы назначили при первичной госпитализации?
В	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Больная И., 25 лет, безработная.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещала ДДУ, окончила 11 классов, поступила в институт, но на 4 курсе отчислилась. Проживает в трехкомнатной квартире с отцом и бабушкой.</p> <p>Употребление алкоголя отрицает.</p>

		<p>Анамнез заболевания: со слов больной, изменения в своем состоянии начала замечать в возрасте 17 лет после смерти матери (умерла от онкологического заболевания), когда осталась жить в квартире с отцом и бабушкой. Рассказывает, что отец малообщительный, замкнутый человек, редко выходит из своей комнаты, злоупотребляет алкоголем, финансовую поддержку не оказывает. Бабушку описывает как скандальную личность, которая все время ищет повод для споров и ссор, постоянно ее критикует, предсказывает мрачное безрадостное будущее. Говорит, что после «смерти мамы долгое время пребывала в депрессии, не видела смысла жизни, постоянно плакала». Отмечает, что плохое настроение периодами сменялось «светлыми промежутками», сравнивает их с «периодами вдохновения», когда даже родственники не могли испортить ей жизнь. В такие периоды она могла писать стихи, сочинять песни (чего ранее никогда не делала), пропадать сутками у друзей, могла «сорваться» и поехать в другой город в гости к человеку, с которым совсем недавно познакомилась «Вконтакте», занималась воздушной йогой, брала кредиты, покупала «разное барахлишко». Говорит: «в такое время я чувствую, что летаю, все могу, все знаю. Могу не спать несколько ночей к ряду и чувствовать себя полной сил». Сожалеет, что такие периоды подъема были непродолжительными (около 2 недель) и сменялись неделями уныния и «плохого» настроения. Из-за такой нестабильности в состоянии накопила много долгов в институте, сдать во время их не смогла, из-за чего была отчислена. В настоящий момент поводом к обращению послужил очередной период «плохого настроения» начавшийся около 3х недель назад: не получает удовольствия от любимых занятий, не хочет общаться с людьми, не имеет сил и желания заниматься хозяйством, выходить на улицу. Предъявляет жалобы на чувство уныния, грусти, на постоянное желание плакать; жалуется на «плохой» сон (долго «ворочаюсь в постели, открываю глаза из-за незначительного шума, а на утро не пойму спала я все-таки или нет»). Отмечает, что в периоды «хорошего» настроения она набирает вес, а в периоды «плохого» - вес снижается. Психический статус: выглядит ухоженно, одежда опрятная, однако одета не по погоде (на улице холодно, а одета «легко»), волосы сальные, неуложенные. В беседе держится неуверенно, постоянно отводит взгляд в сторону, тягостно вздыхает. Речь несколько замедленна, мимика однообразна. Сидя на стуле сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. Больная предъявляет жалобы на сниженное настроение, чувство грусти, тоски, безысходности, на отсутствие чувства удовольствия от любимых занятий, на быструю утомляемость и чувство постоянной усталости, на нарушение сна (поверхностный, прерывистый, не приносящий отдохновения); снижение аппетита. Фон настроения снижен. Мышление несколько замедленно, без грубых нарушений. Психотическая симптоматика не выявляется. Суицидальные мысли отрицает.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	1. Предпочтительнее амбулаторное лечение. 2. Номотимики: антиконвульсанты – препараты вальпроевой кислоты, ламотриджин; соли лития; карbamазепин (в последующем времени в качестве профилактической терапии - ламотриджин) 3. Психотерапия
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Обоснование госпитализации дано не полностью, не указаны пункты статьи.
P0	-	Ответ дан не верно.
В	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной

		терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Препаратами выборами являются нормотимики: антиконвульсанты, соли лития, карбамазепин.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, обоснование верное.
P1	-	Ответ дан не полностью: выбрана верная группа препаратов, но обоснование не верное.
P0	-	Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчик(и):

Касимова Л.Н., доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Дата « » 2023 г.