

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПСИХИАТРИЯ**

Специальность 31.08.20 ПСИХИАТРИЯ  
*код, наименование*

Кафедра: психиатрии

Форма обучения очная

Нижний Новгород  
2024

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Психиатрия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Психиатрия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Психиатрия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

### 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-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10	Текущий,	Раздел 1. Организация психиатрической помощи и пропедевтика психиатрии	Ситуационные задачи Тестовые задания
		Раздел 2. Общая психопатология с основами медицинской психологии	
		Раздел 3. Частная психиатрия	
		Раздел 4. Специальные проблемы психиатрии	
		Раздел 5. Суицидология	
		Раздел 6. Терапия психических расстройств	
	Промежуточный	Разделы дисциплины	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

#### 4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач, тестовых заданий, рефератов.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент М., 36 лет, инженер, работает в строительной компании. На работе получил тяжелую травму головы. Был доставлен в фельдшерский пункт, сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которого больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходит, вечером отмечалась рвота. Находился неделю на больничном, постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти в связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: зрачки неправильной формы. Единичные нистагмоидные подергивания в правом крайнем отведении. Сглажена левая носогубная складка. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемипарезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33%, лейкоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 2006, 2013, При поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет предметы из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и на отдаленные события. Путаёт даты личной жизни, по-разному называет имена жены и детей. Не в состоянии объяснить переносного смысла пословиц и поговорок, не понимает крылатых выражений, метафор. Имеются конфабуляции и псевдореминисценции. Склонен к плоским шуткам. Фон настроения нестабильный. Пребыванием в стационаре не тяготится.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга (07.2)
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: диагностирован на симптоматическом уровне, не определено психическое расстройство в соответствии с МКБ-10.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз выставлен на основании наличия нарушений памяти, проявляющихся дефицитом памяти на недавние события, снижением способности воспроизведения прошлого опыта, наличие конфабуляций и псевдореминисценций.

		Наличие в анамнезе черепно-мозговой травмы, непосредственно предшествовавшей развитию данного состояния
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии органического амнестического синдрома.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Целесообразно проведение МРТ с целью визуализации возможных патологических изменений головного мозга. С целью выявления гемодинамических и ликвородинамических нарушений необходимо проведение реоэнцефалографию. Для отслеживания динамики когнитивных функций проведение оценочных тестов и шкал.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Пациенту показано соблюдение постельного режима, назначение препаратов поддерживающих сердечно-сосудистую деятельность и дыхание. Необходимы мероприятия, направленные на предупреждение и снижение отёка мозга. При возбуждении – малые дозы транквилизаторов и антипсихотиков. Для восстановления когнитивных функций показаны ноотропы, витамины группы В, и средства общеукрепляющего действия.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Являются ли приведенные в задаче психические нарушения обратимыми? Какие факторы могут негативно сказаться на прогнозе заболевания?
Э	-	Психические нарушения при органическом амнестическом синдроме травматической этиологии считаются обратимыми. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, длительность психических нарушений значительно больше.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный

Н	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка, 60 лет. Наследственность не отягощена. Анамнез собран от слов мужа. Заболевание началось с 58 лет и развивалось постепенно. Работала учительницей физики, по характеру была очень организованной, педантичной. После начала заболевания стала рассеянной, забывчивой, перестала справляться с работой в школе, затем и с домашней работой.</p> <p>Первое время жаловалась на трудности с запоминанием имён, телефонных номеров. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие ранее, чем день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей, несколько раз терялась. Перестала готовить. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа.</p> <p>Состояние при осмотре: пациентка выглядит неопрятно, глаза широко раскрыты, мимика удивления, мигание редкое. Постоянно трёт руки, бёдра, обтирает одежду, раскачивается. Во время разговора настораживается, к медперсоналу относится с недоверием. Ориентировка во времени и пространстве затруднена.</p> <p>Понимание речи сохранено, но ответы на вопросы неясные и неконкретные. Пациентка с трудом подбирает слова, говорит медленно, ждёт подсказок.</p> <p>Не может вспомнить имена своих внуков, имена детей называет неверно, не может назвать дату их рождения. Не помнит свой адрес, не ориентируется в местах своего проживания, имени президента/главы города назвать не может.</p> <p>Забывает три слова, названные с пятиминутным интервалом, не справляется даже с лёгким арифметическим заданием.</p> <p>Критика к своему состоянию отсутствует, больной себя не считает</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом (F 00.0)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: диагностирован на симптоматическом уровне, не определено психическое расстройство в соответствии с ICD-10.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании наличия снижения памяти, подтвержденного анамнезом. Наличие ослабления критики и мышления. Отсутствие помрачения сознания. Наличие нарушения социального поведения. Нарушения наблюдаются отчетливо на протяжении болезни.

		месяцев. Отсутствие данных о другой возможной причине деменции Раннее начало – возраст начала заболевания меньше 65 лет.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки
Э	-	Пациентке рекомендовано: для уточнения диагноза и определения тяжести заболевания МРТ головного мозга, чтобы определить наличие и степень атрофии височных и теменных отделов коры Сосудистые исследования: реоэнцефалография, чтобы выявить или исключить нарушения мозгового кровообращения, МРТ в динамике лечения, чтобы вовремя корректировать дозировку и осуществлять смену препарата. Также необходимо нейропсихологическое обследование для определения степени нарушения той или иной психической функции
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациентке.
Э	-	Пациентке показано назначение компенсаторной терапии для преодоления холинергического дефицита – ингибиторы холинэстеразы, блокаторы глутаматных рецепторов, Нейропротективная терапия: ноотропы, антиоксиданты, энергокорректоры.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Определите прогноз заболевания, возможности лечения
Э	-	в силу раннего начала болезни, быстрого ухудшения состояния, (меньше чем за три года). утрате профессиональных и повседневных навыков пациенткой, прогноз неблагоприятный. При адекватной терапии возможно замедление прогрессирования заболевания и частичная коррекция когнитивных нарушений
P2	-	Прогноз и возможности лечения указаны верно
P1	-	Прогноз и возможности лечения указаны частично верно
P0	-	Прогноз и возможности лечения указаны неверно

Н	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной С., 34 лет. Из анамнеза известно: психическое состояние изменилось 1,5 года назад, когда "началась психологическая атака" говорить, что за ним следят, "собирают компромат". Замечал, что информация о нем становится известной другим людям. в разговор окружающих слышал "намек", на улице ощущал особые взгляды. Уволился с работы, "чтобы охранять квартиру", т.к. считал, что в него могут проникнуть, установить "жучки". Находил в квартире предметы (например, пуговицу), которые принимал за замаскированные подслушивающие устройства. Большую часть времени проводил дома, при этом чувствовал постоянное воздействие: "искали слабое место", "вынуждали пойти на контакт". Позднее стал чувствовать влияние на свои мысли, тело. Замечал «измененность» своей психики: стал "хуже", "раздражительнее", "они могут менять настроение, путать мысли". На высоте переживаний чувствовал себя "как радиоуправляемый", казался, что "не властен над собой, как будто вселился демон». Вёл со своими мыслями «внутренние диалоги», слышал, как «они требуют полного подчинения», считал, что «должен с ними договориться». В момент поступления был напряжен, тревожен, подозрителен. Считал, что «врачи могут быть подставные люди», искал скрытый смысл в задаваемых вопросах. Критики к состоянию не наблюдалось.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Шизофрения параноидная, непрерывное течение. Синдром Кандин-Клерамбо.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: диагностирован на симптоматическом уровне, не определено психическое расстройство в соответствии с МКБ-10.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз шизофрении установлен на основании следующих критериев: непрерывности состояния с нарастанием симптомов в течение 1,5 лет, наличия в психическом статусе псевдогаллюцинаций, бреда преследования, воздействия, идеаторных психических автоматизмов, нарушений мышления по шизофреническому типу, сглаженности эмоциональных реакций, отсутствие критики к переживаниям.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии шизофрении
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительно обследования и дифференциальной диагностики пациента

Э	-	Пациенту должно быть проведено комплексное обследование с проведением ЭЭГ, консультации невролога для исключения органической патологии. Необходимо также провести <a href="#">патопсихологическое обследование</a> для исключения расстройств невротического регистра и подтверждения эндогенного характера нейрокогнитивной дисфункции
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Пациенту показано стационарное лечение и медикаментозная коррекция имеющихся нарушений с использованием нейролептиков, т.к. ведущим является бредовая и галлюцинозная симптоматика.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Пациент нуждается в амбулаторном лечении нейролептиками.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Через несколько месяцев регулярной терапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Увеличение дозы принимаемого нейролептика, при неэффективности – смена препарата, перевод на атипичный нейролептик, либо применение методов преодоления резистентности.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана частично верно: нуждается в увеличении дозы нейролептиков, присоединении транквилизаторов.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной Р., Из анамнеза известно: Неоднократно госпитализирован в психиатрический стационар. В клинической картине – стойкие слуховые псевдогаллюцинации, психические автоматизмы, бредовые идеи пресекторного характера, выраженные расстройства мышления в виде резонерства, паралогичности. Госпитализации частые, по 2-3 раза в год, длительные, в промежутках сохраняется резидуальная бредовая симптоматика, нарастают эмоционально-волевые нарушения. Выписывается обычно по настоянию матери, которая отдаёт предпочтение народным методам терапии, в связи с чем пациент прекращает приём нейролептиков практически сразу после выписки. Поступлениями был практически недоступен контакту из-за негативизма и выраженных расстройств мышления. Говорил о том, что его "давно должны были отправить в Америку, там ждут моего приезда". Позднее рассказал, что «американцы нуждаются в его помощи в выборах президента», «вся политика США у меня под контролем, они играют по моим правилам». Среди больных узнавал агентов спецслужб ФСБ и

		уверял, что у него «миллионы долларов на счету». Врачам обещал подарить «особняки и машины», говорил, что получил 3 Нобелевские премии. Фон настроения был повышен, речь по типу монолога, в высказываниях амбивалентен. К переживаниям без критики.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Шизофрения параноидная непрерывного течения. Парафренный синдром
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен на симптоматическом уровне, не определено психическое расстройство в соответствии с МКБ-10.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз шизофрении установлен на основании следующих критериев: непрерывности состояния с нарастанием симптомов. Наличие в психическом статусе псевдогаллюцинаций, психических автоматизмов, бреда преследования, бредовых идей величия, нарушений мышления шизофренического типа, эмоционально-волевых нарушений, отсутствия критики к переживаниям.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован частично: не указаны диагностические критерии шизофрении
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	Пациенту должно быть проведено комплексное обследование с проведением ЭЭГ, консультации невролога для исключения органической патологии. Необходимо также провести <a href="#">патопсихологическое обследование</a> для исключения расстройств невротического регистра и подтверждения эндогенного характера нейрокогнитивной дисфункции
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Пациенту показано стационарное лечение и медикаментозная коррекция имеющихся нарушений с использованием нейролептиков, т.к. ведущим является бредовая и галлюцинаторная симптоматика.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Пациент нуждается в амбулаторном лечении нейролептиками.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Через несколько месяцев регулярной терапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Увеличение дозы принимаемого нейролептика, при неэффективности смена препарата, перевод на атипичный нейролептик, либо применение методов преодоления резистентности.

P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана частично верно: нуждается в увеличении дозы нейролептиков, присоединении транквилизаторов
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ИНСТРУКЦИЯ</b>
У	-	<p>Больная Н., 27 лет, служащая.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту, окончила школу и институт, получив специальность бухгалтера.</p> <p>По характеру спокойная, общительная, ответственная. Употребление алкоголя отрицает.</p> <p>Анамнез заболевания: Со слов больной, впервые заболела в 16 лет, когда отмечались сниженное настроение, тоска, отсутствие желания учиться, встречаться с друзьями, снизился аппетит, была заторможенной и медлительной, «не могла ни на чем сосредоточиться», обвиняла себя «лени и глупости», высказывала суицидальные мысли.</p> <p>Была госпитализирована в психиатрическую клинику, стационарно лечилась 4 месяца, затем амбулаторно около года.</p> <p>После улучшения состояния окончила школу, поступила в институт, параллельно работала официанткой.</p> <p>Второй эпизод в возрасте 21 года: постепенно снизилось настроение, появилось чувство тоски, снизился аппетит, ухудшился сон, стала пропускать занятия в институте, не общалась с друзьями. Была повторно госпитализирована в психиатрическую клинику, лечилась стационарно 4 месяца.</p> <p>После нормализации состояния окончила институт, работа по специальности.</p> <p>Настоящее ухудшение около трех месяцев, когда стала подавленной, грустной, малоразговорчивой, малоактивной, часто отказывалась от еды, жаловалась на плохой сон, тоску, отсутствие желания заниматься чем-либо, трудности сосредоточения, запоры и головные боли. Обвиняла себя в том, что «создает проблемы окружающим», «на работе отчет, а я здесь все им испортила». С целью самоубийства приняла большую дозу транквилизаторов, родственниками была вызвана СМП.</p> <p>Психический статус: Настроение снижено. Больная заторможена, медлительна, на вопросы отвечает односложно, после паузы. Голос тихий. Сидит в одной позе, опустив голову, мимика однообразная, скорбная. Жалуется на тоску, плохой сон, отсутствие аппетита, повторяет «все испортила», «лучше бы меня и вовсе не было». Высказывает суицидальные мысли, обвиняет родственников в том, что «не дали закончить».</p> <p>Соматический статус: Сниженого питания, за 2 месяца похудела на 10 кг. Кожа сухая, тонус снижен. Зрачки расширены. Страдает запорами.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий тяжелый депрессивный эпизод.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз тяжелого депрессивного эпизода поставлен на основе критериев согласно рекомендациям МКБ-10:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение настроения,</li> <li>2. Ангедония (утрата интересов и удовольствий),</li> <li>3. Снижение активности,</li> </ol> <p>А также дополнительных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нарушенный сон,</li> <li>2. Сниженный аппетит,</li> <li>3. Снижение способности к концентрации и вниманию,</li> <li>4. Идеи виновности,</li> <li>5. Попытка суицида.</li> </ol> <p>Диагноз рекуррентного депрессивного расстройства поставлен на основании данных анамнеза (два предшествующих депрессивных эпизода) и текущий депрессивный эпизод умеренной степени тяжести.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Может ли данная пациентка быть госпитализирована в недобровольном порядке? Если да, то на каком основании.
О	-	<p>Пациента может быть госпитализирована в психиатрическую клинику недобровольно в соответствии с действующим законодательством: Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016), статья 29, пункт а и в, так как пациента несет непосредственную опасность для себя (совершена попытка суицида, высказывает суицидальные мысли) и существенный вред ее здоровью будет нанесен вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" Статья 29. Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке:</p> <p>Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия, без согласия одного из родителей или иного законного представителя, по постановлению судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или</li> <li>б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или</li> </ol>

		в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Обоснование госпитализации дано не полностью, не указаны пункты статьи.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Так как пациента страдает от рекуррентного депрессивного расстройства в настоящий момент имеет симптомы депрессивного эпизода средней степени тяжести, в качестве основной терапии ей показаны антидепрессанты. Препаратами выбора являются современные антидепрессанты с минимальными побочными эффектами - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИЗС): флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, пароксетин.
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.
B	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Рекуррентное депрессивное расстройство необходимо дифференцировать от биполярного аффективного расстройства (имеют место эпизоды мании или гипомании), депрессивного синдрома при шизофрении (выявляются негативные и продуктивные симптомы шизофрении).
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
H	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ИНСТРУКЦИЯ</b>
У	-	Мужчина, 37 лет, военнослужащий. Анамнез: Служил в «горячих точках» в должности командира взвода. Неоднократно участвовал в боевых операциях. Во время одной из операций подразделение попало в засаду, многие его сослуживцы погибли, сам он получил тяжелое ранение, длительное время лечился в госпитале. Через несколько месяцев после ранения его стали беспокоить ночные кошмары и страхи, навязчивые воспоминания со сценами боевых действий. Стал замкнутым, раздражительным, напряженным, с трудом сдерживал приступы агрессии. Появились приступы сердцебиения и боли в груди. Стал часто употреблять алкоголь с целью снятия чувства внутреннего напряжения. Обратился к врачу по настоянию жены в связи с приступами раздражения и агрессии.

		При осмотре: Настроение снижено, раздражительный, вспыльчивый. Фиксирован на своих навязчивых воспоминаниях, кошмарах, воспроизводящих сцены боя и гибели его сослуживцев. Жалуется на нарушения сна, приступы сердцебиения, боли в груди, сопровождаем страхом, постоянное чувство внутреннего напряжения, которое он пытается снимать алкоголем. Рассказывает, что «чувствует себя чужим «отстраненным», не чувствует удовольствия от привычных занятий, может найти себе место в жизни».
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Посттравматическое стрессовое расстройство.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	Диагноз поставлен на основании: - данных анамнеза (связь с тяжелым стрессом, симптомы появились несколько месяцев после него); - данных психического статуса (настроение сниженное, пациент раздражительный, вспыльчивый, жалобы на навязчивые воспоминания, кошмарные сновидения, воспроизводящие сцены сражений, чувство внутреннего напряжения, ангедонию, нарушения социальной жизни, употребление алкоголя с целью снятия чувства внутреннего напряжения).
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь с тяжелым стрессом.
Р0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	Лечение посттравматического стрессового расстройства включает в себя медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Для лечения депрессивной симптоматики используют антидепрессанты, чаще всего – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. При нарушении сна и выраженной тревоги – транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Немедикаментозные методы включают в себя психотерапию: релаксационные методы, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия.
Р2	-	Ответ дан полностью верно.
Р1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
Р0	-	Ответ дан не верно.
В	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	ПТСР является труднокурабельной патологией. При соответствующем лечении прогноз является благоприятным, однако некоторые симптомы могут сохраняться в течение всей жизни, затрудняя социализацию. При отсутствии лечения прогноз неблагоприятный, нарастает социальная изоляция, нарушения поведения, зачастую имеет место злоупотребление алкоголем и наркотическими препаратами.

P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с генерализованным тревожным расстройством, депрессивным расстройством, фобиями. Основным диагностическим критерием является взаимосвязь с психологической травмой и характерная симптоматика.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
H	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мужчина, 41 год, в течение 2-х лет повторно обращается в медицинское учреждение ко врачам различных специальностей с требованием медицинских обследований и с жалобами на головную боль, боль в спине, в суставах, в животе, изжогу, отрыжку, неприятные ощущения в горле, головокружение, общую слабость. Были проведены: ЭКГ, суточный <a href="#">мониторинг ЭКГ и АД</a> , <a href="#">фонокардиография</a> , <a href="#">УЗИ сердца</a> , <a href="#">рентгенография легких</a> , исследование уровня <a href="#">гормонов щитовидной железы</a> и <a href="#">катехоламинов</a> , <a href="#">ЭЭГ</a> , <a href="#">Эхо-ЭГ</a> , <a href="#">рентгенография шейного отдела позвоночника</a> , <a href="#">МРТ головного мозга</a> , <a href="#">УЗДГ церебральных сосудов</a> , <a href="#">ФГДС</a> , <a href="#">исследование желудочного сока</a> , <a href="#">УЗИ брюшной полости</a> . Пациент был проконсультирован терапевтом, неврологом, эндокринологом, гастроэнтерологом, отоларингологом, мануальным терапевтом, ревматологом. За время наблюдения при многократных обследованиях не было обнаружено объективных доказательств наличия соматического или неврологического заболевания. Лечение у терапевта и невролога не дало значительного улучшения. Из-за своей болезни пациент был вынужден уйти на работу с более «щадящим» графиком, не уделяет достаточно внимания семье. При расспросе получена информация, что возникновению жалоб предшествовала тяжелая стрессовая ситуация – смерть близкого друга от онкологического заболевания, однако пациент не видит связи между возникновением своего заболевания и пережитой ситуацией.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Соматизированное расстройство.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: диагностирован на симптоматическом уровне, не определено психическое расстройство в соответствии с МК-10.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз соматизированного расстройства установлен на основании повторных обращений пациента с многочисленными разнообразными полисистемными соматическими жалобами, в сочетании с требованиями медицинских обследований, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия соматической болезни. Длительность расстройства не менее 2-х лет, на протяжении которых не было выявлено сколько-нибудь значительной физической причины. Расстройство вызывает нарушение социальной адаптации. Характерно возникновение симптомов на фоне тяжело переживаемой ситуации и исключение пациентом возможности психологической обусловленности симптоматики.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии соматизированного расстройства.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациент был обследован врачами различных специальностей в течение 3-х лет. Ему рекомендовано предоставить результаты проведенных обследований в динамике. Необходимо провести <a href="#">исследование структуры личности</a> и <a href="#">патопсихологическое обследование</a> для исключения аффективных, тревожных, бредовых расстройств.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Пациенту показано патогенетическое психотерапевтическое лечение, так как он страдает соматоформным расстройством.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Пациент нуждается в повторных обследованиях для исключения соматической и неврологической патологии, медикаментозном лечении невролога (сосудистые, успокаивающие препараты, ноотропы) и санаторно-курортном лечении.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отметил существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Назначение психотропных препаратов, рекомендованных в соответствии с инструкцией для лечения соматоформных расстройств: антидепрессантов (прежде всего современных, из группы СИОЗС), мягких нейролептиков.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана частично верно: нуждается в приеме транквилизаторов, успокаивающих, ноотропов.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Н	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	К неврологу обратилась женщина 26 лет с жалобами на эпизоды сильной тревоги с сердцебиением, головокружением, подъемом АД, чувством нехватки воздуха, тошнотой, ознобом, потливостью, тремором рук, страхом внезапной смерти, страхом сойти с ума. Впервые испытала приступ тревоги, когда была дома одна с больным простудой ребенком, очень переживала за его здоровье. Тревога возникает внезапно на фоне полного благополучия, достигает максимума за 10 мин и длится от 10 до не более 20-30 мин. Снимается приемом 10 мг анаприлина и 0,5 мг феназепама под язык. Приступы возникают в течение последних 2-3-2-3 раза в неделю. При возникновении приступа часто вызывает страх и требует помощи. Боится оставаться дома одна из-за страха повторения приступа тревоги.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Паническое расстройство.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: диагностирован на симптоматическом уровне, не определено психическое расстройство в соответствии с МКБ-10.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз панического расстройства установлен на основании жалоб пациентки на повторные непредсказуемые приступы выраженной тревоги (паники) в течение одного месяца, которые возникают при определенных обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой, не ограничиваются предсказуемой ситуацией, и между которыми есть свободные от тревоги периоды. Приступы сопровождаются выраженными вегетативными расстройствами, страхом смерти, сумасшествия. Пациентка избегает ситуацию, в которой паническое расстройство возникло впервые. Сформированы вторичные страхи остаться один на один с повторных панических атак.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии панического расстройства.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
Э	-	Пациентке рекомендовано: ЭКГ, ЭЭГ, рентгенография легких и шейного отдела позвоночника, УЗИ брюшной полости, консультации невролога, психотерапевта, эндокринолога для исключения неврологической и соматической патологии (особенно щитовидной железы и надпочечников).

		Необходимо провести <a href="#">исследование структуры личности</a> и <a href="#">патопсихологическое обследование</a> .
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациентке.
Э	-	Пациентке показано патогенетическое психотерапевтическое лечение т.к. она страдает невротическим расстройством.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Пациентка нуждается в медикаментозном лечении у невролога (сосудистые, успокаивающие препараты, ноотропы) и санаторно-курортном лечении.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациентка не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Назначение психотропных препаратов, рекомендованных в соответствии с инструкцией для лечения панического расстройства: современные антидепрессанты из группы СИОЗС, мягких нейролептиков.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана частично верно: нуждается в протранквилизаторов, успокаивающих, ноотропов.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент М., 28 лет.</p> <p>Анамнез жизни: бабушка по линии отца отличалась странностями в поведении (после 40 лет отказывалась выходить из дома, ела исключительно определенный набор продуктов, рисовала на стенах и стенах то знаки), но в психиатрической больнице никто не лечился. Родился младшим из двух детей. Беременность у матери протекала с угрозой выкидыша, с низким предлежанием плаценты, резус-конфликтом, гемолитической анемией новорожденного после родов. Роды в срок, раннее развитие без особенностей. Посещал ДДУ. Всегда был спокойным, робким, любил играть с другими детьми. В школу пошел в 7 лет, коллективе адаптировался легко, учился отлично, больше нравились гуманитарные предметы. В 3 классе пришлось поменять школу из-за переезда родителей, в новом коллективе постоянно «чувствовал себя изгоем», был единственный близкий друг вне класса. Закончил 11 класс с золотой медалью и ВУЗ по специальности переводчик. В институте коллективе адаптировался хорошо, было много знакомых и два близких друга. Работал после окончания ВУЗа по специальности. 3 года назад</p>

		<p>после неудачной попытки организовать свое дело влез в долги, болезненно переживал это, с тех пор (2,5 года) не работает.</p> <p>Анамнез заболевания: психическое состояние изменилось 3 года назад, когда больной стал замкнутым, перестал общаться с друзьями, практически не выходил из дома, стал беспричинно грубить родителям, плохо питаться. 2,5 года назад для погашения долгов пришлось взять кредит в банке, после чего пациент стал высказывать идеи преследования со стороны сотрудников банка, боялся выходить из дома, разговаривая с собой, категорически отказывался от визита к врачу. В таком состоянии находился около 4 месяцев, после чего в один день исчез из дома, был найден полицией около аэропорта на шоссе, назывался чужим именем, не знал, где находится. В течение двух месяцев находился на лечении в психиатрической больнице, где острая симптоматика была купирована. После выписки принимал поддерживающую терапию, был вял, пассивен, большую часть времени лежал, отмечался тремор рук и головы. Через 2 месяца самостоятельно прекратил прием лекарств. После отмены препаратов стал несколько живее, прошел тремор, но дома ничем не занимался, попыток к трудоустройству не предпринимал. Психическое состояние оставалось стабильным в течение месяца, после чего стал грубить родным, отказываться от общения с ними, эпизодически становился агрессивным, при попытке матери зайти к нему в комнату вытаскивал её за волосы. Брат убедил его обратиться к психиатру в связи с вспышками агрессии и суицидальными мыслями. За пять дней до госпитализации пациент внезапно набросился на мать и жестоко бил её, пока не остановил старший брат. В течение следующих дней агрессивные вспышки повторялись, он несколько раз грозился покончить с собой. Больной объяснял агрессию тем, что мать хочет навредить ему, и что получил приказ от чуждой силы бить мать. После вспышки замыкался на себе, погружаясь в собственные мысли, изредка говорил сам с собой, когда вокруг были другие люди. Иногда у родственников возникало впечатление, что он слышит голоса. Говорил старшему брату, что опасается напасть на кого-либо постороннего или убить себя, утратил контроль над своими действиями.</p> <p>Психический статус: напряжен, говорит быстро и возбужденно, беспорядочно размахивая руками. Речь время от времени становится непоследовательной и непонятной. Улыбается поверхностно и неадекватно. Аффект уплощенный, с внезапными взрывами гнева, когда пациент говорит о своей матери. Говорит, что мать хотела убить его. Боялся, что его ум может быть отнят чуждой силой и отправлен на другую планету. Объясняет, что слышит внутри головы «голос чуждой силы», которая приказывает бить других людей. Чуждая сила, кроме того, обсуждает его ситуацию. Она сообщает, что его мать хочет его смерти, приказывают убить ее. За несколько дней до поступления в больницу появилась мысль убить себя, чтобы не дать возможность чуждой силе захватить полностью контроль над собой. Мышление непоследовательное, разорванное. Критика к состоянию отсутствует.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения. Галлюцинаторно-параноидный синдром.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии упущена или неверно оценены форма или тип течения шизофрении; неверно оценен ведущий синдром.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз выставлен на основании анамнеза жизни (возможное наличие психического заболевания у бабушки; не работает в течение 2,5 лет и предпринимает попытки к поиску работы); анамнеза заболевания (внезапное изменение поведения 3 года назад: утратились интересы, перестал общаться с друзьями, бездеятельность, агрессивное отношение к родственникам; появились идеи преследования, галлюцинации) и настоящего психического статуса (наличие негативных симптомов шизофрении в виде уплощения аффекта, волевого снижения и непоследовательного и разорванного мышления и продуктивных симптомов – бредовые идеи персекуторного характера и псевдогаллюцинаций). Параноидная форма выставлена на основании наличия в психическом статусе галлюцинаций и бреда. Непрерывный тип течения выставлен на основании быстрого нарастания негативных симптомов шизофрении и отсутствия ремиссий. Галлюцинаторно-параноидный синдром выставлен на основании ведущего в психическом статусе бреда и галлюцинаций.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование формы, типа течения шизофрении или ведущего синдрома. или Обоснование формы, типа течения шизофрении или ведущего синдрома дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какой дополнительный метод исследований Вы должны провести для подтверждения диагноза Шизофрения и что он выявляет?
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо провести экспериментальное психологическое исследование для выявления нарушений мышления эндогенного характера и эмоционально-волевого снижения.
P2	-	Выбран верный метод исследования.
P1	-	Метод выбран верно, но неправильно указано, что он выявляет. Или Метод указан верно, но не указано, что он выявляет.
P0	-	Метод указан неверно.
B	4	Препарат какой группы психотропных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	В виду остроты состояния, склонности к агрессивному поведению, отсутствия критики к состоянию, отказа от лечения предпочтительнее является назначение нейролептиков с выраженным антипсихотическим седативным действием и препаратов с парентеральной формой введения.

		галоперидол, трифтазин ( <a href="#">трифлуоперазин</a> ), аминазин (хлорпромазин), тизерцин (левомепромазин).
P2	-	Выбрана верная группа психотропных средств – нейролептики, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана правильная группы психотропных средств, однако выбор не обоснован. или Выбраны более слабые по антипсихотическому действию нейролептики. Обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы психотропных лекарственных препаратов, кроме нейролептиков.
V	5	При применении рекомендованных антипсихотических средств у пациента появились выраженная скованность в движениях, сухость кожи, дизартрия, тремор, увеличилось слюноотделение. Какой побочный эффект развился у пациента? Обоснуйте Вашу тактику ведения.
Э	-	В статусе пациента появились проявления нейролептического синдрома. Показано назначение корректоров (циклодол, акинетон). В дальнейшем показан перевод пациента на атипичные нейролептики, которые вызывают меньше побочных эффектов (оланзапин, рисперидон).
P2	-	Верно оценено состояние пациента, верно выбрана дальнейшая тактика ведения пациента.
P1	-	Верно оценено состояние, однако выбор дальнейшей тактики не верен или Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.
P0	-	Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения пациента неверна.
H	-	010
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент Р., 17 лет. Анамнез жизни: Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родился первым ребенком из двух (есть младшая сестра 1 – здорова). Беременность IV, протекавшая на фоне повышенного АД по гипертоническому типу, в 35 нед. – ОРЗ, хр.пиелонефрит.. Роды I срочные с длительным безводным периодом, при рождении вес 3850, рост 52 см, шкала АПГАР 7 баллов. Сидеть начал с 7 мес., стоять - с 9 мес., ходить - с 11 мес, говорить – 10 мес. В детский сад начал ходить в 3 лет, с другими детьми не общался. В школу пошел с 7 лет, друзей не имеет. С 3 класса (10 лет) был переведен на индивидуальное обучение. Анамнез заболевания: Болен с 2010 года, когда учителя в школе сообщили, что мальчик не справляется с учебой, не общается, все больше «уходится», появился страх ответов у доски. Жаловался на чувство страха, боялся «монстров». С этого же времени находился под наблюдением

		<p>психиатров с диагнозом ВСД, синдром дефицита внимания. Получал лечение кавинтоном, кортексином. Состояние оставалось без изменений. Сохранялись жалобы на повышенную утомляемость, снижение внимания, речь была развита слабо, словарный запас был беден, испытывал трудности при объяснении отвлеченных понятий, с трудом подбирал примеры при объяснении. Общий кругозор был ограничен. Отмечалась медлительность, повышенный уровень тревожности, неуверенность. В декабре 2014 года пациент стал стереотипно раскачиваться, приседать, совершать стереотипные движения руками, контакт был затруднен, на вопросы отвечал односложно, речь тихая. Периодически стал «застывать» в одной позе, не отвечал на вопросы, наблюдались явления катаплексии. В мае 2015 года впервые был направлен на стационарное лечение. На фоне лечения уменьшились стереотипии, стал немного активнее, начал заниматься по школьной программе. Закончил обучение 8 класса. По окончании обучения отмечалось обострение: был малоподвижным, «застывал» в одной позе.</p> <p>Психический статус: контакту не доступен. На вопросы, заданные обычным голосом, не отвечает, молчит. Односложно отвечает на вопросы, заданные шепотом. Сидит в однообразной позе, либо стоит длительное время без движения. При просьбе врача дать ему руку заводит её за спину. Мышечный тонус повышен. Обманов восприятия выявить не удается. Активно бредовые идеи не высказывает.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Шизофрения, кататоническая форма, непрерывный тип течения. Кататонический синдром.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии упущена или неверно оценены форма или тип течения шизофрении; неверно оценен ведущий синдром.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз выставлен на основании анамнеза жизни (в 7 лет стал замкнутым, не общался, не справлялся со школьной программой, переведен на индивидуальное обучение); анамнеза заболевания (болен с 2010 года появились страхи, в дальнейшем развились стереотипии, быстро нарастающие негативные симптомы) и настоящего психического статуса (наличие негативизма, мутизма, симптома Павлова, ступора).
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование формы, типа течения шизофрении или ведущего синдрома. или Обоснование формы, типа течения шизофрении или ведущего синдрома дано неверно.
Р0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Какой наиболее вероятный прогноз у данного пациента? Обоснуйте свой ответ
Э	-	Прогноз неблагоприятный. Данная форма имеет хронический характер, сопровождается быстрым нарастанием дефицитарных расстройств и утратой трудоспособности.
P2	-	Прогноз определен верно.
P1	-	Прогноз определен верно, но неправильно обоснован. Или Прогноз определен верно, но не обоснован.
P0	-	Прогноз определен неверно.
В	4	Препарат какой группы психотропных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	В виду остроты состояния с выраженным кататоническим синдромом, ввиду возраста пациента предпочтительным является назначение таких нейролептиков как галоперидол и рисполепт.
P2	-	Выбрана верная группа психотропных средств – нейролептики, выбор обоснован.
P1	-	Выбрана правильная группа психотропных средств, однако выбор не обоснован. или Выбраны более слабые по антипсихотическому действию нейролептики, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы психотропных лекарственных препаратов, кроме нейролептиков.
В	5	При применении рекомендованных антипсихотических средств у пациента появились выраженная скованность в движениях, сухость кожи, дизартрия, тремор, увеличилось слюноотделение. Какой побочный эффект развился у пациента? Обоснуйте Вашу тактику ведения.
Э	-	В статусе пациента появились проявления нейролептического синдрома – побочного эффекта терапии антипсихотиками. Показано назначение корректоров (циклодол, акинетон). В дальнейшем показан перевод пациента на атипичные нейролептики, которые вызывают меньше побочных эффектов (рисперидон).
P2	-	Верно оценено состояние пациента, верно выбрана дальнейшая тактика ведения пациента.
P1	-	Верно оценено состояние, однако выбор дальнейшей тактики не верен или Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.
P0	-	Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения пациента неверна.
Н	-	011
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной М. 42 года, доставлен КСП в приемный покой больницы в сопровождении жены. Со слов сопровождающей, пациент эпизодично употребляет алкоголь в течение 25 лет. Последние 2 года злоупотребляет алкоголем с периодическими запоями (4-5 раз в год) продолжительностью до 2 недель. Последние 10 дней выпивал до 1 л крепкого алкоголя в сутки, затем после ссоры в семье пообещал прекратить. В течение двух суток больной не спал, был беспокойным, слов жены "постоянно чего-то боялся" к вечеру состояние ухудшалось, затем говорил что по ковру и обоям ползают черви. Ночью перед госпитализацией вдруг увидел рядом с кроватью "черного человека бегающих по полу маленьких страшных людей, чудовищ, считал их опасными, пытался защититься, размахивал кухонным ножом. В приемном покое ведет себя неупорядоченно, возбужден, напряжен, контакту малодоступен. Не понимает где находится говорит что видит вокруг змей, непонятных страшных животных которые хотят на него наброситься, пытается от них отмахнуться, убежать. Критики к своему состоянию нет. Все тело дрожит, тахикардия, обильное потоотделение
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя - синдром зависимости средняя стадия. Абстинентный синдром с делирием.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии упущена или не оценены стадии синдрома зависимости от алкоголя; неверно оценено текущее состояние.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз синдрома зависимости от алкоголя средней стадии поставлен на основании анамнестических данных об употреблении алкоголя в течение 25 лет а так же наличии течение последних 2-х лет периодических запоев продолжительностью до 2 недель. Диагноз алкогольного абстинентного синдрома поставлен на основании данных о текущем периоде употребления алкоголя, информации о прекращении употребления и наличии соматических симптомов: тахикардия, обильное потоотделение, дрожь. Диагноз алкогольного делирия поставлен на основании клинической картины - нарушения сна, аффективные симптомы, усиливающиеся в вечернее время, парейдолические иллюзии и истинные галлюцинации
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование или нозологической формы или синдрома или Обоснование или нозологических форм или синдрома дано неверно
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения и наблюдения пациента

Э	-	Пациенту рекомендовано: при условии угрозы жизни - госпитализация в реанимационное отделение. при отсутствии угрозы жизни - режим усиленного наблюдения, купирование психомоторного возбуждения (транквилизаторы), дезинтоксикационная терапия, общеукрепляющая терапия (витамины группы В) для стабилизации состояния и профилактики нарушения жизненно важных функций. После этого возможно назначение нейролептиков для купирования продуктивной симптоматики
P2	-	План лечения и наблюдения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения и наблюдения составлен верно, однако нет обоснования или Не названы одна или две составляющие из списка или обоснование одной или двух составляющих тактику лечения и наблюдения обследования дано не верно.
P0	-	Не названы более двух составляющих тактику лечения и наблюдения или Обоснование назначения более двух составляющих тактику лечения и наблюдения дано неверно. или План лечения и наблюдения составлен полностью неверно.
В	4	Перечислите основные признаки синдрома зависимости от ПАВ
Э	-	1. Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества 2. Сниженная способность контролировать прием вещества 3. Абстинентный синдром 4. Повышение толерантности к эффектам вещества 5. Ради приема вещества полностью или частично отказываются от других интересов 6. Продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий
P2	-	Верно названы все признаки синдрома зависимости от ПАВ
P1	-	Не названо менее трех признаков. Или Названо не верно менее трех признаков
P0	-	Не названо более трех признаков. Или Названо неверно более трех признаков.
В	5	Перечислите основные принципы терапии синдрома зависимости
Э	-	1. Интенсивная терапия острых состояний 2. Подавление синдрома патологического влечения к ПАВ 3. Терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации ПАВ 4. Формировании устойчивости больного по отношению к негативным воздействиям социальной среды
P2	-	Все принципы терапии названы верно.
P1	-	Не названо менее двух принципов. Или Названо неверно менее двух принципов.
P0	-	Не названо более двух принципов.

		Или Названо неверно более двух принципов.
Н	-	012
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В приемное отделение поступает молодой человек 25 лет в суженом состоянии сознания. Выглядит старше своих лет. Кожа бледная с иктеричным оттенком, сухая, тургор снижен. Дефицит веса. По ходу конечностей и тела следы инъекций, пигментация, тромбы, рубцы после самопорезов. Отмечается малоcontactность, малоподвижность, грезоподобные фантазии, снижена реакция на внешние раздражители. Зрачки узкие (симптом булавочной головки). Артериальная гипотензия, брадикардия, брадикардия, брадикардия.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Психические и поведенческие расстройства связанные с употреблением опиоидов - синдром зависимости. острая опиоидная интоксикация.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии упущена или неверно оценено текущее состояние.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острой интоксикации опиоидами поставлен на основании характерных признаков в клинической картине: суженое сознание, малоcontactность, малоподвижность, грезоподобные фантазии, сниженная реакция на внешние раздражители. Зрачки узкие (симптом булавочной головки). Артериальная гипотензия, брадикардия, брадикардия. Диагноз синдрома зависимости ставится на основании характерных признаков употребления опиоидов: выглядит старше своих лет. Кожа бледная с иктеричным оттенком, сухая, тургор снижен. Дефицит веса. По ходу вен конечностей и тела следы инъекций, пигментация, тромбы, рубцы после самопорезов.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование или нозологической формы или текущего состояния. или Обоснование или нозологической формы или текущего состояния неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте план лечения и наблюдения пациента пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: 1. Госпитализация, поддержание жизненно важных функций. 2. Введение 0,4 мг налоксона в/в.

		3. При отсутствии реакции в течение 15 мин – 1,6 мг налоксона в/в, при отсутствии реагирования через 15 мин – 3,2 мг налоксона в/в. 4. В случае получения эффекта следует продолжить в/в введение налоксона по 0,4 мг каждый час.
P2	-	План лечения и наблюдения составлен полностью верно.
P1	-	Не названы одна или две составляющие из списка или одна или две составляющих тактику лечения и наблюдения названы не полностью верно.
P0	-	Не названы более двух составляющих тактику лечения и наблюдения Или Более двух составляющих тактику лечения и наблюдения названы не полностью верно. Или План лечения и наблюдения составлен полностью неверно.
B	4	Перечислите основные принципы терапии синдрома зависимости
Э	-	1. Интенсивная терапия острых состояний 2. Подавление синдрома патологического влечения к ПАВ 3. Терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации ПАВ 4. Формировании устойчивости больного по отношению к негативным воздействиям социальной среды
P2	-	Все принципы терапии названы верно.
P1	-	Не названо менее двух принципов. Или Названо неверно менее двух принципов.
P0	-	Не названо более двух принципов. Или Названо неверно более двух принципов.
B	5	Охарактеризуйте идеаторные и поведенческие компоненты патологического влечения к ПАВ
Э	-	1. Идеаторный (мыслительный) -Защита «права» употребления ПАВ как одного из неотъемлемых прав личности -Отрицание или преуменьшение факта зависимости -Противоречивость суждений, тенденция путать причину и следствие -Сомнения, колебания, поиск компромиссов Горькое сознание своей неспособности противостоять тяге к ПАВ 2. Поведенческий -Активное стремление к обсуждению тематики ПАВ в беседах -Стремление уклониться от лечения -Непоседливость, суетливость, рассеянность -Показной пафос в осуждении употребления ПАВ - Наркотические сновидения (в сновидениях такого рода спящий видит себя и чувственно переживает своё участие в употреблении ПАВ)
P2	-	Идеаторные и поведенческие компоненты патологического влечения к ПАВ полностью правильно
P1	-	Не названо менее двух составляющих для каждого компонента. Или

		Названо не верно менее двух составляющих для каждого компонента
Р0	-	Не названо более двух составляющих для каждого компонента. Или Названо неверно более двух составляющих для каждого компонента. Или Компоненты охарактеризованы полностью неверно
Н	-	013
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент - юноша 18 лет, выпускник 11 класса школы, в сопровождении матери на амбулаторном приеме участкового врача психиатра. По информации, полученной от матери известно, что пациент с раннего детства отличался робостью, застенчивостью; в детском саду сверстников сторонился, предпочитал проводить время в одиночестве. При этом, словам воспитателей, отличался хорошими способностями и нестандартным мышлением. К школе адаптировался с трудом, на занятиях был «задумчив, мечтателен», на замечания со стороны учителей реагировал не всегда, был капризен, обвинял педагогов в предвзятом к себе отношении. Одноклассников сторонился, дружил лишь с одним мальчиком, к которому испытывал привязанность. С учебной нагрузкой справлялся, но интереса к какой-либо дисциплине не проявлял. Свободное время проводил дома, в одиночестве, за компьютерными играми или чтением научно-фантастических романов. Эмоциональной теплотой отличался, отношения с родителями и младшей сестрой, несмотря на усилия последних, оставались «холодными», своими проблемами и переживаниями не делился. В старших классах школы стал более «нервным», к собственному внешнему виду был невнимателен, одевался зачастую нелепо, по причине чего становился предметом насмешек одноклассников. Дома бытовыми делами практически не занимался, помогал в хозяйстве только после многократных просьб, в собственной комнате не убирался, время проводил за компьютером. Оживлялся только в общении с единственным другом, с которым, когда тот приходил к нему в гости, мог часами что-то увлеченно обсуждать. Во время очередной уборки в комнате сына мама нашла рукопись романа, в котором тот эмоционально, во всей чувственной живости описывал путешествия приключения космических пиратов. Тем же вечером за ужином она обсудила свою находку с сыном, сказав, что «хватит летать в облаках, займись учёбой». На что тот отреагировал обидой и раздражением, завязалась ссора, в ходе которой пациент сказал, что не будет поступать в медицинский институт, к которому его готовили родители, а станет писателем и добьётся успеха в этом деле. Установку эту в последующем не менял. С родителями стал ещё менее общителен, запирали изнутри комнаты. Выпускные экзамены сдал с хорошими результатами. Поводом для обращения к психиатру послужил категорический отказ пациента подать документы для поступления в ВУЗ, «мне это не нужно, я свой путь уже выбрал», доводы относительно необходимости высшего образования</p>

		освоения профессии игнорирует; упрям, раздражителен, целиком и полностью ориентирован на внутренние субъективные установки. В астенического телосложения, пониженного питания. Одет, не по погоде: тёплый зимний свитер, висящий мешком, и поношенные джинсы; на нем неухоженная щетина, волосы грязные, сально блестят. В беседе заинтересованности не проявляет, ответы на вопросы врача формальны, держится с некоторым высокомерием, в выражениях витиеват, напыщен. Эмоционально невыразителен, жесты и моторика топорны, несколько неуклюжи. Мышление аутистическое с тенденцией к актуализации малозначимых признаков. Грубых психопатологических расстройств выявить не удаётся.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Шизоидное расстройство личности (F60.1)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: нозология оценена как вялотекущая шизофрения или неверно оценена как расстройство личности смежного типа
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз шизоидного расстройства личности ставится на основании относительной стабильности и тотальности личностных изменений и эмоциональной холодности, отчуждённости и замкнутости с неспособностью проявлять тёплые, нежные чувства по отношению к другим людям. А также повышенной озабоченностью фантазиями и интроспекцией с неизменным предпочтением уединённой деятельности. Недостаточная внимательность к превалирующим социальным нормам, практически полным отсутствием близких друзей и доверительных отношений, приводящая к различной степени выраженности социальной дезадаптации.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы или дана неверная клиническая интерпретация личностных расстройств
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения и наблюдения пациента.
Э	-	Индивидуальная психотерапия — наиболее распространённая форма терапии расстройств личности. Существуют формы индивидуальной психотерапии, рассчитанные как на длительные, так и на короткие сроки. Групповая психотерапия — при работе с данной категорией расстройств этот подход считается вторым по популярности после индивидуальной психотерапии. Психологическое просвещение — может быть использовано в качестве дополнительной меры. Терапия средой — проводится, как правило, в рамках терапевтических общин. Минимизация стрессовых воздействий на личность.
P2	-	План лечения и наблюдения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения и наблюдения составлен верно, однако нет обоснования

		или Не названы одна или две составляющие из списка или обоснование одной или двух составляющих тактику лечения и наблюдения обследования дано не верно.
P0	-	Не названы более двух составляющих тактику лечения и наблюдения или Обоснование назначения более двух составляющих тактику лечения наблюдения дано неверно. или План лечения и наблюдения составлен полностью неверно.
B	4	Перечислите основные диагностические критерии расстройств личности (триада Ганнушкина-Кербикова)
Э	-	Классическими диагностическими критериями расстройств личности является триада признаков в виде: 1) Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации; 2) их относительная стабильность, малая обратимость; 3) тотальность патологических черт личности, определяющих весь психический облик.
P2	-	Верно названы все диагностические критерии расстройств личности
P1	-	Не назван один критерий. Или Неверно назван один критерий
P0	-	Не названо два и более критерия Или Названо неверно два и более критерия
B	5	Перечислите основные принципы терапии расстройств личности
Э	-	1.В случае декомпенсации расстройств личности, в виде неблагоприятно протекающих фаз или реакций – психофармакотерапия в зависимости преобладающей симптоматики 2.Психотерапия и социо-реабилитационные мероприятия 3.Коррекция среды и минимизация стрессовых воздействий на личность
P2	-	Все принципы терапии названы верно.
P1	-	Не назван один из принципов Или Названо неверно один из принципов.
P0	-	Не названо два и более принципа. Или Названо неверно два и более принципа.
H	-	014
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приёмный покой психиатрического стационара доставлена молодая девушка в сопровождении родственников. Поводом для вызова Службы скорой помощи послужила угроза суицида со стороны пациентки, носящая явный демонстративный характер. Со слов родственников известно, что, вернувшись в состоянии лёгкого алкогольного опьянения после встречи с друзьями, девушка закрылась в ванной, где долго плакала, на просьбу матери и отца открыть дверь реагировала грубо, высказывала проклятия в адрес молодого человека, который «обманул её, предал». Вышла отпустила спустя полчаса, держа лезвие бритвы у запястья, грозилась перерезать себе вены, говорила, что «не сможет без него жить». По дороге в больницу в машине скорой помощи начала «задышаться», говорила, «не может проглотить слюну, будто ком в горле встал». Из анамнеза известно, что пациентка росла впечатлительным и эмоциональным ребёнком, в школе имела много друзей и подружек, стремилась принимать участие в различных видах самодеятельности, «всегда была на виду». Рано начала пользоваться косметикой и проявлять интерес к противоположному полу. Всегда отличалась яркой внешностью и вызывающим поведением. К учёбе обнаруживала посредственные способности, ничем серьёзно не интересовалась, увлечения отличались поверхностностью. Рассказывая что-то, могла, не замечая этого, «приукрасить» действительность, немного приврать. Несмотря на отсутствие реальных успехов, была высокомерна и эгоистична, с трудом переносила похвалу в адрес других людей.</p> <p>На приёме отказывается говорить с врачом в присутствии родителей. После того как родственники вышли, рассказывает, что «на самом деле ничего с собой делать не собиралась, просто хотела, чтобы на неё обратили внимание, чтобы потом до парня это всё дошло и он чувствовал муки совести». Держится уверенно, внешне ухоженная, глаза красные от слёз. В суждениях инфантильна. К концу беседы начинает улыбаться доктору, в подробностях и красках рассказывая о произошедшей с молодым человеком ссоре.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Истерическое (гистрионное) расстройство личности. Декомпенсация по типу истерической реакции. (F60.4)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии упущена или нозология оценена как смежный тип психопатии
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз истерического расстройства личности ставится на основании относительной стабильности и тотальности личностных изменений в виде театральности, преувеличенности и лабильности эмоциональных реакций, поверхностности в интересах, увлечениях и межличностных связях. А также постоянного стремления к признанию со стороны окружающих и деятельности, позволяющей находиться в центре внимания, наряду с выраженным эгоцентризмом, тенденцией к лжи и готовностью к манипулятивному поведению для удовлетворения

		потребностей. Текущее состояние должно быть определено как реактивная истерическая личность с демонстративной угрозой суицида, обусловленная стрессовым фактором.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование или нозологической формы или текущего состояния. или Обоснование или нозологической формы или текущего состояния неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте план лечения и наблюдения пациента.
Э	-	Индивидуальная психотерапия — наиболее распространённая форма терапии расстройств личности. Существуют формы индивидуально психотерапии, рассчитанные как на длительные, так и на короткие сроки. Групповая психотерапия — при работе с данной категорией расстройств этот подход считается вторым по популярности после индивидуальной психотерапии. Психологическое просвещение — может быть использовано в качестве дополнительной меры. Терапия средой — проводится, как правило, в рамках терапевтических общин. Минимизация стрессовых воздействий на личность.
P2	-	План лечения и наблюдения составлен полностью верно.
P1	-	Не названы одна или две составляющие из списка или одна или две составляющих тактику лечения и наблюдения названы неверно.
P0	-	Не названы более двух составляющих тактику лечения и наблюдения Или Более двух составляющих тактику лечения и наблюдения названы неверно Или План лечения и наблюдения составлен полностью неверно.
B	4	Перечислите основные принципы терапии расстройств личности
Э	-	1. В случае декомпенсации расстройств личности, в виде неблагоприятно протекающих фаз или реакций – психофармакотерапия в зависимости от преобладающей симптоматики 2. Психотерапия и социо-реабилитационные мероприятия 3. Коррекция среды и минимизация стрессовых воздействий на личность
P2	-	Все принципы терапии названы верно.
P1	-	Не назван один из принципов Или Названо неверно один из принципов.
P0	-	Не названо два и более принципа. Или Названо неверно два и более принципа.

В	5	Перечислите основные диагностические критерии расстройств личности (триада Ганнушкина-Кербикова)
Э	-	Классическими диагностическими критериями расстройств личности является триада признаков в виде: 1) Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации; 2) их относительная стабильность, малая обратимость; 3) тотальность патологических черт личности, определяющих весь психический облик.
P2	-	Верно названы все диагностические критерии расстройств личности
P1	-	Не назван один критерий. Или Неверно назван один критерий
P0	-	Не названо два и более критерия Или Названо неверно два и более критерия
Н	-	015
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ИНСТРУКЦИЯ</b>
У	-	<p>Пациент, 19 лет, по настоянию матери впервые обратился к психиатру. Анамнез со слов матери: в возрасте 17 лет без видимой причины ухудшилось настроение, не было желания что-либо делать, отдалился от друзей, снизился аппетит, похудел за этот период на 10 кг, нарушился сон, вставал по утрам в 3-4 часа и не мог уснуть, появились идеи вины, считал себя виноват в своем состоянии, т.к. «может взять себя в руки», трудно было учиться, из-за снижения концентрации внимания и ухудшения памяти. Суицидальных мыслей не возникало. Такое состояние длилось около 8 месяцев, затем симптомы купировались, настроение стало ровным. К врачам не обращался, лечение не получал.</p> <p>В течение последних трех недель стал мало спать по ночам, настроение было приподнятое, временами был раздражителен, обрил голову, в высказываниях был непоследователен, говорил, что стал «Солнцем», видел свет «льющийся из меня на Землю».</p> <p>При осмотре: труднодоступен продуктивному контакту. На вопросы отвечает не по существу, не в плане задаваемого вопроса. Настроение повышено, с оттенком раздражительности. Речь громкая, скандированная. Многословен. Сообщает, что «в голове множество мыслей». Активно жестикулирует. Держится без дистанции. Во время беседы вскакивает, ходит по кабинету, отвлекается на посторонние вещи. Критики к поведению нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Биполярное аффективное расстройство (БАР) I типа, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не установлен текущий эпизод, не указано наличие или отсутствие психотической симптоматики.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз биполярного аффективного расстройства установлен на основе настоящего психического статуса – маниакальный эпизод с психотическими чертами длительностью 3 недели; в анамнезе депрессивный эпизод длительностью 8 месяцев. Текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами установлен на основании данных анамнеза: в течении последних трех недель сохранялось преимущественно повышенное настроение с раздражительностью, снизилась потребность во сне, присутствовал бред величия – стал «Солнцем» и галлюцинации видел свет «льющийся из неба на Землю» и данных объективного осмотра: повышение физической активности, повышенная говорливость, ускорение течения мыслей – субъективное ощущение скачки идей, поведение, неадекватное обстоятельствам (снижение нормального социального контроля), повышенная отвлекаемость.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование текущего эпизода. Или обоснование текущего эпизода дано неверно.
P0	-	Обоснование биполярного аффективного расстройства и текущего эпизода даны неверно. Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Установите и обоснуйте тип течения БАР.
О	-	БАР I типа установлен на основании данных анамнеза депрессивный эпизод в течении 8 месяцев, когда ухудшилось настроение, не было желания что-либо делать, отдалился от друзей, снизился аппетит, потеря веса за этот период на 10 кг, нарушился сон, вставал по утрам в 3-4 часа и не мог уснуть, появились идеи вины, трудно было учиться, из-за снижения концентрации внимания и ухудшения памяти. Текущий эпизод маниакальный с психотическими симптомами.
P2	-	Тип течения БАР установлен и обоснован верно.
P1	-	Тип течения БАР установлен верно, однако обоснован неполностью.
P0	-	Тип течения БАР установлен и обоснован полностью неверно.
B	4	Препараты каких групп Вы рекомендовали бы пациенту, в составе комбинированной терапии.
Э	-	Атипичный антипсихотик для купирования психотических (галлюцинаторно-бредовых) симптомов маниакального эпизода. Нормотимик для стабилизации настроения.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.

P1	-	Выбраны верные группы препаратов, однако выбор не обоснован. Верно только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы препаратов, кроме атипичных антипсихотиков и нормотимиков.
B	5	Через 6 месяцев лечения нормотимиком и антидепрессантом у пациентки купировались все симптомы заболевания. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Дальнейшая терапия направлена на предотвращение или ослабление будущего аффективного эпизода. В качестве препаратов первой линии терапии используются стабилизаторы настроения.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика лечения пациента выбрана полностью неверно.
H	-	016
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ИНСТРУКЦИЯ</b>
У	-	<p>Пациентка, 22 года, впервые самостоятельно обратилась к психиатру. Состояние изменилось 2 месяца назад без видимой причины. При осмотре выглядит подавленной, старше своего возраста, мимика бедная, во время беседы часто глубоко вздыхает. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, тоску, отсутствие интереса к работе, общению с друзьями, повышенную утомляемость и постоянное чувство усталости, отсутствие энергии и желания что-либо делать, нарушения сна, дневную сонливость, ухудшение концентрации внимания, сниженный аппетит. Суицидальные мысли отрицает.</p> <p>Из анамнеза известно, что с подросткового возраста у пациентки отмечалась склонность к смене настроения. Отмечались эпизоды легкого подъема настроения, когда она становилась активной, энергичной, снижалась потребность во сне, появлялось чувство физического благополучия. Были эпизоды сниженного настроения, когда была пассивной, меньше интересовалась обычными делами, снижался аппетит, становилась задумчивой, подавленной. Эпизоды колебания настроения были непродолжительными (от четырех-пяти дней до трех недель). К врачам не обращалась, медикаментозного и немедикаментозного лечения не получала. После минования фазы состояние психическое полностью нормализовалось.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Биполярное аффективное расстройство (БАР) II типа, текущий депрессивный эпизод средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не установлен текущий эпизод, не оценена тяжесть текущего эпизода.

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз биполярного аффективного расстройства установлен на основе настоящего психического статуса и данных анамнеза повторные эпизоды расстройства настроения и уровня активности; длительность эпизодов 3х недель до 5ти месяцев. Текущий депрессивный эпизод средней степени на основании жалоб пациентки на снижение настроения, продолжающееся около 2-х месяцев вне зависимости от ситуации; отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями (ангедония); снижение энергии и повышенная утомляемость; нарушенный сон, сниженная способность к концентрации внимания, нарушенный аппетит.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование текущего эпизода. Или обоснование текущего эпизода дано неверно.
P0	-	Обоснование биполярного аффективного расстройства и текущего эпизода даны неверно. Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Установите и обоснуйте тип течения БАР.
О	-	БАР II типа установлен на основании данных анамнеза отмечались эпизоды легкого подъема настроения, когда она становилась активно энергичной, снижалась потребность во сне, появлялось чувство физического благополучия (эпизоды гипомании). Были эпизоды снижения настроения, когда была пассивной, меньше интересовалась обычными делами, снижался аппетит, становилась задумчивой, подавленной (эпизоды депрессии).
P2	-	Тип течения БАР установлен и обоснован верно.
P1	-	Тип течения БАР установлен верно, однако обоснован не полностью.
P0	-	Тип течения БАР установлен и обоснован полностью неверно.
B	4	Препараты каких групп Вы рекомендовали бы пациентке, в составе комбинированной терапии.
Э	-	Нормотимик для стабилизации настроения. Антидепрессант для купирования депрессивной симптоматики.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны верные группы препаратов, однако выбор не обоснован. Выбрано верно только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы неверное..
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы препаратов, кроме нормотимиков и антидепрессантов.
B	5	Через 6 месяцев лечения нормотимиком и антидепрессантом у пациентки купировались все симптомы заболевания. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Э	-	Дальнейшая терапия направлена на предотвращение или ослабление будущего аффективного эпизода. В качестве препаратов первой линии терапии используются стабилизаторы настроения.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика лечения пациента выбрана полностью неверно.
H	-	017
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент А., 48лет.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность психопатологически отягощена: Б матери злоупотреблял алкоголем, умер в 42 года от туберкулёза. Есть младший брат, 45 лет, здоров. Беременность, роды у матери без патологий. Раннее детское развитие в пределах возрастной нормы. Рос спокойным, жизнерадостным ребёнком. С двух лет проживает в г. Б. ДДУ посещал с 7 лет, в школу пошёл с семи лет, учился хорошо. Окончил 10 классов, поступил в политехнический институт, кораблестроительный факультет, успешно закончил его. Последние 4 года работает преподавателем в автошколе. Был дважды женат, имеет двух детей.</p> <p>Анамнез заболевания: Впервые употребил алкоголь в 16 лет. С 26 лет употреблял алкоголь редко, до 1 раза в месяц, водки до 200 мл в сутки, пиво до 500 мл в сутки. В 28 лет стал употреблять алкоголь чаще, до 3 раз в неделю. С 35 лет усилилась тяга к употреблению алкоголя, мог выпить до нескольких дней подряд, появились неприятные ощущения в виде общего дискомфорта, головокружения, которые купировались приёмом новых доз алкоголя, употреблял преимущественно крепкий алкоголь. Отмечалось увеличение дозы принятого алкоголя: до 500-1000 мл крепкого алкоголя в сутки, употреблял часто больше, чем планировал. В настоящее время употребляет крепкие алкогольные напитки: водка до 7-9 дней подряд, с перерывом от 1 до 2-х месяцев, эпизодически может выпить шампанское до 200 мл в сутки на протяжении от одного до двух дней. Прекращает пить из-за проблем с работой. В 38 лет обращался за помощью к наркологу, «подшивал эспераль», практически сразу продолжил употреблять алкоголь.</p> <p>Психический статус: Ориентирован в месте, времени верно. Из рта слабый запах алкоголя. Хочет перестать употреблять алкоголь, «пробовал много, за здоровье своё беспокоюсь», страдает плохим самочувствием: головокружение, тошнота, сниженное настроение - после приёма алкоголя. Говорит о приёме новых доз алкоголя, чтобы улучшить своё состояние во время опьянения «весёлый, нормальный». При разговоре об алкоголе иногда начинает смеяться, шутит на эту тему. Мышление обычного типа. Обманы восприятия, идеи воздействия отрицает. Суицидальных мыслей и намерений нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Диагноз: Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия. Активное потребление
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии упущена или неверно оценены стадия алкогольной зависимости; неверно оценен ведущий синдром.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз выставлен на основании анамнеза жизни (наследственная отягощённость – брат матери злоупотреблял алкоголем); анамнеза заболевания (употребление алкоголя стало носить навязчивый характер, появилась тяга, сформировался абстинентный синдром, отмечается притупленность толерантности к алкоголю, употребление алкоголя в виде псевдозапой, наличие проблем с работой из-за употребления алкоголя) и настоящего психического статуса (описание симптомов абстиненции в виде головокружения, тошноты, сниженного настроения, изменений личности по алкогольному типу, состояния алкогольного опьянения) Средняя стадия выставлена на основании компульсивного употребления алкоголя, наличия абстинентного синдрома, употребления алкоголя по типу псевдозапой, наличия изменений личности по алкогольному типу. Активное потребление определяется на основании состояния пациента и данных лабораторной диагностики.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование стадии заболевания, или ведущего синдрома, или Обоснование стадии заболевания, или ведущего синдрома дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какой дополнительный метод исследований Вы должны провести для подтверждения диагноза зависимости от алкоголя и что он выявляет?
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо провести количественное определение алкоголя в выдыхаемом воздухе, а также качественное определение алкоголя в моче.
P2	-	Выбран верный метод исследования.
P1	-	Метод выбран верно, но неправильно указано, что он выявляет. Или Метод указан верно, но не указано, что он выявляет.
P0	-	Метод указан неверно.
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	В виду наличия абстинентного синдрома, выраженной тяги к употреблению алкоголя показано назначение антагонистов опиоидных рецепторов, ингибиторов алкогольдегидрогеназы, индивидуальной, групповой психотерапии.

P2	-	Выбрана верная группа препаратов – антагонисты опиоидных рецепторов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана правильная группа средств, однако выбор не обоснован. или Выбраны препараты с другим механизмом действия, обоснование выданной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме антагонистов опиоидных рецепторов.
B	5	При применении рекомендованных антагонистов опиоидных рецепторов у пациента появились сонливость, тошнота, некоторая раздражительность. Обоснуйте Вашу тактику ведения.
Э	-	В течение недели побочные эффекты должны пройти самостоятельно. В случае сохранения побочных эффектов необходимо принять решение о снижении дозы или пересмотре терапии.
P2	-	Верно оценено состояние пациента, верно выбрана дальнейшая тактика ведения пациента.
P1	-	Верно оценено состояние, однако выбор дальнейшей тактики не верен. или Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.
P0	-	Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения пациента неверна.
H	-	018
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент М., 43 года.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность психопатологически отягощена: по линии отца один из дядей злоупотреблял алкоголем. Есть старшая сестра, 51 год, здорова. Родился в г. П. Беременность, роды у матери без патологии. Раннее детское развитие в пределах возрастной нормы. Родился активным, жизнерадостным ребёнком. ДДУ посещал с 3-х лет, в школу пошёл с семи лет, учился хорошо. Окончил 10 классов, переехал жить в г.Н, закончил политехнический институт. По специальности не работал. В течение 15 лет занимался игорным бизнесом. Последние 6 лет директор ночного клуба. Женат, от брака имеет дочь.</p> <p>Анамнез заболевания. Впервые попробовал алкоголь в 17 лет. С 19 лет употреблял алкоголь практически каждые выходные, крепкие алкогольные напитки до 200 мл в сутки, пиво до 1 литра в сутки. С 23 лет участились эпизоды употребления алкоголя до нескольких дней подряд, но мог отказаться от употребления алкоголя по желанию. С 35 лет выраженная, трудно преодолимая тяга к алкоголю, употреблял крепкий и слабый алкоголь. Отмечался рост толерантности: до 400-600 мл крепкого алкоголя в сутки употреблял часто больше, чем планировал. Алкогольный абстинентный синдром с 37 лет, последние 6 месяцев появились физические симптомы абстиненции в виде головной боли, сердцебиения, потливости, тремора.</p>

		<p>которые купируется приёмом алкоголя. В настоящее время употребляет крепкие алкогольные напитки: виски, водка, коньяк до 3-х-4х дней по с перерывом от 3-х до 5-х дней. Прекращает пить из-за проблем на работе конфликтов с женой. Впервые обращался за помощью к наркологу в 2010 году, лечился путём «кодирования», после этого не употреблял алкоголь в течение года. После четырёхдневного запоя в течение двух суток болен не спал, появился вначале безотчетный страх, затем вечером при закрытии глаз видел какие-то страшные морды животных. Ночью вдруг увидел рядом с кроватью «черного человека», по полу бегали маленькие страшные люди, чудовища. Критики к своему состоянию нет. Все тело дрожит, тахикардия. Был госпитализирован в наркологический стационар</p> <p>Психический статус: Встревожен, напряжён, Ориентирован в собственной личности верно. Говорит, что находится на корабле, «отправился в плавание на ледоколе». Настроение немного снижено. Контакт доступен, на вопросы отвечает не всегда по существу. Боится, что начнётся шторм, все погибнут. Критика к своему состоянию отсутствует.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия. Абстинентное состояние . Делириозное помрачение сознания.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии упущена или неверно оценены стадия или алкогольный психоз; неверно оценен ведущий синдром.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз выставлен на основании анамнеза жизни (наследственность отягощена злоупотреблением алкоголя со стороны братьев отца); анамнез заболевания (употребление алкоголя стало носить навязчивый характер, появилась тяга, сформировался абстинентный синдром, отмечается снижение толерантности к алкоголю, употребление алкоголя в виде псевдозапой, наличие проблем с работой из-за употребления алкоголя) и настоящего психического статуса (наличие зрительных обманов восприятия фантастического содержания, нарушении ориентировки в месте, времени). Средняя стадия выставлена на основании компульсивного употребления алкоголя, наличия абстинентного синдрома, употребления алкоголя по типу псевдозапоев, наличия изменений личности по алкогольному типу. Абстинентное состояние определяется на основании жалоб пациента: тремор, тахикардию.</p> <p>Делириозное помрачение сознания выставлено на основании ведущего психического статусе зрительных обманов восприятия, нарушения ориентировки.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование стадии заболевания, или ведущего синдрома или Обоснование стадии заболевания или ведущего синдрома дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или

		Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какой дополнительный метод исследований должны провести для определения тактики лечения и что он выявляет?
Э	-	Для определения тактики лечения необходимо определить содержание крови основных электролитов с целью выявления метаболического ацидоза или алкалоза
P2	-	Выбран верный метод исследования.
P1	-	Метод выбран верно, но неправильно указано, что он выявляет. Или Метод указан верно, но не указано, что он выявляет.
P0	-	Метод указан неверно.
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	В виду остроты состояния предпочтительным является назначение релаксантов, усиленного наблюдения, дезинтоксикационная терапия, транквилизаторы (диазепам, феназепам).
P2	-	Выбрана верная группа психотропных средств – транквилизаторы, выбор обоснован.
P1	-	Выбрана правильная группа психотропных средств, однако выбор не обоснован. или Выбраны другие препараты, обоснование выбора данной группы верно
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы психотропных лекарственных препаратов, кроме транквилизаторов.
В	5	При применении рекомендованных транквилизаторов у пациента появились смазанность речи, повышенная сонливость, нарушение координации. Обоснуйте Вашу тактику ведения.
Э	-	В статусе пациента появились проявления терапии транквилизаторами. Показано назначение нейропротективной, антиоксидантной терапии (глатилин, цераксон, мексидол).
P2	-	Верно оценено состояние пациента, верно выбрана дальнейшая тактика ведения пациента.
P1	-	Верно оценено состояние, однако выбор дальнейшей тактики не верен или Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.
P0	-	Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения пациента неверна.
Н	-	019
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<b>Пациентка А., 44 года</b> <b>Наследственность</b> пациентки отягощена тревожными расстройствами в линии деда и отца. Дед и отец пациентки никогда не наблюдались у

	<p>психиатров, однако, со слов отца, на протяжении жизни у них быва достаточно длительные периоды, когда они испытывали острые приступы тревоги, по описанию соответствующие клиническим проявлениям панической атаки. Эти приступы возникали внезапно, сопровождались страхом смерти, вегетативными проявлениями - тахикардией, ощущением нехватки воздуха, слабостью, повышением артериального давления. Отец больной в период между приступами боясь их повторения, старался избегать любых физических нагрузок, выбирал пешие маршруты таким образом, чтобы «избежать пути в и т. п. При этом какой-либо значимой соматической патологии, которая могла бы обусловить такую симптоматику, не выявлялось. В последующем у деда пациентки и у ее отца эти проявления нивелировались, никак не отразившись на их социальной адаптации. Отец пациентки до настоящего времени активно работает.</p> <p><b>Анамнез.</b> Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности в полной семье, младшей из двух дочерей. Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. По характеру формировалась общительной, активной, эмоциональной, впечатлительной. В школу пошла с семи лет, училась хорошо, с удовольствием общалась со сверстниками, стойких хобби не формировала. Посещала музыкальную школу. Менструации - с 13 лет, регулярные, малоболезненные. В пубертатный период по характеру существенно не менялась. Отмечает, что с детства была чрезмерно тревожной, склонной волноваться по малозначимым поводам, «делать из мухи слона». Тревожность особенно усиливалась в ответственные моменты, например, перед контрольными или экзаменами, несмотря на то, что всегда хорошо училась. В период подготовки очень волновалась, боялась, что не справится. В такие периоды испытывала тревогу, внутреннюю напряженность, раздражение, что заставляло ее, запершись в комнате, «биться головой о стену, что как-то разрядится, отвлечься». После окончания 11 классов школы поступила в Московский государственный университет. Училась хорошо с интересом, имела близких друзей среди сверстников. Несмотря на то, что все жизненные обстоятельства в тот период складывались благополучно, «всегда находила себе поводы для тревоги». Во время учебы в институте эпизодически (в основном в период сессий) принимала феназепам для купирования тревоги. Потребность в приеме феназепама была связана с усилением чувства внутренней напряженности, неуверенности, опасений провалить экзамен. В таком состоянии часто испытывала головные боли, которые мешали сосредоточиться. После окончания университета работала секретарем-референтом, с работой справлялась. В возрасте 26 вышла замуж по любви, в возрасте 28 лет родила сына. После родов постепенно нарастала тревожность. Постоянно испытывала беспокойство о ребенке, боялась, что с ним может что-то случиться. Настроение было пониженным из-за постоянной тревоги. Беспокоили головные боли, учащенное сердцебиение, быстрая утомляемость, часто подолгу не могла заснуть. Отношения с мужем постепенно ухудшались. Он стал часто отсутствовать дома, не помогал по дому. Когда ребенку было два года, муж поднял вопрос о разводе, выдвигая требование, чтобы ребенок жил с ним. Пациентка тяжело переживала этот разрыв, пыталась сохранить семью, опасалась, что муж заберет ребенка, боролась с этим решением. В этот период посмотрела по телевизору фильм, сюжет которого был связан с похищением ребенка. С этого</p>
--	---

		момента резко усилилась тревога за ребенка, при малейшей провокации стали возникать наплывы тревожных мыслей о возможных опасных ситуациях, которые могут угрожать сыну (травма, похищение и т. п.). Особенно часто такие эпизоды возникали на фоне усталости. Несмотря на привязанность к сыну, больная занималась им мало. Как только ребенок начинал капризничать или шалить и требовалось проявление строгости, у больной возникала тревога за ребенка, страх, что с ним может что-то случиться, появлялась раздражительность. На протяжении последующих шести месяцев состояние постепенно ухудшалось: усиливался внутренний дискомфорт, ощущение беспокойства, утомляемость. Наплывы тревожных опасений за сына учащались. С домашними делами и уходом за ребенком справлялась с трудом. Большую их часть выполняла мать пациентки. На этом фоне ухудшилось настроение, испытывала подавленность, вялость. В таком состоянии впервые обратилась к психиатру. Наблюдалась амбулаторно.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Генерализованное тревожное расстройство.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: диагностирован на симптоматическом уровне, не определено психическое расстройство в соответствии с МКБ-10.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p><b>Диагноз поставлен на основании критериев МКБ-10</b>  <b>F41.1 Генерализованное тревожное расстройство</b>  <b>А. Период по меньшей мере шесть месяцев с выраженной напряженностью, беспокойством и чувством предстоящих неприятностей в повседневных событиях и проблемах</b>  <b>Б. Должны присутствовать по меньшей мере четыре симптома из следующего списка, причем один из них - из перечня 1-4:</b>  1) усиленное или учащенное сердцебиение;  2) потливость;  3) тремор или дрожь;  4) сухость во рту (но не от лекарств или дегидратации).  <b>Симптомы, относящиеся к груди и животу:</b>  5) затруднения в дыхании;  6) чувство удушья;  7) боль или дискомфорт в груди;  8) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке).  <b>Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:</b>  9) чувство головокружения, неустойчивости или обморочности;  10) чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное тело отделилось или «по настоящему находится не здесь»;  11) страх потери контроля, сумасшествия или смерти;  12) страх умереть.  <b>Общие симптомы:</b>  13) приливы или ознобы;  14) онемение или ощущение покалывания.</p>

		Симптомы напряжения: 15) мышечное напряжение или боли; 16) беспокойство и неспособность к релаксации; 17) чувство нервозности, «на взводе» или психического напряжения; 18) ощущение комка в горле или затруднения при глотании. Другие неспецифические симптомы: 19) усиленное реагирование на небольшие сюрпризы или на испуг; 20) затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове»; тревоги или беспокойства; 21) постоянная раздражительность; 22) затруднение при засыпании из-за беспокойства.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии ГТР.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациент был обследован врачами различных специальностей в течение 3 лет. Ему рекомендовано предоставить результаты проведенных обследований в динамике. Необходимо провести <a href="#">исследование структуры личности</a> и <a href="#">патопсихологическое обследование</a> для исключения аффективных, тревожных, депрессивных и бредовых расстройств.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Пациенту показано патогенетическое психотерапевтическое лечение, так как он страдает ГТР.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Пациент нуждается в повторных обследованиях для исключения соматической и неврологической патологии, медикаментозном лечении у невролога (сосудистые, успокаивающие препараты, ноотропы) и санаторно-курортном лечении.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отметил существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Назначение психотропных препаратов, рекомендованных в соответствии с инструкцией для лечения невротических расстройств: антидепрессанты (прежде всего современных, из группы СИОЗС), мягких нейролептиков.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана частично верно: нуждается в приеме транквилизаторов, успокаивающих, ноотропов.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Н	-	020
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент С.Л., 35 лет. Жалобы: судорожные приступы с выключением сознания.</p> <p>Болен с 19 лет. Наследственность отягощена эпилепсией по материнской линии. Пароксизмы характеризуются внезапной потерей сознания, напряжением произвольной мускулатуры, внезапным и быстрым падением, сопровождаемым громким криком, остановкой дыхания, нарастающей бледностью кожи и слизистых, сменяющаяся цианозом. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Через 30—60 секунд верхняя челюсть совершает движения, при которых происходит ритмическое смыкание ротовой щели, изо рта выделяется пена, окрашенная кровью так как обычно больной прикусывает язык. Голова совершает ритмические движения сгибания и разгибания, режес ротации. В плечах отмечаются сгибание и разгибание, в предплечьях — разгибательные и пронаторные движения; в ногах судороги по типу тройного укорочения последующего удлинения, дыхание восстанавливается, становится шумным, прерывистым. Возможно непроизвольное мочеиспускание. Сознание глубоко помрачено. По прошествии двух-трех минут, выявляется мышечная гипотония, патологические рефлексy, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Затем следовал глубокий продолжительный сон. Воспоминаний о припадках у больного не сохранялось.</p> <p>ЭЭГ: (межприступный период) Короткие вспышки генерализованной полипик-волновой активности с амплитудным преобладанием в левой гемисфере и частотой около 3 Гц.</p> <p>В отделении психиатрической больницы у больного, страдающего эпилепсией, развились судорожные припадкy с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Припадкy повторялись с интервалом в 5-10 минут. В промежутках между припадками больной находился в коматозном состоянии.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Эпилептический статус
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью. 1)
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании характерной клинической картины (серия судорожных припадков без восстановления сознания между приступами), данных анамнеза (пациент болен эпилепсией в течение 17 лет) и результатов функциональных методов исследования по данным ЭЭГ (Короткие вспышки генерализованной полипик-волновой активности).

		с амплитудным преобладанием в левой гемисфере и частотой около Гц.). Критерии диагноза по МКБ-10 (G 41): 1. Следующие один за одним эпилептические припадки. 2) 2. Нарушение сознания в межприступный период.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: нет критериев диагностики эпилептического статуса по МКБ-10 .
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациен
Э	-	Пациенту рекомендовано: Проведение ЭЭГ-видеомониторинга, МР головного мозга.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полностью.
P0	-	План обследования составлен неверно.
B	4	Какой препарат является средством выбора для купирования данного состояния? Какие препараты применяются на начальной и разверну
Э	-	1. Средство выбора для купирования эписостояния – диазепам (релакседуксен). 2. На начальной стадии для купирования эпилептического статуса применяются такие препараты: Диазепам; Лоразепам; Депакин; Оксibuтират натрия. На развернутой стадии ЭС применяют: Диазепам; Лоразепам; Фенобарбитал; Тиопентал натрия.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Ответ дан не полностью: не названы препараты для купирования развернутой стадии.
P0	-	Ответ неверный: названы другие группы лекарственных препаратов
B	5	Тактика первичных лечебных мероприятий в данном случае.
Э	-	Оказание первичной неотложной помощи в отделении (купирование эписостояния), перевод в реанимационное отделение (при его наличии стационаре) или вызов реанимационной бригады для транспортировки пациента в ОРИТ. В дальнейшем- стационарное лечение, наблюдение эпилептолога, психиатра.
P2	-	Тактика лечебных мероприятий выбрана верно.
P1	-	Тактика лечебных мероприятий не содержит все необходимые дейст
P0	-	Тактика лечебных мероприятий выбрана не верно.

## 4.2. Тестовые задания для оценки компетенций:

## Раздел 1. Организация психиатрической помощи и преемственности психиатрии

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>
1. СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАНИНА ИМЕЮТ ПРАВО ЗАПРАШИВАТЬ

<p>а) никому не дано такого права б) соседи в) его сотрудники по работе г) судебно-следственные органы и вышестоящие органы здравоохранения д) участковые врачи территориальных поликлиник</p>
<p>2. СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ, А ТАКЖЕ ЛИЦА, ПРИЗНАННОГО В УСТАНОВЛЕННОМ ЗАКОНОМ ПОРЯДКЕ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ, ДАЕТСЯ</p> <p>а) самим лицом, страдающим психическим расстройством, в письменной форме б) самим лицом, страдающим психическим расстройством, в устной форме в) его законным представителем в письменной форме г) его законным представителем в устной форме д) другими ближайшими родственниками</p>
<p>3. АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦА, СТРАДАЮЩЕГО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 15 ЛЕТ, НЕ ПРИЗНАННОГО В УСТАНОВЛЕННОМ ЗАКОНОМ ПОРЯДКЕ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ, ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) после получения его письменного согласия б) после получения его устного согласия в) после получения согласия его ближайших родственников г) без его согласия д) после получения санкции судьи</p>
<p>4. ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦА, СТРАДАЮЩЕГО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, БЕЗ ЕГО СОГЛАСИЯ ИЛИ БЕЗ СОГЛАСИЯ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ</p> <p>а) не может проводиться б) может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера в) может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации г) может проводиться всем больным, находящимся под диспансерным наблюдением д) все перечисленное неверно</p>
<p>5. ПРАВО НА ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ИМЕЮТ</p> <p>а) все лица без исключения б) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением в) только госпитализированные в недобровольном порядке г) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера д) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке</p>
<p>6. ПРИ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО, В НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЯХ, РЕШЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ БОЛЬНОГО МОЖЕТ ПРИНИМАТЬСЯ</p> <p>а) врачом-психиатром единолично б) только комиссией врачей-психиатров в) только с санкции прокурора г) только по постановлению суда д) только по разрешению главного психиатра</p>
<p>7. СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ПОЛУЧАТЬ ОТ БОЛЬНОГО ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ</p> <p>а) только в начале курса терапии б) при каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии</p>

<p>в) в начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений</p> <p>г) при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар</p> <p>д) при проведении принудительного лечения</p>
<p>8. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ВРАЧОМ-ПСИХИАТРОМ ДИСПАНСЕРА СВЕДЕНИЙ, ДАЮЩИХ ОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛАГАТЬ НАЛИЧИЕ У ЛИЦА ТЯЖЕЛОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, КОТОРОЕ ОБУСЛОВЛИВАЕТ ЕГО НЕПОСРЕДСТВЕННУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ СЕБЯ И ОКРУЖАЮЩИХ, ВРАЧ-ПСИХИАТР МОЖЕТ ПОВЕСТИ НЕДОБРОВОЛЬНОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ</p> <p>а) только с разрешения главного врача диспансера</p> <p>б) только с разрешения главного психиатра данной территории</p> <p>в) только после получения санкции судьи</p> <p>г) только по решению комиссии врачей-психиатров</p> <p>д) самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны</p>
<p>9. НЕДОБРОВОЛЬНОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ БОЛЬНОГО, СОСТОЯЩЕГО ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ, МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ</p> <p>а) только с разрешения главного врача диспансера</p> <p>б) только с разрешения главного психиатра данной территории</p> <p>в) только с санкции судьи</p> <p>г) только с санкции прокурора</p> <p>д) по единоличному решению врача-психиатра, без получения чьего-либо разрешения</p>
<p>11. РЕШЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦОМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, ИЛИ ЕГО ПРЕКРАЩЕНИИ ПРИНИМАЕТСЯ</p> <p>а) врачом-психиатром единолично</p> <p>б) комиссией врачей-психиатров</p> <p>в) главным врачом диспансера</p> <p>г) только судом</p> <p>д) только прокурором</p>
<p>12. ЛИЦО, ПОМЕЩЕННОЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ, ДОЛЖНО ОСМАТРИВАТЬСЯ КОМИССИЕЙ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ</p> <p>а) однократно, в течение 48 часов с момента госпитализации</p> <p>б) ежедневно, в течение всего периода недобровольного пребывания в стационаре</p> <p>в) в течение 48 часов с момента госпитализации и далее, не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев</p> <p>г) не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев</p> <p>д) в течение 48 часов с момента госпитализации и далее ежедневно в течение всего периода недобровольного пребывания в стационаре</p>
<p>13. ПРИ НАХОЖДЕНИИ ПАЦИЕНТА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ МОГУТ БЫТЬ ОГРАНИЧЕНЫ ЕГО СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВА</p> <p>а) встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине</p> <p>б) выписывать газеты и журналы</p> <p>в) иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой</p> <p>г) обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара</p> <p>д) подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату</p>

<p>14. ВЫПИСКА ПАЦИЕНТА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОГО В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ, ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) по его личному заявлению</li><li>б) по единоличному решению лечащего врача</li><li>в) по заключению комиссии врачей-психиатров либо по постановлению судьи об отказе в продлении недобровольной госпитализации</li><li>г) по просьбе родственников</li><li>д) по решению главного врача психиатрического стационара</li></ul>
<p>15. ВЫПИСКА ИЗ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ПАЦИЕНТА, К КОТОРОМУ ПРИМЕНЕНЫ ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА, ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) по его личному заявлению</li><li>б) по единоличному решению лечащего врача</li><li>в) по заключению комиссии врачей-психиатров</li><li>г) по решению главного врача психиатрического стационара</li><li>д) только по решению суда</li></ul>
<p>16. ПРАВО НА ИНФОРМАЦИЮ О ХАРАКТЕРЕ ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИМЕЮТ ЛИЦА, СТРАДАЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) все</li><li>б) недееспособные и несовершеннолетние через своего законного представителя</li><li>в) за исключением находящихся на принудительном лечении</li><li>г) за исключением госпитализированных в недобровольном порядке</li><li>д) все перечисленное неверно</li></ul>
<p>17. ДО ПОСТАНОВЛЕНИЯ СУДЬИ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПРИ НАЛИЧИИ ТЯЖЕЛОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) заявление граждан о неправильном поведении пациента</li><li>б) направление в стационар психиатра скорой медицинской помощи</li><li>в) направление в стационар психиатра психоневрологического диспансера (отделения, кабинета)</li><li>г) беспомощность пациента, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности</li><li>д) ни одно из перечисленных</li></ul>
<p>18. ЗАЯВЛЕНИЕ В СУД ПО ВОПРОСУ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЛИЦА В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПОДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) родственниками лица</li><li>б) участковым психиатром</li><li>в) представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо</li><li>г) комиссией врачей-психиатров</li><li>д) ни одно из перечисленных</li></ul>
<p>20. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) его просьба или согласие</li><li>б) согласие обоих родителей и решение органа опеки и попечительства</li><li>в) просьба или согласие его законного представителя, а при отсутствии такового решение органа опеки и попечительства</li><li>г) просьба или согласие его дальнего родственника</li><li>д) ни одно из перечисленных</li></ul>
<p>21. РЕШЕНИЕ ОБ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИНЯТО</p>

а) врачом любой специальности
б) фельдшером станции скорой медицинской помощи
в) только врачом-психиатром
г) органом управления здравоохранением
д) ни одним из перечисленных
<b>22. ДЛЯ ПОМЕЩЕНИЯ ОБВИНЯЕМОГО В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР НА СТАЦИОНАРНУЮ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ</b>
а) достаточно постановления следователя
б) необходимо постановление следователя с санкцией прокурора
в) необходимо определение суда
г) необходимо постановление прокурора, которому следователь обязан передать дело
д) все перечисленное неверно

Раздел 2. Общая психопатология с основами медицинской психологии

Тестовые задания с вариантами ответов	
<b>23. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</b>	
а) физической истощаемости	
б) психической истощаемости	
в) фиксационной амнезии	
г) аффективной лабильности	
д) вегетативными расстройствами	
<b>24. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</b>	
а) проявлений раздражительной слабости	
б) аффективной лабильности	
в) явлений "усталости, не ищущей себе покоя"	
г) ментизма	
д) головных болей и вегетативных нарушений	
<b>25. ДЛЯ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</b>	
а) легкие нарушения сознания в виде обнубиляции	
б) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению	
в) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха	
г) резко выраженную утомляемость	
д) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории	
<b>26. КЛАССИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</b>	
а) эмоциональным торможением	
б) двигательным торможением	
в) идеаторным торможением	
г) всем перечисленным	
д) ничем из перечисленного	
<b>27. ДЛЯ ДЕПРЕССИВНОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</b>	
а) сниженного настроения	
б) двигательного торможения	
в) меланхолического раптуса	
г) идеаторного торможения	
д) всего перечисленного	

<p>28. ДЕПРЕССИВНОЕ ИДЕАТОРНОЕ ТОРМОЖЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНО ВСЕМ ПРОЯВЛЕНИЯМИ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) концентрации мышления на депрессивной фабуле</li><li>б) затруднения запоминания</li><li>в) затруднения воспроизведения</li><li>г) депрессивного моноидеизма</li><li>д) явлений прогрессирующей амнезии</li></ul>
<p>29. К ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИВНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) повышенную чувствительность</li><li>б) бедность мимики</li><li>в) ощущение мышечной слабости</li><li>г) замедление движений</li><li>д) явления депрессивного ступора</li></ul>
<p>30. К СОМАТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИИ ОТНОСЯТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) запоры</li><li>б) дисменорея</li><li>в) похудание</li><li>г) все перечисленное</li><li>д) ничего из перечисленного</li></ul>
<p>31. К СОМАТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИЙ МОГУТ ОТНОСИТЬСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) повышение веса</li><li>б) отсутствие аппетита</li><li>в) постарение</li><li>г) все перечисленное</li><li>д) ничего из перечисленного</li></ul>
<p>32. ЧТО ВЫХОДИТ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН В КЛИНИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ БОЛЬНЫХ С «МАСКИРОВАННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ»</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) нарушения мимики и пантомимики</li><li>б) пониженное настроение</li><li>в) интеллектуально-мнестические нарушения</li><li>г) изменения личности</li><li>д) соматовегетативные функциональные расстройства</li></ul>
<p>33. МЕЛАНХОЛИЧЕСКИЙ РАПТУС ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного</li><li>б) двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий</li><li>в) расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения</li><li>г) периодически и внезапно возникающая страсть к воровству</li><li>д) двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием</li></ul>
<p>34. ДЕПРЕССИВНЫЙ СТУПОР ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) невротической депрессии</li><li>б) маниакально-депрессивном психозе</li><li>в) патохарактерологических реакциях</li><li>г) формирующейся психопатии</li><li>д) неврозе навязчивых состояний</li></ul>
<p>35. С НАЛИЧИЕМ ГИПОМАНИАКАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) повышенный аппетит</li><li>б) нарушение сна</li></ul>

<p>в) расторможение влечений г) все перечисленные д) ни одно из перечисленных</p>
<p>36. МАНИАКАЛЬНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) повышенным настроением б) ускорением ассоциаций в) двигательным возбуждением г) всем перечисленным д) ничем из перечисленного</p>
<p>37. МАНИАКАЛЬНОЕ ИДЕАТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) гипермнезию б) конфабуляции в) ускорение ассоциаций г) явления повышенной отвлекаемости со скачкой идей д) идеаторную "спутанность"</p>
<p>38. ПРИЗНАКАМИ ГИПОМАНИАКАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) повышенная активность б) повышение настроения в) нарушение сна г) все перечисленные д) ни один из перечисленных</p>
<p>39. ГИПЕРМЕТАМОРФОЗ ЭТО</p> <p>а) расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям б) неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта в) замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества г) нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью д) ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением</p>
<p>40. ОБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желаний б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий г) всем перечисленным д) ничем из перечисленного</p>
<p>41. К ОТВЛЕЧЕННЫМ НАВЯЗЧИВОСТЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка) б) навязчивое чувство антипатии в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д. г) навязчивый счет д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов</p>

<p>42. НАВЯЗЧИВЫЕ ВЛЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) появления вопреки разуму, воли и чувству</p> <p>б) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие</p> <p>в) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного</p> <p>г) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления чуждого влечения</p> <p>д) чувством навязанности, сделанности из вне</p>
<p>43. НАВЯЗЧИВЫЙ СТРАХ (ФОБИЯ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности</p> <p>б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним</p> <p>в) наличия конкретного содержания</p> <p>г) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного</p> <p>д) возможности быть всеохватывающим</p>
<p>44. НАВЯЗЧИВЫЕ СОМНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий</p> <p>б) сомнение в правильности и точности исполнения</p> <p>в) стремление проводить перепроверки</p> <p>г) возможность продолжаться до бесконечности</p> <p>д) успокоение больного многократными проверками</p>

### Раздел 3. Частная психиатрия

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>66. ШИЗОФРЕНИЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЮТ В ВОЗРАСТЕ</p> <p>а) подростковом</p> <p>б) молодом</p> <p>в) зрелом</p> <p>г) старческом</p> <p>д) одинаково во всех возрастных группах</p>
<p>67. ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА, КРОМЕ</p> <p>а) неврозоподобных расстройств</p> <p>б) бредовых расстройств</p> <p>в) галлюцинаторно-бредовых расстройств</p> <p>г) судорожного синдрома</p> <p>д) верно а) и г)</p>
<p>68. СПЕЦИФИЧЕСКИМИ, ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ТОЛЬКО ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА</p> <p>а) синдром Кандинского - Клерамбо</p> <p>б) псевдогаллюцинации</p> <p>в) интерпретативный бред</p> <p>г) все перечисленные</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>
<p>69. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ (НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ) ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) снижения энергетического потенциала</p> <p>б) эмоционального обеднения</p>

<p>в) нарастающей интравертированности  г) утраты единства психических процессов  д) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов</p>
<p>70. ДЛЯ МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) замедление ассоциативного процесса  б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления  в) обстоятельность  г) ускорение ассоциативного процесса  д) все перечисленное</p>
<p>71. ДЛЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций  б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций  в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие  г) все перечисленное  д) ничего из перечисленного</p>
<p>72. ДЛЯ ВНЕШНЕГО ВИДА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ СВОЙСТВЕННЫ</p> <p>а) неадекватная мимика  б) исчезновение вазомоторных реакций  в) "стальной" блеск глаз  г) замедленность или ускоренность пантомимики  д) верно а) и б)</p>
<p>73. ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) непрерывно-прогредиентного  б) вялотекущей  в) кататонической  г) приступообразно-прогредиентного  д) рекуррентного</p>
<p>74. ДЛЯ ВСЕХ НЕПРЕРЫВНОТЕКУЩИХ ФОРМ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>А) ОСТРОЕ, ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО  б) развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики  в) выраженные аффективные фазы  г) все перечисленное  д) ничего из перечисленного</p>
<p>75. ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОТЕКУЩИХ ФОРМ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВЕРТЫВАНИЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ, КРОМЕ</p> <p>а) бредовых  б) аффективных (психические депрессии, мании)  в) галлюцинаторных  г) кататонических  д) невротоподобных</p>
<p>76. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) возникновения в зрелом возрасте  б) начала болезни с негативной симптоматикой  в) быстроты наступления конечного состояния с момента манифестации психоза  г) синдромальной незавершенности позитивных расстройств, их полиморфизма  д) тяжести конечных состояний</p>
<p>77. ДЛЯ ИНИЦИАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) падения психической продуктивности</p>

<p>б) нарастания эмоциональных изменений  в) явлений искаженного пубертатного криза  г) рудиментарных бредовых и галлюцинаторных расстройств  д) выраженных аффективных расстройств</p>
<p>78. ПЕРИОД МАНИФЕСТАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ</p> <p>а) "большого психоза" с полиморфизмом симптоматики и синдромальной незавершенностью  б) аффективных фаз  в) высокосистематизированного паранойяльного бреда  г) фебрильного приступа  д) онейроидного помрачения сознания с выраженными кататоническими расстройствами и мегаломанической фабулой переживаний</p>
<p>79. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ "ЛЮЦИДНАЯ" КАТАТОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) отсутствием помрачения сознания  б) сочетанием кататонических расстройств с бредовыми и галлюцинаторными  в) низкой степенью систематизации бредовых идей, сопутствующих кататоническим расстройствам  г) всем перечисленным  д) ничем из перечисленного</p>
<p>80. ПРОСТОЙ ВАРИАНТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) гебефреническим синдромом  б) негативными симптомами  в) кататоническим синдромом  г) бредовыми синдромами  д) аффективными синдромами</p>
<p>81. ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ</p> <p>а) на юношеский возраст  б) на детский возраст  в) на зрелый возраст  г) на период инволюции  д) на поздний возраст</p>
<p>82. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО ОТРАЖАЮТ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ЭНДОГЕННОГО ПРОЦЕССА К ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ СЛЕДУЮЩИЕ КРИТЕРИИ</p> <p>а) преобладание бредовых расстройств в клинической картине болезни и характерная последовательность их развития  б) отсутствие фазности в течении болезни  в) выраженные аффективные расстройства (психотические мании, депрессии)  г) признаки расстроенного сознания  д) верно а) и б)</p>
<p>83. НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) неврозоподобными расстройствами  б) нестойкими, эпизодическими бредовыми идеями  в) личностными изменениями в виде замкнутости, ригидности, сужения диапазона эмоциональных реакций  г) всем перечисленным  д) ничем из перечисленного</p>
<p>84. ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ВОЗМОЖНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ВАРИАНТОВ</p>

<p>а) галлюцинаторного  б) бредового  в) гебефренического  г) кататонического  д) верно а) и б)</p>
<p>85. В НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ СЛУЧАЯХ БРЕДОВОГО ВАРИАНТА ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СМЕНЫ СИНДРОМОВ</p> <p>а) паранойяльный синдром - конечное состояние типа дурашливого  б) парафренный синдром - параноидный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо  в) паранойяльный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо - парафренный синдром  г) паранойяльный синдром - галлюцинаторно-параноидный синдром - онейроидная кататония  д) галлюцинаторный синдром - парафренный синдром</p>
<p>86. ДЛЯ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОГО ВАРИАНТА ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ</p> <p>а) вербальные иллюзии - истинные вербальные галлюцинации - синдром Кандинского - Клерамбо - галлюцинаторная парафрения  б) синдром Кандинского - Клерамбо - истинные вербальные галлюцинации - вербальный псевдогаллюциноз - галлюцинаторная парафрения  в) параноидный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо - парафренный синдром - галлюцинаторная парафрения  г) галлюцинаторный синдром - псевдогаллюцинаторный синдром - синдром Кандинского - онейроидная кататония  д) неврозоподобные расстройства - психопатоподобные расстройства - вербальный псевдогаллюциноз</p>
<p>87. ПРИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОМ ВАРИАНТЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СИНДРОМ КАНДИНСКОГО С ПРЕОБЛАДАНИЕМ</p> <p>а) идеаторных автоматизмов  б) моторных автоматизмов  в) сенестопатических автоматизмов  г) псевдогаллюцинаций  д) истинных галлюцинаций</p>

#### Раздел 4 . Специальные проблемы психиатрии

<p>Тестовые задания с вариантами ответов</p>
<p>45. ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ</p> <p>а) достаточно остро возникающие количественные изменения выраженности личностных проявлений  б) следует за непосредственной причиной, являясь ответом на внешний повод  в) значительные усиленные характерологические черты являются основным комплексом  г) все перечисленное  д) ничего из перечисленного</p>
<p>46. ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПСИХОПАТИИ РАЗДЕЛЯЮТСЯ</p> <p>а) на легкие - с хорошими компенсаторными механизмами  б) на выраженные - с частой декомпенсацией  в) на глубокие - вариант патологического развития при психопатии  г) на все перечисленные  д) все перечисленное неверно</p>
<p>47. ГИПЕРТИМНЫЕ АКЦЕНТУИРОВАННЫЕ ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ИСКЛЮЧАЯ</p>

<p>а) раздражительность, дисфоричность</p> <p>б) хорошее самочувствие, чувство внутреннего комфорта</p> <p>в) энергичность, активность, преодоление препятствий, быстроту, подвижность мышления, находчивость</p> <p>г) легкомыслие, гедонизм, отсутствие глубины понимания серьезных сторон жизни</p> <p>д) хорошее настроение, оптимизм, веру в свои силы и в окружающих</p>
<p>48. ТРЕВОЖНО-МНИТЕЛЬНЫЕ АКЦЕНТУАНТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) отличаются большой впечатлительностью, огорчаются из-за любого пустяка</p> <p>б) бесконечного ощущения опасности за свое здоровье и здоровье близких</p> <p>в) повышенной способности к вытеснению и лживости</p> <p>г) склонности к пониженной самооценке, преувеличению собственных недостатков, неуверенности в своих силах</p> <p>д) чрезмерной опеки и ограждения своих детей и близких</p>
<p>49. К ОСОБЕННОСТЯМ ДЕМОНСТРАТИВНЫХ АКЦЕНТУАНТОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) повышенной способности к вытеснению, веры в свою ложь, потребности в признании</p> <p>б) им чуждо смущение, они принимают с величайшим удовольствием повышенный интерес со стороны окружающих</p> <p>в) склонности к самоанализу</p> <p>г) они умеют проникнуть в психологию других, приспособиться к другим</p> <p>д) они способны играть ту роль, которая нужна для данной ситуации, обладают пластичностью</p>
<p>50. АКЦЕНТУАНТ ТИПА ПЕДАНТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) чрезмерной добросовестности, педантизма, сверхаккуратности, альтруизма моральных побуждений</p> <p>б) легкого возникновения сверхценных образований</p> <p>в) отсутствия механизма вытеснения, все требует тщательного и длительного обдумывания</p> <p>г) невозможности вытеснения решений, нерешительности при ответственных решениях</p> <p>д) свойственности проверок и перепроверок себя</p>
<p>51. ИНТРАВЕРТИРОВАННЫЕ АКЦЕНТУАНТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ТЕМ, ЧТО У НИХ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>а) преобладание мира представлений над непосредственными восприятиями и ощущениями</p> <p>б) склонность к синтетическому масштабному охвату событий и обобщению</p> <p>в) принятие решений после всестороннего взвешивания, предварительного обдумывания</p> <p>г) тенденция к аутизации</p> <p>д) все перечисленное</p>
<p>52. К ЗАСТРЕВАЮЩИМ АКЦЕНТУАНТАМ ОТНОСЯТСЯ ТЕ, У КОГО ОТМЕЧАЕТСЯ</p> <p>а) гипертрофированное упорство, патологическая стойкость аффекта</p> <p>б) преобладание эгоистических аффектов, повышенное честолюбие, злопамятство, мстительность, стремление к карьеризму</p> <p>в) честолюбие может стать реальной движущей силой к успехам в работе</p> <p>г) склонность к самовосхвалению, своеобразной сверхчувствительности собственного Я</p> <p>д) все перечисленное</p>
<p>53. К ПРИЗНАКАМ РЕАКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) содержание психоза отражает психическую травму</p> <p>б) без психотравмы психоза бы не было</p>

<p>в) с исчезновением причин проходит психоз  г) все перечисленные  д) верно а) и в)</p>
<p>54. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РЕАКТИВНОГО ПСИХОЗА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ТАКУЮ, КОГДА</p> <p>а) поведение больных теряет целенаправленность  б) на фоне быстро нарастающей тревоги и страха возникает хаотическое психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями  в) нарушена ориентировка в окружающем (суженное сознание или истерическое сумеречное помрачение)  г) верно все перечисленное  д) все перечисленное неверно</p>
<p>55. АФФЕКТИВНО-ШОКОВЫЕ РЕАКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) наиболее острыми формами реактивных психозов, сопровождающимися резкими эндокринными и вазомоторными сдвигами  б) состояниями, возникающими в связи с внезапными чрезмерными по силе потрясениями  в) состояниями, протекающими в гипер- и гипокINETической формах  г) верно б) и в)  д) всем перечисленным</p>
<p>56. РАЗНОВИДНОСТЯМИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) психомоторное возбуждение с явлениями страха  б) возбуждение с преобладанием злобы и агрессии  в) возбуждение с психогенной речевой спутанностью  г) все перечисленные  д) верно а) и в)</p>
<p>57. РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) патологической реакцией на психические травмы или неблагоприятные ситуации  б) патологической реакцией психотического уровня  в) развитие их зависит от конституциональных особенностей личности, перенесенных заболеваний, физического состояния и возраста  г) все перечисленное верно  д) все перечисленное неверно</p>
<p>58. ДЕПРЕССИВНЫЕ РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ</p> <p>а) наиболее часто встречающиеся проявления реактивных состояний  б) депрессия может колебаться от незначительно выраженной подавленности до состояний, характеризующихся гнетущей безысходной тоской  в) депрессивные реактивные синдромы отличаются клиническим полиморфизмом и неоднородностью  г) верно б) и в)  д) верно все перечисленное</p>
<p>60. РАЗНОВИДНОСТЯМИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) аффектогенный ступор  б) ступор с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями  в) вялоапатический ступор  г) все перечисленное  д) ничего из перечисленного</p>
<p>61. НЕВРОЗЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ</p> <p>а) специфических клинических феноменов, выражающих патологическую фиксацию тех или иных переживаний личности  б) доминирования эмоционально-аффективных расстройств  в) доминирования соматовегетативных расстройств</p>

<p>г) верно а) и б) д) всего перечисленного</p>
<p>62. СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ ПРИ НЕВРОЗАХ РАЗЛИЧАЮТ</p> <p>а) особенности наследственности и конституции б) отягощение раннего анамнеза патологической беременностью матери в) перенесенные заболевания как сенсibilизатор, усиливающий действие психотравм г) все перечисленные д) ни один из перечисленных</p>
<p>63. ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ С ПСИХОГЕННОЙ СИТУАЦИЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) взаимосвязи между конфликтогенной и временем возникновения невроза б) корреляции между клиникой невроза и особенностями психоорганических расстройств в) взаимосвязи между динамикой состояния и изменениями психотравмирующей ситуацией</p>
<p>64. СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ НЕВРОЗОВ РАЗЛИЧАЮТ</p> <p>а) преморбидные особенности личности б) психические травмы детского возраста в) события, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего или требующие принятия трудных альтернативных решений г) верно б) и в) д) все перечисленные</p>
<p>65. НЕВРОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) психическим расстройством б) психогенно возникающим в) относительно благоприятно текущим (т.е. с тенденцией к обратимости патологических нарушений) г) всем перечисленным д) ничем из перечисленного</p>
<p>Раздел 6. Суицидология</p>
<p>Тестовые задания с вариантами ответов</p>
<p>100. ФАКТОРАМИ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) массивности депрессий б) наличия суицидальных мыслей в) наличия массивных идей самообвинения г) массивного двигательного торможения д) малой выраженности двигательного торможения в массивной депрессии</p>
<p>101. ФАКТОРАМИ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ</p> <p>а) сезонные колебания интенсивности депрессий б) суточные колебания интенсивности депрессий в) возникновение в структуре депрессий прераптоидных состояний г) все перечисленные д) ни один из перечисленных</p>
<p>102. РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕН</p> <p>а) массивностью депрессий б) структурой депрессий в) неадекватной реабилитационно-терапевтической тактикой</p>

<p>г) всем перечисленным д) ничем из перечисленного</p>
<p>103. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ВЫРАЖАЕТСЯ</p> <p>а) в мыслях о бессмысленности существования б) в высказываниях о безвыходности ситуации, отсутствии надежд на излечение в) в суицидальных мыслях г) ни в чем из перечисленного д) во всем перечисленном</p>
<p>104. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ВЫРАЖАЕТСЯ</p> <p>а) в чувстве отчаяния б) в суицидальных мыслях в) в суицидальных попытках г) ни в чем из перечисленного д) во всем перечисленном</p>
<p>105. У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ СУИЦИДОВ</p> <p>а) демонстративный б) истинный, обусловленный суицидальными мыслями в) расширенный г) все перечисленные д) ни один из перечисленных</p>
<p>106. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ В ФОРМЕ</p> <p>а) упорных суицидальных высказываний б) стремлений к самоубийству в) наличия суицидальных намерений с их диссимуляцией г) всего перечисленного д) ничего из перечисленного</p>
<p>107. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ</p> <p>а) адекватной квалификации психического состояния больных б) оценки степени суицидальной опасности состояния в) принятия необходимых мер (госпитализации, адекватной терапии, установлении строгого надзора) г) при необходимости - комплекса психотерапевтических мероприятий д) необходимых гигиенических мероприятий</p>
<p>108. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ</p> <p>а) в устранении или смягчении стрессовых ситуаций б) в психотерапевтических мероприятиях в) в назначении необходимого лечения г) во всем перечисленном д) ни в чем из перечисленного</p>
<p>Раздел 6. Терапия психических расстройств</p>
<p>Тестовые задания с вариантами ответов</p>
<p>88. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ В ПЕРИОДЕ АЖИТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) инъекции больших нейролептиков б) антидепрессанты седативного действия в) ЭСТ г) все перечисленное</p>

<p>д) ничего из перечисленного</p>
<p>89. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ В ПЕРИОД АЖИТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) транквилизаторы  б) психотерапевтические меры воздействия  в) трудотерапию  г) все перечисленное  д) ничего из перечисленного</p>
<p>90. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ СТАДИЙ ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) надзор - возможно внезапное изменение состояния  б) наблюдение за питанием, соматическим состоянием  в) по возможности занятие посильным трудом  г) все перечисленное  д) ничего из перечисленного</p>
<p>91. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПАРАНОИДОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ</p> <p>а) средние дозы галоперидола  б) антидепрессанты  в) ЭСТ  г) инсулинотерапия  д) психотерапия</p>
<p>92. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПАРАНОИДОВ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ</p> <p>а) средних доз галоперидола  б) средних доз трифтазина  в) транквилизаторов  г) всего перечисленного  д) верно а) и в)</p>
<p>93. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПАРАНОИДОВ В ВЫРАЖЕННОЙ СТАДИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <p>а) средние дозы больших нейролептиков  б) меры по купированию возбуждения при его возникновении  в) госпитализация и надзор в связи с интенсивным бредовым состоянием  г) все перечисленное  д) ничего из перечисленного</p>
<p>94. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ</p> <p>а) внутримышечное введение 10% гексенала - 1 грамм  б) внутривенное медленное введение 10% гексенала - 1 грамм  в) внутривенное введение 10 мл 25% раствора сульфата магния на глюкозе  г) все перечисленное  д) верно б) и в)</p>
<p>95. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) внутримышечное введение 50 мг аминазина  б) внутримышечное введение 100-150 мг аминазина при резком возбуждении  в) спинномозговую пункцию  г) все перечисленное  д) верно а) и б)</p>
<p>96. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ВКЛЮЧАЕТ</p>

<p>а) внутривенное медленное введение 0.5% раствора 20-60 мг седуксена на 40% растворе глюкозы</p> <p>б) внутривенное медленное введение 0.5% раствора 20-60 мг седуксена на изотоническом растворе хлорида натрия</p> <p>в) сердечные средства (кордиамин, кофеин, строфантин)</p> <p>г) все перечисленное</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>
<p>97. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУМЕРЕЧНОМ ПОМРАЧЕНИИ СОЗНАНИЯ, РАЗВИВШЕМСЯ ПОСЛЕ ПАРОКСИЗМА, ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) лечение пароксизмов</p> <p>б) внутримышечно или внутривенно диазепам в возрастающих дозах</p> <p>в) фенотиазиновые производные - аминазин, тизерцин</p> <p>г) все перечисленное</p> <p>д) верно а) и б)</p>
<p>98. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУМЕРЕЧНОМ ПОМРАЧЕНИИ СОЗНАНИЯ, НЕ СВЯЗАННОМ С ПАРОКСИЗМАМИ, ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) внутримышечно или внутривенно диазепам в возрастающих дозах</p> <p>б) фенотиазиновые производные (aminaзин, тизерцин)</p> <p>в) люминал</p> <p>г) все перечисленное</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>
<p>99. ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ С БОЛЬШИМИ СУДОРОЖНЫМИ ПРИПАДКАМИ ПРЕПАРАТАМИ БАРБИТУРОВОЙ КИСЛОТЫ (ФЕНОБАРБИТАЛОМ) ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <p>а) при редких судорожных припадках фенобарбитал назначается для купирования пароксизма в разовой дозе 0.05 г и суточной дозе 0.1 г</p> <p>б) при частых судорожных припадках - разовая доза фенобарбитала до 0.07-0.1 г, суточная - в пределах индивидуальной переносимости</p> <p>в) фенобарбитал назначается в разовой дозе 0.025-0.1 г (суточная доза 0.1-0.3 г) - в составе смеси Серейского</p> <p>г) верно все перечисленное</p> <p>д) верно а) и в)</p>

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Психиатрия»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Основные теории этиологии и патогенеза шизофрении	
2. Хроническая алкогольная зависимость. Механизмы формирования	
3. Классификация шизофрении. История вопроса. Основные формы шизофрении	
4. Острые алкогольные психозы	
5. Современные представления о формировании наркоманической зависимости	
6. Гебефреническая форма шизофрении	
7. Простая форма шизофрении	
8. Патология развития личности. Основные классификации расстройств личности	

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>9 Классификация бреда. Механизмы возникновения. Фабула</li><li>10 Бредовые синдромы</li><li>11 Олигофрения. Этиология. Клинические формы. Экспертиза</li><li>12 Параноидная форма шизофрении</li><li>13 Кататоническая форма шизофрении</li><li>14 Шизотипическое расстройство личности</li><li>15 Психические нарушения при черепно-мозговой травме</li><li>16 Эпилепсия. Этиология. Патогенез. Классификация эпилептических пароксизмов.</li><li>17 Паническое расстройство. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</li><li>18 Генерализованное тревожное расстройство. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</li><li>19 Современная классификация аффективных расстройств</li><li>20 Фебрильная злокачественная кататония. Дифференциальный диагноз с злокачественным нейролептическим синдромом</li><li>21 Посттравматическое стрессовое расстройство. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</li><li>22 Наркоманическая зависимость от канабиоидов. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</li><li>23 Проблемы дефицитарных расстройств в психиатрии. Варианты шизофренического дефекта</li><li>24 Астенический синдром при различных психических заболеваниях.</li><li>25 Синдром дереализации-деперсонализации. Нозологическая принадлежность. Дифференциальная диагностика</li><li>26 Расстройства сферы ощущения и восприятия. Сенестопатии. Иллюзии. Галлюцинации. Расстройства схемы тела</li><li>27. Современные представления о механизмах действия атипичных нейролептиков.</li><li>28. Нарушения пищевого поведения. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</li><li>29. Современная классификация антидепрессантов. Механизмы действия основных антидепрессантов</li><li>30. Невротическое развитие личности</li><li>31. Депрессивный синдром. Клинические варианты. Нозологическая принадлежность</li><li>32. Маниакальный синдром. Клинические варианты. Нозологическая принадлежность</li><li>33. Биполярное аффективное расстройство. Типы и варианты течения. Принципы терапии</li><li>34. Соматоформные расстройства. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</li><li>35. Ипохондрическое расстройство. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</li><li>36. Обсессивно-компульсивное расстройство. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</li><li>37. Аффективно-шоковая реакция. Клинические формы</li><li>38. Синдромы помрачения сознания. Критерии (К.Ясперс). Делириозное помрачение сознания</li><li>39. Синдромы помрачения сознания. Критерии (К.Ясперс). Онейроидное помрачение сознания.</li></ol> |  |
|---|--|

<p>40. Синдромы помрачения сознания. Критерии (К.Ясперс). Сумеречное помрачение сознания</p> <p>41. Синдромы помрачения сознания. Критерии (К.Ясперс). Аментивное помрачение сознания</p> <p>42. Параноидное расстройство личности</p> <p>43. Нарциссическое расстройство личности</p> <p>44. Ананкастное расстройство личности</p> <p>45. Истерическое расстройство личности</p> <p>46. Эмоционально неустойчивое расстройство личности</p> <p>47. Наркоманическая зависимость от стимуляторов. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</p> <p>48. Наркоманическая зависимость от опиатов. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</p> <p>49. Стадии алкогольной зависимости</p> <p>50. Специфические фобии. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение</p> <p>51. Основные нежелательные явления на фоне терапии антипсихотиками и методы их коррекции</p> <p>52. Формы патологического алкогольного опьянения</p> <p>53. Синдром острого параноида</p> <p>54. Истерические психозы. Классификация. Дифференциальная диагностика</p> <p>55. Болезнь Альцгеймера. Клиника. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии</p> <p>56. Инволюционные психозы</p> <p>57. Эпилептическая статус. Неотложная помощь</p> <p>58. Нарушения мышления по форме и содержанию</p> <p>59. Качественные и количественные нарушения памяти</p> <p>60. Дисморфофобический и дисморфоманический синдром</p>	
--	--

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
	умения. Имели место грубые ошибки	ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Касимова Л.Н., доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии