

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



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
Богомолова Е.С.

2024 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине **Клиническая диагностика психических расстройств**

направление подготовки **37.04.01 Психология**

профиль **Клиническая психология**

Квалификация выпускника:

Магистр

Форма обучения:

очно-заочная

Нижний Новгород
2024

Фонд оценочных средств по дисциплине «Клиническая диагностика психических расстройств» предназначен для контроля знаний по программе магистратуры по направлению подготовки 37.04.01 Психология, профилю Клиническая психология.

1. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Клиническая диагностика психических расстройств»

Компетенция	Результаты обучения	Виды занятий	Оценочные средства
ПК-2	способен осуществлять диагностику, экспертизу и коррекцию психических процессов, состояний, психологических свойств, поведения и различных видов деятельности человека с учетом индивидуальных, возрастных и социально-психологических особенностей, личностных и социальных факторов риска		
	ИД-1пк-2.1 планирует и проводит диагностическое обследование (мониторинг) с целью анализа динамики психического развития и определения лиц, нуждающихся в психологической помощи ИД-2пк-2.2 анализирует и обобщает результаты психологического обследования потребностей, рисков и ресурсов клиентов, психологических особенностей их социального окружения и условий жизни ИД-3пк-2.3 участвует в разработке и реализации программ психокоррекционной работы, направленной на улучшение состояния и динамики психических процессов, состояний, психологических свойств, поведения и различных видов деятельности клиентов, преодоление проблем в сфере общения	Лекции, практические занятия, самостоятельная работа	Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи
ПК-5	способен проводить индивидуальное и групповое психологическое консультирование лиц разных возрастов и разных социальных групп		
	ИД-1пк-5.1 организует и проводит индивидуальное или групповое консультирование клиентов по выявленным у них психологическим проблемам с целью нивелирования влияния неблагоприятной среды, помощи в социализации и адаптации к условиям жизнедеятельности ИД-2пк-5.2 использует современные методы психологического консультирования в соответствии с задачами консультирования и особенностями клиентов	Лекции, практические занятия, самостоятельная работа	Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи

Текущий контроль по дисциплине «Клиническая диагностика психических расстройств» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины. Выбор оценочного средства для проведения текущего контроля на усмотрение преподавателя.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Клиническая диагностика психических расстройств» проводится по итогам обучения и является обязательной.

2. Критерии и шкала оценивания

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

3. Оценочные средства (полный перечень оценочных средств)

3.1. Текущий контроль

3.1.1. Контролируемый раздел дисциплины «Клиническая диагностика психических расстройств»

Ситуационные задачи:

1. Больной Б., 28 лет, преподаватель математики.

Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большего напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав, полстраницы, замечает, что «механически» пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «врабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома всё выводит из себя, раздражает шумная возня пятилетней дочери. Однажды даже ударил её, и сам расстроился до слёз, просил у дочери прощения.

Раздражает даже прикосновение к телу одежды.

Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глазах слёзы. Стесняется этого, старается скрыть своё волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

1. Депрессивный синдром.
2. Астенический синдром.

2. Больная А., 24 года, бухгалтер.

Находится на стационарном лечении в психиатрическом отделении. Большую часть времени сидит на кровати, ничем не занимаясь. При любом шуме, приближении постороннего человека вся съеживается, в растерянности озирается по сторонам, бессмысленно таращит глаза. В разговор сама не вступает, смотрит на собеседника с выражением страха и детской наивности. На вопросы отвечает тихим голосом, шепелявит, растопыривает пальцы на руках и с любопытством их рассматривает. Почти никаких сведений о жизни и состоянии здоровья у больной получить не удаётся. Вот образец разговора с ней.

Врач: Как Вас зовут?

Больная: Оля.

Врач: Сколько вам лет?

Больная: (после паузы) семь...восемь...

Врач: Где Вы сейчас находитесь?

Больная: Не знаю...Наверное, в больнице.

Врач: Что это за люди? Что они здесь делают?

Больная: Не знаю...Тётеньки, дяденьки...

Врач: Вы ведь работаете бухгалтером. Значит, Вы должны хорошо считать.

Отнимите, пожалуйста, от ста восемь. Сколько?

Больная: Не знаю... (после настойчивой просьбы врача начинает считать, при этом загибает пальцы и шевелит губами). Три...

В присутствии врача особенно отчётливо проступают такие черты в поведении больной, как подчёркнутая наивность, детская беспомощность, растерянность. В обращении с младшим медперсоналом больная груба, оказывает сопротивление при выполнении лечебных процедур. На свидании с мужем, с которым больная поссорилась перед началом заболевания, она молчит, смотрит с выражением обиды и недоброжелательности, но спросила его о здоровье детей.

1. Псевдодеменция.
2. Деменция (слабоумие)

3. Больной А., 54 года, рабочий.

Жалуется на частые головные боли давящего характера, слабость, быструю утомляемость, раздражительность. Дома нетерпим. В каждом слове жены видит обидный для себя намёк, проявление неуважительного к себе отношения, шумная возня детей вызывает реакцию крайнего раздражения. Однажды устроил скандал в трамвае из-за того, что его несколько раз подряд попросили передать деньги на билет, грубо ругался, замахивался на пассажиров. Был доставлен в отделение милиции, где плакал навзрыд, просил прощения. На приёме в диспансере настроение у больного подавленное, волнуется, на глазах слёзы, лицо покрывается красными пятнами. Отлично понимает болезненный характер своей неуравновешенности, жалеет жену и детей, просит помочь ему, назначить какое-нибудь успокаивающее средство. Удалось выяснить, что при ходьбе больной нередко ощущает «покачивание» пола под ногами, при этом возникает ощущение, что сам он становится необычно лёгким, «ноги как ватные». Лёжа в постели, несколько раз чувствовал, будто бы он вместе с кроватью качается, поднимается вверх или же потолок опускается на него.

Несколько раз возникало ощущение, что ноги становятся очень длинными. Рассматривал их, шупал – всё было в порядке. Отмечает у себя тревожный сон с кошмарными сновидениями. Несколько раз в полутёмной комнате вечером видел перед глазами маленьких пляшущих человечков. Страха при этом не испытывал, было даже интересно – всё это воспринимал как «игру воображения». В тёмной комнате иногда кажется, что мимо него проходит человеческая тень.

1. Ипохондрический синдром.
2. Психоорганический синдром.

3.2. Промежуточный контроль

3.2.1 Тестовые вопросы

<i>Тестовые вопросы и варианты ответов</i>	<i>Компетенция, формируемая тестовым вопросом</i>
1. Какое заболевание относится к эндогенным органическим? А). Шизофрения Б). Алкогольный параноид В). Болезнь Пика Г). Травматический делирий	ПК-2, ПК-5
2. Какой синдром не является вариантом психорганического? А). Псевдопаралитический Б). Астенический В). Амнестический Г). Лобный	ПК-2, ПК-5
3. Не является степенью выраженности психоорганического синдрома? А). Органическое снижение личности Б). Концентрическое слабоумие В). Тотальная деменция Г). Лакунарная деменция	ПК-2, ПК-5
4. Для атрофических заболеваний головного мозга характерна? А). Парциальная амнезия Б). Ретро-антероградная амнезия В). Прогрессирующая амнезия Г). Фиксационная амнезия Д). Антероградная амнезия	ПК-2, ПК-5
5. Психопатологической симптоматикой в острейшем периоде ЧМТ является? А). Оглушение Б). Помрачение сознания	ПК-2, ПК-5

<p>В). Аффективные расстройства Г). Ничего из перечисленного</p>	
<p>6. Болезнь Альцгеймера чаще манифестирует? А). в 45 – 49 лет Б). в 50 – 54 лет В). в 55 – 59 Г). в 60 – 64 Д). в 65 - 70 Е). позже 70 лет</p>	ПК-2, ПК-5
<p>7. Систематизированный интерпретативный характер бредовых идей характерен для: А) Синдрома Кандинского-Клерамбо В) Паранойяльного синдрома С) Делириозного синдрома Д) Онейроидной кататонии Е) Всех перечисленных расстройств</p>	ПК-2, ПК-5
<p>8. Основными формами течения шизофрении являются все, кроме: А) параноидной В) простой С) кататонической Д) приступообразно-прогредиентной Е) гебефренической</p>	ПК-2, ПК-5
<p>9. Простой вариант злокачественной шизофрении характеризуется : А) гебефреническим синдромом В) кататоническим синдромом С) дисфреническим синдромом Д) бредовыми синдромами Е) галлюцинаторными синдромами</p>	ПК-2, ПК-5
<p>10. Найдите неверное утверждение: А) Паранойяльный бред по содержанию трудно отличить от сверхценных идей В) При паранойяльном бреде фабула часто отличается правдоподобием. С) Паранойяльный бред – этап развития параноидной шизофрении Д) Паранойяльный бред – это бред ревности, изобретательства, сутяжный Е) Паранойяльный бред требует обязательной госпитализации в стационар</p>	ПК-2, ПК-5

11. Критериями псевдогаллюцинаций являются: А) Чувство сделанности, наведенности В) Обладают свойствами объективной реальности С) Интрапроекция Д) все перечисленное Е) ничего из перечисленного	ПК-2, ПК-5
12. Критерием, необходимым для постановки диагноза шизофрении, является: А) бред В) галлюцинации С) психомоторное возбуждение Д) дефицитарная симптоматика Е) депрессия	ПК-2, ПК-5

Эталоны ответов

<i>Номер тестового задания</i>	<i>Номер эталона ответа</i>
1	В
2	Б
3	Б
4	В
5	Г
6	В
7	В
8	Д
9	С
10	Е
11	А
12	Д

3.2.2. Кейсы

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	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,

		<p>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, сам 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», т.к. 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 не полностью: не установлен текущий эпизод, не указано наличие или отсутствие психотической симптоматики.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз биполярного аффективного расстройства установлен на основании настоящего психического статуса – маниакальный эпизод с психотическими чертами длительностью 3 недели; в анамнезе депрессивный эпизод длительностью 8 месяцев.</p> <p>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, присутствие бреда величия – стал «Солнцем» и галлюцинации видел свет «льющийся из меня 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.</p>
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.
O	-	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, похудел 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 не полностью.
P0	-	Тип течения БАР установлен и обоснован полностью не верно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент Р., 17 лет. Анамнез жизни: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился первым ребенком из двух (есть младшая сестра 13 лет – здорова). Беременность IV, протекавшая на фоне повышенного АД, НЦД по гипертоническому типу, в 35 нед. – ОРЗ, хр.пиелонефрит.. Роды I срочные с длительным безводным периодом, при рождении вес 3850,0, рост 52 см, шкала АПГАР 7 баллов. Сидеть начал с 7 мес., стоять - с 10 мес., ходить - с 11 мес,

		<p>говорить – 10 мес. В детский сад начал ходить с 3 лет, с другими детьми не общался. В школу пошел с 7 лет, друзей не было. С 3 класса (10 лет) был переведен на индивидуальное обучение.</p> <p>Анамнез заболевания: Болен с 2010 года, когда учителя в школе сообщили, что мальчик не справляется с учебой, не общается, все больше «уходит в себя», появился страх ответов у доски. Жаловался на чувство страха, боялся «монстров». С этого же времени находился под наблюдением 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 марте 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. После окончания 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 удастся, активно бредовые идеи не высказывает.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Шизофрения, кататоническая форма, непрерывный тип течения. Кататонический синдром.
P2	-	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.
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, когда появились страхи, в дальнейшем развились стереотипии, быстро нарастали негативные симптомы) и настоящего психического статуса (наличие негативизма, мутизма, симптома Павлова, ступора).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: 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.
В	3	Какой наиболее вероятный прогноз у данного пациента? Обоснуйте свой ответ
Э	-	Прогноз неблагоприятный. Данная форма имеет хронический характер и 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.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 какие-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, тихим, робким, любил играть с другими детьми. В школу пошел в 7 лет, в 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 классов с золотой медалью и ВУЗ по специальности переводчик. В институте в коллективе адаптировался хорошо, было много знакомых и два близких друга. Работал после окончания ВУЗа по специальности. 3 года назад 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</p>

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, разговаривал сам 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 3 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 со вспышками агрессии и суицидальными мыслями. За пять дней до госпитализации пациент внезапно набросился на мать и жестоко бил ее, 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 он получил приказ от чуждой силы бить мать. После вспышки замыкался в себе, погружаясь в собственные мысли, изредка говорил сам с собой, даже 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, утратив контроль над своими действиями.

		<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 чужой силы», которая приказывает бить других людей. Чуждая сила, кроме того, обсуждает его ситуацию. Она сообщает, что его мать хочет его смерти, и 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.
P2	-	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.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз выставлен на основании анамнеза жизни (возможное наличие психического заболевания у бабушки; не работает в течение 2,5 лет и не 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</p>

		<p>в виде уплощения аффекта, волевого снижения и непоследовательного и разорванного мышления и продуктивных симптомов – бредовые идеи персекуторного характера и псевдогаллюцинаций).</p> <p>Параноидная форма выставлена на основании наличия в психическом статусе галлюцинаций и бреда.</p> <p>Непрерывный тип течения выставлен на основании быстрого нарастания негативных симптомов шизофрении и отсутствия ремиссий.</p> <p>Галлюцинаторно-параноидный синдром выставлен на основании ведущих в психическом статусе бреда и галлюцинаций.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование формы, типа течения шизофрении или ведущего синдрома.</p> <p>или</p> <p>Обоснование формы, типа течения шизофрении или ведущего синдрома дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	Какой дополнительный метод исследований Вы должны провести для подтверждения диагноза Шизофрения и что он выявляет?
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо провести экспериментально-психологическое исследования для выявления нарушений мышлений эндогенного характера и эмоционально-волевого снижения.
P2	-	Выбран верный метод исследования.
P1	-	<p>Метод выбран верно, но неправильно указано, что он выявляет.</p> <p>Или</p> <p>Метод указан верно, но не указано, что он выявляет.</p>
P0	-	Метод указан неверно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент М., 36 лет, инженер, работает в строительной компании. На работе получил тяжелую травму головы. Был доставлен в фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась рвота. Находился неделю на больничном, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти, в связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: миоз, 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 гемипарестезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33‰, плеоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 2006, 2013, 1998. При поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет блюда, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и на отдаленные события. Путаet даты личной жизни, по-разному называет имя 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.</p>

		Пребыванием в стационаре не тяготится.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга (F 07.2)
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	-	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 не полностью: не указаны диагностические критерии органического амнестического синдрома.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	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 провести 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.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка, 60 лет. Наследственность не отягощена. Анамнез собран со 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, а 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 руками бёдра, обтирает одежду, раскачивается. Во время разговора насторожена, 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 верно, но не может назвать дату их рождения. Не помнит свой адрес, не ориентируется в местах своего проживания, имени</p>

		<p>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 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	-	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 более 6 месяцев. Отсутствие данных о другой возможной причине деменции. Раннее начало – возраст начала заболевания меньше 65 лет.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указаны диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациентке рекомендовано: для уточнения диагноза и определения тяжести заболевания МРТ головного мозга, чтобы определить наличие и степень атрофии височных и теменных отделов коры</p> <p>Сосудистые исследования: реоэнцефалография, чтобы выявить или исключить нарушения мозгового кровообращения,</p>

		МРТ в динамике лечения, чтобы вовремя корректировать дозировку или 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.