

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРАКТИКЕ

**ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС (СПЕЦИАЛЬНЫЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ)**

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 практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» используются следующие оценочные средства:

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

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ОПК-10, ПК-1, ПК-7, ПК-8	Текущий	Раздел 1. Первая врачебная помощь при психических расстройствах. психомоторного возбуждения.	Кейс-задание
		Раздел 2. Неотложная терапия при психических расстройствах	Кейс-задание
	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

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

Кейс-задания для оценки компетенций: ОПК-10, ПК-1, ПК-7, ПК-8

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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВ

		НА ВОПРОСЫ
У	-	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 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 ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемипарезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33%, плеоцитоз 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 блюда из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и отдаленные события. Путает 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.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
В	5	Являются ли приведенные в задаче психические нарушения обратимыми? Какие факторы могут негативно сказаться на прогнозе заболевания?
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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, а затем и с домашней работой. 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. Состояние при осмотре: пациентка выглядит неопрятно, глаза широко раскрыты, мимика удивления, мигание редкое. Постоянно трёт руки, бедра, обтирает одежду, раскачивается. Во время разговора настораживается к медперсоналу относится с недоверием. Ориентировка во времени

		пространстве затруднена. Понимание речи сохранено, но ответы на вопросы неясные и неконкретные. Пациентка с трудом подбирает слова, говорит медленно, ждёт подсказок. Не может вспомнить имена своих внуков, имена детей называет верно, не может назвать дату их рождения. Не помнит свой адрес, не ориентируется в местах своего проживания, имени президента/главы города назвать не может Забывает три слова, названные с пятиминутным интервалом, не справляется даже с лёгким арифметическим заданием. Критика к своему состоянию отсутствует, больной себя не считает
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациентке.
В	5	Определите прогноз заболевания, возможности лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 34 лет. Из анамнеза известно: психическое состояние изменилось 1,5 года назад, когда "началась психологическая атака". Пациент говорит, что за ним следят, "собирают компромат". Замечал, что информация о нем становится известной другим людям. в разговорах с окружающими слышал "намёки", на улице ощущал особые взгляды людей. Уволился с работы, "чтобы охранять квартиру", т.к. считал, что в неё 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 преследователями «внутренние диалоги», слышал, как «они требуют полного подчинения», считал, что «должен с ними договориться». При поступлении 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.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительно обследования и дифференциальной диагностики пациента
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
В	5	Через несколько месяцев регулярной терапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной Р., Из анамнеза известно: Неоднократно госпитализировал психиатрический стационар. В клинической картине – стойкие слуховые псевдогаллюцинации, психические автоматизмы, бредовые идеи пресекучего 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. Поступлении 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.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
В	5	Через несколько месяцев регулярной терапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Н., 27 лет, служащая. Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту, окончила школу и институт, получив специальность бухгалтера. По характеру спокойная, общительная, ответственная. Употребление алкоголя отрицает. 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 в «лени и глупости», высказывала суицидальные мысли. Была госпитализирована в психиатрическую клинику, стационарно лечилась 4 месяца, затем амбулаторно около года. После улучшения состояния окончила школу, поступила в институт, параллельно работала официанткой. 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 3 месяца.

		После нормализации состояния окончила институт, работа по специальности. 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 – в больнице испортила». С целью самоубийства приняла большую дозу транквилизаторов, родственниками была вызвана СМП. 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». Соматический статус: Сниженного питания, за 2 месяца похудела на 10 кг. Кожа сухая, тонус снижен. Зрачки расширены. Страдает запорами.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Может ли данная пациентка быть госпитализирована в недобровольном порядке? Если да, то на каком основании.
В	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

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

5.1.1 Кейс-задачи:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
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 получил тяжелое ранение, длительное время лечился. 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 агрессии.

		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 пы 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.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные немедикаментозные методы.
В	4	Какой прогноз при данной патологии?
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 41 год, в течение 2-х лет повторно обращается в медицин учреждения ко врачам различных специальностей с требованием медицинских обследований и с жалобами на головную боль, боль в в суставах, в животе, изжогу, отрыжку, неприятные ощущения в горл головокружение, общую слабость. Были проведены: ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ и АД , фонокардиография , УЗИ сердца , рентгеногр легких , исследование уровня гормонов щитовидной железы и катехоламинов , ЭЭГ , Эхо-ЭГ , рентгенография шейного отдела позвоночника , МРТ головного мозга , УЗДГ церебральных сосудов , ФГДС , исследование желудочного сока , УЗИ брюшной полости . Паци был проконсультирован терапевтом, неврологом, эндокринологом, гастроэнтерологом, отоларингологом, мануальным терапевтом, ревматологом. За время наблюдения при многократных обследования было обнаружено объективных доказательств наличия соматическо неврологической патологии. Лечение у терапевта и невролога не дае значительного улучшения. Из-за своей болезни пациент был вынуж уйти на работу с более «щадающим» графиком, не уделяет достаточн внимания семье. При расспросе получена информация, что возникновению жалоб предшествовала тяжелая стрессовая ситуаци: смерть близкого друга от онкологического заболевания, однако паци не видит связи между возникновением своего заболевания и пережит ситуацией.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациен
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
В	5	Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отме существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая леч тактика?

Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 около 20-30 мин. Снимается приемом 10 мг анаприлина и 0,5 мг феназепама под язык. Приступы возникают в течение последних 2-х лет 2-3 раза в неделю. При возникновении приступа часто вызывает скорую помощь. Боится оставаться дома одна из-за страха повторения приступа тревоги.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациентке.
В	5	Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациентка не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Н	-	004
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент М., 28 лет. 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 кресты и другие 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, 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 неудачной попытки организовать свое дело влез в долги, болезненно переживал это, с тех пор (2,5 года) не работает. 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 питался. 2,5 года назад для погашения долгов пришлось взять кредит в банке,

		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 знает, 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 месяц 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, 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, утратив контроль над своими действиями. 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 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 ситуацию. Она сообщает, что его мать хочет его смерти, и приказывает 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. Контакт с состоянием отсутствует.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какой дополнительный метод исследований Вы должны провести для подтверждения диагноза Шизофрения и что он выявляет?
В	4	Препарат какой группы психотропных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
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.
Н	-	05
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 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, 52 см, шкала АПГАР 7 баллов. Сидеть начал с 7 мес., стоять - с 10 мес, ходить - с 11 мес, говорить – 10 мес. В детский сад начал ходить с 3 лет, другими детьми не общался. В школу пошел с 7 лет, друзей не было. В 10 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 «уходит от 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 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. После окончания обучения отмечалось обострение: был малоподвижным, «застывал» в одной позе. Психический статус: контакту не доступен. На вопросы, заданные обобщенно, 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какой наиболее вероятный прогноз у данного пациента? Обоснуйте свой ответ
В	4	Препарат какой группы психотропных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
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.

5. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

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

Разработчик(и):

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