

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования**

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ИПО

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине «Психиатрия»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 «Психиатрия»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.Б.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Психиатрия»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1, 2, 3 семестры
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1, 2, 3 семестры
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1, 2, 3 семестры
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1, 2, 3 семестры
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	1, 2, 3 семестры
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1, 2, 3 семестры
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1, 2, 3 семестры
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1, 2, 3 семестры

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения

1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии в условиях диспансера и стационара - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач. 	<p>Зачет с оценкой по модулям дисциплины</p> <p>1 -3 семестры</p>
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> -культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии в условиях диспансера и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы диспансеризации; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии - санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нервно-психических заболеваний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием психиатрических больных в диспансере <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой психиатрических больных 		

4.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма - общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики - вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования - основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ - клиническая симптоматика патологических состояний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании - применить объективные методы обследования больного - выявить общие и специфические признаки нервно-психического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной помощи (психомоторное возбуждение, эпилептический статус, суицидально-агрессивное поведение) - оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния - определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, патопсихологических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты - определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных нервно-психических заболеваний, обосновать клинический диагноз <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой расспроса больного - методикой наблюдения за пациентом - методикой сбора анамнестических и катamnестических сведений - методикой психопатологического 		
----	------	---	--	--

		<p>анализа получаемой информации</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в психиатрии 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинику, дифференциальную диагностику, терапию и профилактику психических заболеваний - клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях - принципы, приемы и методы психофармакотерапии, вопросы интенсивной терапии психозов - основы фармакотерапии при различных формах эпилепсий, пограничных заболеваниях, психических нарушениях при мозговых инфекциях и черепно-мозговых травмах <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния - оказать необходимую срочную первую помощь при психомоторном возбуждении (выбор психотропных препаратов, способа введения) - обосновать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению психофармакотерапии, психотерапии, лечебной педагогике; разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания - обосновать медикаментозную терапию, определить показания и длительность курса лечения <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками диагностики и подбора адекватной терапии конкретной психиатрической патологии - методиками преодоления терапевтической резистентности при лечении психотропными препаратами. - методиками распознавания и лечения следующих неотложных состояний (психомоторное возбуждение эпилептический статус; острая сердечная и дыхательная недостаточность при фебрильных 		

		психозах; отказ от еды; депрессивное состояние с суицидальными тенденциями; острое бредовое состояние; психопатоподобное возбуждение с агрессивностью и аутоагрессивностью)		
6.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой больных 		
7.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы и методы формирования здорового образа жизни - организацию и принцип работы центра социальной реабилитации <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни 		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении РФ и директивные документы органов и учреждений здравоохранения: нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения; основы скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения и ЛПУ - правовые аспекты медицинской деятельности - основы экспертизы временной 		

	<p><i>нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы</i></p> <p><i>- основные положения судебно-психиатрической и военно-психиатрической экспертизы</i></p> <p>Умеет:</p> <p><i>- оформить и вести надлежащим образом медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)</i></p> <p><i>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</i></p> <p><i>- правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг</i></p> <p>Владеет:</p> <p><i>- основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i></p>		
--	---	--	--

Модули дисциплины:

- Организация психиатрической помощи в РФ (УК-2, ПК-10)
- Пропедевтика в психиатрии (УК-1, ПК-5)
- Общая психопатология (УК-1, ПК-5, ПК-9)
- Частная психиатрия (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Социальная психиатрия (УК-2, ПК-1, ПК-8, ПК-9, ПК-10)
- Судебная психиатрия (ПК-5, ПК-10)
- Детская и подростковая психиатрия (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Медицинская психология (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9)
- Основы экспертизы трудоспособности и военно-врачебной экспертизы психически больных (ПК-5, ПК-10)
- Терапия психических расстройств (ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Основы психотерапии (УК-1, ПК-1, ПК-8)

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по модулям дисциплины.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии по модулю дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по модулям дисциплины.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются баллами по 5-балльной системе.

Положительными оценками считаются оценки «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно».

Компетенция	Высокий уровень - отлично	Средний уровень - хорошо	Низкий уровень - удовлетворительно	Неудовлетворительно
УК-1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</u></p> <p>Владеет: <u>Не способен самостоятельно абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</u></p>
УК-2	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</u></p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, но допускает небольшие</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</u></p> <p>Владеет: <u>Не способен самостоятельно управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p>

ПК-1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику,</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их</p>	<p><u>ошибки.</u></p> <p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику,</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их</p>
------	---	---	---	---

	<p>выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания, <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-5	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,, <u>но допускает небольшие</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со</p>

ПК-6	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p>	<p><u>ошибки.</u> Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p><u>здоровьем.</u> Умеет: <u>Не способен к</u> ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи обследования.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p>
ПК-8	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов,</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов,</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов,</p>

	нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	реабилитации и санаторно-курортном лечении	нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p> <p><u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> пользоваться системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>
ПК-10	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> применять основные принципы организации и управления в сфере охраны</p>

	<p><i>граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p><i>медицинских организациях и их структурных подразделениях, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></i></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p><i>охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p><i>здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i></p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>
--	---	--	---	--

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации. По каждому контролируемому модулю предлагается одна ситуационная задача. Оценка за собеседование по ситуационной задаче определяется как средняя арифметическая оценок за выполненные задания к задаче.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Итоговой оценкой за зачет по модулю является оценка за собеседование по ситуационной задаче.

МОДУЛЬ: ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-10

Задание #1

Вопрос:

Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) пользуются теми же правами, что и пациенты, находящиеся в психиатрических стационарах.
- 2) имеют только права на встречу с адвокатом и на приём посетителей.
- 3) имеют не ограничиваемое право получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы.
- 4) имеют только право на встречу с адвокатом и священнослужителем наедине.
- 5) не имеют специально установленных Законом прав.

Задание #2

Вопрос:

Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) личное заявление лица, страдающего психическим расстройством.
- 2) только заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра.
- 3) только заявление его родителей либо иного законного представителя.
- 4) заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение врачебной комиссии любого состава, но с участием врача-психиатра.
- 5) заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра.

Задание #3

Вопрос:

При проведении испытаний медицинских методов и средств, научных исследований или учебного процесса, фото-, видео- или киносъёмки необходимо получать предварительное согласие:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только от больных, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке, и лиц, в отношении которых применяются принудительные меры медицинского характера.
- 2) от всех лиц, страдающих психическими расстройствами, за исключением больных, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке.
- 3) только от больных, состоящих под диспансерным наблюдением менее одного года.
- 4) от всех лиц, страдающих психическими расстройствами, за исключением больных, состоящих под диспансерным наблюдением.
- 5) от всех лиц, страдающих психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи.

Задание #4

Вопрос:

Консультативно-лечебная амбулаторная психиатрическая помощь отличается от диспансерного наблюдения:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) частотой осмотров пациента врачом-психиатром.
- 2) не имеет никаких отличий по перечисленным выше (в п.п. 1-4) параметрам.
- 3) продолжительностью наблюдения и лечения.
- 4) объёмом оказываемой терапевтической помощи.
- 5) степенью добровольности.

Задание #5

Вопрос:

Профилактические осмотры врачом-психиатром проводятся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по решению органов местного самоуправления без получения согласия обследуемых в том случае, когда врач-психиатр входит в состав бригады врачей-специалистов разных специальностей, осуществляющей профилактический осмотр.
- 2) по решению органов здравоохранения без получения согласия обследуемых.
- 3) по решению комиссии врачей-психиатров психоневрологического диспансера независимо от согласия обследуемых.
- 4) только с письменного согласия обследуемого или его законного представителя.
- 5) при получении согласия обследуемого или его законного представителя в любой форме (письменной или устной), поскольку форма согласия в Законе не указана.

Задание #6

Вопрос:

Лечение без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) может проводиться в амбулаторных условиях по решению комиссии врачей-психиатров, ^
- 2) может проводиться всем больным, состоящим под диспансерным наблюдением.
- 3) не может проводиться никогда.
- 4) может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера.
- 5) может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации.

Задание #7

Вопрос:

Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подаётся в суд:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.
- 2) родственником госпитализированного пациента.
- 3) врачом-психиатром, подписавшим направление на госпитализацию пациента.
- 4) главным врачом амбулаторного психиатрического учреждения.
- 5) руководителем территориального органа здравоохранения.

Задание #8

Вопрос:

Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет либо лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, проводится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по личному заявлению выписываемого лица.
- 2) по решению органа опеки и попечительства.
- 3) только по заключению врачебной комиссии, независимо от обязательств родителей, иных родственников или законного представителя.
- 4) только по решению суда.
- 5) по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым лицом.

Задание #9

Вопрос:

Для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым Законом о психиатрической помощи, лица, страдающие психическими расстройствами, вправе пригласить:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи.
- 2) любого специалиста.
- 3) только специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи на территории обслуживания данного психиатрического учреждения.
- 4) своего близкого родственника.
- 5) только врача-психиатра со стажем работы по специальности не менее 5 лет.

Задание #10

Вопрос:

Диспансерное наблюдение за лицом, страдающим психическим расстройством, устанавливается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) на срок не менее 5 лет с правом последующего пересмотра данного решения.
- 2) пожизненно.
- 3) на тот период времени, в течение которого сохраняются предусмотренные Законом основания для диспансерного наблюдения.
- 4) на срок от 5 до 10 лет.
- 5) на срок не менее 3 лет.

Задание #11

Вопрос:

Помещение лица в психиатрический стационар считается добровольным, если оно проводится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) с санкции судьи независимо от согласия пациента или его законного представителя.
- 2) по устной просьбе или с устного согласия родственников пациента.
- 3) по письменной просьбе или с письменного согласия самого пациента, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным по письменной просьбе или с письменного согласия его законного представителя.
- 4) по устной просьбе или с устного согласия самого пациента или его законного представителя.
- 5) по письменной просьбе или с письменного согласия родственников пациента.

Задание #12

Вопрос:

Отказ лица, страдающего психическим расстройством, от предлагаемого лечения:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя.
- 2) Принимается врачом-психиатром в устной форме.
- 3) оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.
- 4) принимается только в форме письменного заявления, составленного данным лицом или его законным представителем на имя руководителя психиатрического учреждения.
- 5) оформляется записью в медицинской документации за подписью врача-психиатра.

Задание #13

Вопрос:

Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения лица в возрасте 18 лет и старше, не признанного в установленном законом порядке недееспособным, проводится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только по решению суда.
- 2) по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно.
- 3) только по решению органа опеки и попечительства.
- 4) только по его личному заявлению.
- 5) по заявлению родственников.

Задание #14

Вопрос:

Для решения вопроса о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке в суд подаётся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) заявление психиатрического учреждения, в котором находится лицо.
- 2) заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.
- 3) заявление родственников пациента.
- 4) заявление психиатрического учреждения, в котором находится лицо, о госпитализации его в недобровольном порядке и мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.
- 5) ходатайство территориального органа здравоохранения.

Задание #15

Вопрос:

Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) просьба родственников больного.
- 2) наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях, либо постановление судьи, а также необходимость проведения психиатрической экспертизы.
- 3) решение главного врача психоневрологического диспансера.
- 4) нахождение лица под диспансерным наблюдением.
- 5) наличие у лица тяжёлого психического расстройства.

Задание #16

Вопрос:

При получении врачом-психиатром психоневрологического диспансера сведений, дающих основания предполагать наличие у лица тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает его беспомощность, решение о психиатрическом освидетельствовании такого лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только главным психиатром данной территории.
- 2) только главным врачом диспансера.
- 3) врачом-психиатром самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны.
- 4) врачом-психиатром с санкции судьи.
- 5) комиссией врачей-психиатров.

Задание #17

Вопрос:

Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) заключение врачебной комиссии в любом составе.
- 2) решение органа опеки и попечительства.
- 3) заключение врачебной комиссии с участием врача - психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.
- 4) только решение суда.
- 5) решение администрации специализированного психоневрологического учреждения.

Задание #18

Вопрос:

При получении врачом-психиатром психоневрологического диспансера сведений, дающих основания предполагать наличие у лица тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, решение о психиатрическом освидетельствовании такого лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) комиссией врачей психиатров.
- 2) врачом-психиатром с санкции судьи.
- 3) врачом-психиатром самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны.
- 4) только главным врачом диспансера.
- 5) только главным психиатром данной территории.

Задание #19

Вопрос:

Право на получение информации о своих правах, а также в доступной форме и с учётом психического состояния информации о характере имеющихся психических расстройств и применяемых методах лечения имеют:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только лица, к которым применяются принудительные меры медицинского характера.

- 2) только лица, госпитализированные в психиатрический стационар.
- 3) только лица, получающие лечение психотропными средствами.
- 4) все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи.
- 5) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением.

Задание #20

Вопрос:

Решение вопроса о необходимости установления за лицом, страдающим психическим расстройством, диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только судом.
- 2) главным врачом психоневрологического диспансера.
- 3) врачом-психиатром единолично(самостоятельно).
- 4) только прокурором.
- 5) комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной П., 30 лет.

Наследственностьотягощена психическими расстройствами у бабушки в позднем возрасте. Точное время возникновения психических расстройств установить сложно. Больной описывает ситуацию 2-летнего знакомства с девушкой. Четыре месяца назад она сообщила что беременна от него, он начал «ревновать ее», подозревать, что ребенок не от него. Стал искать у нее фотографии, нашел фотографию ее вместе с мужчиной, «уехавшим в Америку». На основании этой фотографии решил, что ребенок от этого мужчины, отношения с девушкой прекратил. Ситуацию разрыва переживал, постепенно появилось чувство, что в этом виноват он, что он вообще виноват перед семьей, перед сослуживцами, что он плохой. Настроение заметно снизилось. Сон не нарушался. Аппетит был снижен, но не похудел. Стал испытывать интеллектуальные затруднения, плохо сосредоточивался, чувствовал слабость. Этот период продолжался примерно 1,5 месяца, не считает это состояние болезненным. Состояние резко изменилось около 2-х месяцев назад. Называет точную дату (8 марта). Стал замечать на улицах «знаки», значение которых не понимал. Это были «желтые трактора», «огни», «красные огни на трубе, которых раньше не было». Окружающее казалось странным, непонятным, вокруг как будто разыгрывался спектакль. Лица людей менялись, «то все смеялись, то все плакали», «меняли крыши на домах, выйду из дома, а за ночь крыши все сменены». Испытывал растерянность, было чувство, что происходит что-то непонятное. Замечал, что за ним следят на улицах. Слышал со стороны плач детей, голос девушки. Временами не понимал речь окружающих. Чувствовал воздействие извне: путались мысли, его мысли узнавали, иногда ощущал, что ему трудно двигаться.

При поступлении был напряжен, говорил о преследовании, «голосах». В следующие дни на фоне лечения стал спокойным, симптоматика не выявлялась. Во время беседы общение носит формальный характер. Спонтанно о своих переживаниях не рассказывает, на вопросы отвечает не охотно. Свое состояние считает «болезнью», вместе с тем не знает и не понимает, что с ним происходит. Сказал, что ощущение странности, непонятности окружающего, «знаки» сохраняются, настроение у него стало хорошим «вчера».

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).

2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача № 2.

Больной П., 26 лет.

По характеру замкнутый, малообщительный. По словам больного, около 2-3-х лет у него пропал интерес к женщинам, перестал с ними встречаться, не тяготился этим. Несколько месяцев назад стал вялым, жаловался на слабость, не справлялся с работой.

При беседе рассказывает, что слышал «голоса» со стороны, которые комментировали его поступки. Называет эти переживания своеобразно: «у меня была слабость к человеческому слуху». Испытывал чувство воздействия от деревьев и со стороны досок на лесопилке, где работал. Считал, что они поглощали его энергию, поэтому и ощущал слабость. Было чувство, что окружающие читают его мысли. Выявить отчетливые депрессивные переживания не удается, хотя отмечает, что в тот период настроение было сниженным. Мышление с элементами паралогии, непоследовательно излагает свои мысли, своеобразно строит фразы. Критика недостаточна, формальная. Говорит, что он болен, поскольку «врачи так объяснили», в то же время сам верит в подлинность переживаемых событий. Эмоциональные реакции обеднены, мимика застывшая, бедная, пристально смотрит в глаза врачу, редко мигает.

По результатам психологического исследования выявлены структурные нарушения мышления.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача № 3.

Больной Я., 28 лет. До начала заболевания характеризует себя как уравновешенного и спокойного, хорошо адаптировался, полностью отслужил в армии. Отмечает, что был осторожен и трусоват, в детстве и подростковом возрасте избегал социально опасных ситуаций. В подростковом возрасте в течение нескольких лет были симптомы ВСД, периодически жаловался на головные боли. 8 лет назад перенес ЧМТ с сотрясением головного мозга. После получения травмы была ситуация отъезда любимой девушки на год за границу, сам в это время готовился поступать в институт в Москве. Сразу после травмы беспокоили головные боли. Через несколько месяцев головные боли усилились, появились вегетативные пароксизмы, боли в сердце, страх смерти. Лечился у неврологов без эффекта. Начал наблюдаться у психиатров по совету знакомого. Регулярно посещал врача, многократно лечился в дневном стационаре. Резко ограничил сферу активности, боялся один выходить из дома, не мог работать, по своей инициативе прекратил отношения с девушкой после ее возвращения. Часто испытывал головные боли, постепенно стал отмечать ослабление памяти, интеллектуальные затруднения. Читал медицинскую литературу. Как правило, был недоволен результатами лечения, но в то же время отличался невысоким уровнем комплайенса, мог прекратить самостоятельно прием лекарств, если считал, что они ему не помогают. Была установлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. Настоящее поступление связано с ухудшением самочувствия. В стационаре был довольно активен, избирательно общителен, периодически жаловался на головные боли, светобоязнь. Вегетативных пароксизмов не наблюдалось. Настроение было неустойчивым. Спал и ел хорошо.

Во время беседы вначале был несколько насторожен и напряжен. Охотно и подробно рассказывает о своей болезни, считает себя тяжело больным вследствие перенесенной ЧМТ, говорит, что у него «спайки, повреждены сосуды мозга», вычитал это в медицинской литературе и так говорили врачи. Уверен, что в медицинских учреждениях ему помочь не могут, считает, что надо «выбираться самому». Заметил, что стал более агрессивным. Испытывает страх смерти. Настроение ровное с оттенком недовольства.

При психологическом исследовании выявлена ригидность психических процессов, склонность к обстоятельности мышления, снижение концентрации внимания. Нарушений памяти нет. Личность

ригидная, эгоцентричная, с высоким уровнем притязаний, низкой стрессоустойчивостью, наблюдается тенденция «бегства в болезнь». Заключение невролога: Посттравматическая энцефалопатия. Синдром вегето-сосудистой дистонии с симпато-адреналовыми пароксизмами. Внутричерепная гипертензия.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 4.

Больной К., 31 год.

Личность с чертами недоверчивости, подозрительности, хорошим воображением, «мыслит зрительными образами». По специальности художник-модельер. Заболел около 3-х лет назад. Начало заболевания совпало с переездом из Белоруссии и необходимостью найти себе работу, содержать семью (жена ждала в это время ребенка). Психические расстройства проявляются в виде мыслей, по содержанию не связанных с реальной ситуацией, некоторые из них нелепы. Эти мысли заполняют сознание больного, мешают сосредоточиться, последнее время не работает. Семья распалась, объясняет это тем, что отношения стали распадаться из-за его болезни, развестись решил он сам. В психиатрическую больницу госпитализирован впервые.

Во время беседы откровенно рассказывает о своих переживаниях. Описывает подробно, как «мысли разматываются», «одно цепляется за другое», возникают по ассоциативному механизму – «познакомился с парнем по имени Андрей и вспоминаю о другом знакомом Андрее, как он что-то делал...». «Вспоминает свое прошлое не таким, каким он было на самом деле». Критичен к своим переживаниям, но явного элемента борьбы с переживаниями нет. Мышление нарушено по логической направленности, непоследователен, не всегда понятно, что хочет выразить.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 5.

Больной К., 32 г.

14 лет назад обследовался перед призывом в армию. Тогда обнаруживались невротические реакции, эмоциональная нестабильность. В последние годы родные отмечают повышенную подозрительность в различных ситуациях. Когда ездили с женой на юг отдыхать, в поезде боялся соседей по купе, говорил, что они подозрительно себя ведут. Заболел остро. Перестал спать по ночам, с кем-то разговаривал, иногда громко, неразборчиво кричал. Говорил, что кругом враги, временами застывал в одной позе, подолгу глядя в одну точку. Иногда бросался бежать, куда-то рвался, стучал кулаками в стену, двери. В психиатрическом отделении первые дни был насторожен, внезапно бросился бежать, выбил двери в коридор, сопротивлялся персоналу, потом объяснил, что его хотели убить, кругом были преследователи, врачи подкуплены, бежал, чтобы спасти свою жизнь. В последующем перестал есть, не выполнял инструкции, плохо мочился. Лежал в неподвижной позе с приподнятой над подушкой головой. За последние дни наблюдается положительная динамика. Стал отвечать на вопросы, принимать пищу.

При беседе в начале не открывал глаза, сопротивлялся попыткам осмотра. Затем то хорошо отвечал на вопросы, то внезапно закрывал глаза и замолкал. Сознание не помрачено, понимает, что он в больнице, и понимал это все предыдущие дни. Воспринимает окружающих людей, как опасных, угрожающих его жизни. Подтвердил, что испытывал чье-то воздействие на себя, узнавали его мысли, слышал «голоса» в голове. Подробно о переживаниях не рассказывает, не удается выяснить, существуют ли он в настоящее время.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 6.

Больной К., 40 лет.

В детстве перенес несколько судорожных припадков, ставился диагноз эпилепсии. В последствии припадки не возобновлялись. 7 лет назад находился в психиатрической больнице на обследовании с целью снятия диагноза, был признан здоровым. По данным истории болезни никаких психических расстройств выявлено не было, имелись положительные характеристики с работы, по результатам психологического исследования расстройств мышления эндогенного характера не отмечено.

Год назад переехал из Узбекистана, много раз менял работу, не создал семью. До последнего времени успешно работал. Поступил в психиатрическую больницу впервые по своей инициативе в связи с плохим настроением. Был моторно заторможен, говорил, что он «бездарность, debil, неудачник», ничего не создал к 40 годам, нет жилья, нет семьи. Настроение было подавленным с тоской, тревогой и страхом. Рассказывал, что на работе на него косо смотрят, выражают недовольство его действиями, иногда подсмеиваются. Временами слышал оклики по имени. В отделении пассивен, испытывал чувство безысходности, был неуверен, обижен на окружающее за то, что его жизнь не сложилась. В последние дни настроение стало улучшаться.

При беседе эмоционально монотонен. Мышление паралогичное, витиеватое. Рассказывает, что он понял, что «структуры» - КГБ, а потом «национальная безопасность» около 15 лет намеренно портят ему жизнь, хотят, чтобы у него все было плохо, «чтобы был ненормальный». Считает, что это нужно для того, чтобы было на кого свалить ответственность за все неудачи в стране. Замечет, что на него намеренно «вливали». Проникали в квартиру, подбрасывали вещи. Подкидывали «листки и траву» в пищу, чтобы «подействовать химическими элементами». Люди преднамеренно его «провоцировали», разговаривали с ним о том, чего он не знает. Преследовали при этом цель «вывести его на чистую воду», что подозревают его в том, что он «что-то скрывает и обманывает». Путано объясняет, что «кто-то мог назваться мной, о чем-то говорить», а в дальнейшем это разоблачали. Могут считать его виноватым – «кто-то что-то знал, а я не доносил». Стал чувствовал интеллектуальные затруднения, слабость, бессилие, понизилось настроение, связывает это состояние еще и с разрывом с женщиной и не сложившейся личной жизнью. Особенно плохо стало в последние месяцы – был угнетенным, чувствовал себя неудачником, настроение было очень плохим. В то же время сейчас свои высказывания при поступлении, что он «debil, неудачник» объясняет логическими построениями, «была такая логическая заморочка». Критики к переживаниям нет.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача № 7

Больной Ш., 43 лет.

В течение 2-х лет страдал обострениями хронического, гнойного правостороннего гайморита, был оперирован, после чего воспалительный процесс прекратился. Однако с этого времени стал чрезмерно фиксировать свое внимание на здоровье, акцентирует своё внимание на тягостных телесных ощущениях, которые возникают всегда вслед за любым звуком, (исключая обычную разговорную речь), зрительным раздражителем или за определёнными двигательными актами. В связи с этим стремится к уединению, тишине, избегает двигаться. Стоит больному на фоне тишины услышать хотя бы тиканье часов, как в теле «всё начинает дрожать», всего обдаёт «шорохом», под кожей начинают «вздуваться пузырьки», «всё тело горячим паром надувается». При сильном звуке (сигнал поезда, автомашины) «всё тело деревенеет», в анальное отверстие проходит продолговатый стержень, «как гвоздь или карандаш», который быстро поднимается вверх, а затем выходит обратно, будто кто вытягивает его. В голове постоянный лёгкий звон, который под влиянием резкого звука перерастает в оглушительные «взрывы» и стрельбу.

При действии зрительных раздражителей возникают аналогичные состояния.

«Смотрю, человек споткнулся, уборщица окна протирает – по моему телу сразу же шорох проходит». Когда закрывает глаза, отчётливо ощущает, как правый глаз «под веком чёрная плёнка закрывает», в левом глазу появляется «ровный столбик света, который постепенно рассыпается». Считает, что это появилось у него после исследования глазного дна.

Некоторые двигательные акты вызывают неприятные тягостные ощущения в теле. При наклоне головы вправо «ударяет током по всему телу». Если двигает правой рукой, в области лопатки «распухает», в концах лопатки «появляются колики», которые затем с закономерной последовательностью перемещаются в левую лопатку и далее в подмышечную область.

По данным неврологического клинического обследования и результатам дополнительных исследований (компьютерная томография мозга) выявлены признаки хронического арахноидита.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача № 8

Больной Б., 57 лет. Психопатологически наследственность не отягощена. Работал шофёром, с работой справлялся, характеризовался положительно. Многие годы массивно злоупотреблял алкоголем, повысилась переносимость алкоголя до 0,75 л водки за сутки, появились похмельные состояния в виде слабости, потливости, головной боли, дрожания рук, нарушений сна, тревоги, кошмарных сновидений. Психические расстройства появились после очередного запоя и короткого воздержания. «Стали мерещиться бесы, черти», о чём он говорил жене, стал читать Библию, ушёл из дома. В таком состоянии незаконно проник в дом гр-на О., а потом поджёг стену внутреннего двора дома, говорил: «Вы меня и здесь нашли, я вам сейчас устрою, всё сожгу». После задержания сотрудниками милиции по-прежнему вел себя неправильно, был тревожен, возбуждён. Говорил, что за ним «гонятся роботы, поджечь дом заставили компьютерщики, следят постоянно». Был госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении сознание его было не помрачено, ориентирован был правильно, был многоречив, обманов восприятия у него не выявлялось, был раздражителен, злобен, своё состояние объяснял тем, что его незаконно задержала милиция, громко кричал, ругался нецензурно, на замечания раздражался, в связи с чем был фиксирован. После проведения лечения достаточно быстро уснул, потом успокоился, запомнил своё поведение накануне. В последующем вёл себя правильно, психических нарушений не отмечалось, достоверно описывал психические нарушения. Указывал, что «мне мать ещё перед этим «скорую» вызывала, черти тогда казались, они по полу ползали, а потом ещё как по телу что-то ползёт, во рту лазает». В таком состоянии убежал из дома, но по дороге «казалось, что преследуют черти, голоса слышал, вот я и пошёл. По дороге казалось, что собаки напали, слышал чужие «голоса», как с неба: «Тебе налево, а теперь направо». Думалось, что компьютерами преследуют, в мозги лучи вправляют, какие-то волны, ультразвуки заставляли, какие-то прожектора светили, милиция гналась». Не может объяснить причин госпитализации, критика к состоянию недостаточна. Мышление испытуемого последовательное, логически связное, обычное по темпу. Интеллект без грубых нарушений, в целом соответствует полученному образованию и жизненному опыту, хотя отмечается снижение уровня притязаний, увлечений, интересов. Настроение при обследовании неустойчиво, склонен к раздражительности, вспыльчивости, неуравновешенности.

В неврологическом статусе признаки токсической энцефалопатии.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача № 9

Больной Н., 17 лет. Родился здоровым, рос послушным, покладистым, легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Поступил в ПТУ, в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина.

Вдыхал ежедневно в течение недели, потом делал перерыв на 2 дня и вновь неделями вдыхал. Занятия в ПТУ прогуливал, потому был вскоре отчислен. Находился на стационарном лечении в наркологическом отделении для подростков, оттуда сбежал через две недели, продолжал интенсивно вдыхать пары бензина, под их воздействием смотрел «мультики», общался с «голосами знакомых». Через полгода вновь был госпитализирован в подростковое наркологическое отделение. Находился там два месяца. Был выписан вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении также был вял, безразличен к ситуации, незаинтересован в происходящем, заторможен, погружён в себя. Мимика очень бедная, речь монотонная, невыразительная. Все вопросы врача понимает, отвечает после пауз. Без смущения рассказывал о вдыхании паров бензина, о том, что делал это сразу после выписки из наркологического отделения, в отсутствие матери дома. Мышление конкретное, замедленное по темпу. Был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними, смеялся. Настроение было сниженным, эмоции маловыразительные, однообразные.

Невролог: токсическая энцефалопатия на фоне перинатального поражения ЦНС.

Получил мощную дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты. Под влиянием «голосов» совершал нелепые поступки: прижигал себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по-особому болтал ногами и так далее. После выписки из этого стационара самостоятельно прекратил вдыхать пары бензина, оставался пассивным, подолгу сидел в одной позе. Не работал, не учился, всё время сидел дома, ни с кем не общался. Несколько месяцев находился дома, затем вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был напряжён, возбуждён, не отвечал на вопросы. На другой день стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит «голоса», которые приказывают «бегать голым по огороду», «голоса» стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «карать».

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача № 10

Больной К., 43-х лет.

Больной неоднократно лечился в психиатрической больнице и в наркологическом стационаре. Много лет злоупотребляет алкоголем, пьёт практически ежедневно, толерантность была высокой, в последнее время постепенно начала снижаться, много лет существует абстинентный синдром. На протяжении последних лет больной дезадаптирован, не может трудоустроиться и почти не пытается этого делать. По словам матери, очень редко выходит из дома. Пассивен, ничем не интересуется, растерял все дружеские связи, ни с кем практически не общается. Занавешивает окна, потребовал установки двух дополнительных замков на дверь. Несколько раз запрещал матери выходить из дома. В состоянии алкогольного опьянения становится агрессивен, злобен, враждебно настроен к матери, ломает дома мебель и вещи. Много раз в опьянении стучал кулаком в стену, кричал, чтобы прекратили издевательства. Больной при всех госпитализациях рассказывает о психотических переживаниях крайне мало, в отделение поступает возбуждённым, напряжённым, злобным, но поведение быстро упорядочивается на фоне лечения. Наблюдается нарастание пассивности, отгороженности.

При беседе держится спокойно, интереса и активности в разговоре не проявляет. Лицо гипомимичное, голос мало модулирован, ответы дает чаще односложные. Свои переживания почти не раскрывает. Единственное, что подтвердил, что слышит за стеной «голоса соседей», которые обсуждают его, знают, что он не работает и сидит дома; а также, что были моменты, когда ему и матери угрожала опасность, поэтому просил ее не ходить на работу. Эмоциональные проявления

уплощены, временами неадекватны. Своей будущей судьбой не интересуется. О планах говорит формально и расплывчато.

Психолог при исследовании выявляет признаки структурных изменений мышления шизофренического характера.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

МОДУЛЬ: ПРОПЕДЕВТИКА В ПСИХИАТРИИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-5

Задание #1

Вопрос:

До настоящего времени нет ни законодательно, ни нормативной основы для документирования медицинской деятельности в стационаре

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #2

Вопрос:

Сведения из истории болезни служат основанием для:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) Постановки диагноза болезни
- 2) Оценки трудоспособности
- 3) Определения проф. пригодности
- 4) Решения социальных проблем

Задание #3

Вопрос:

Ненадлежащее оформление истории болезни российские суды оценивают в пользу пациентов

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #4

Вопрос:

Обязательные документы, необходимые для госпитализации в плановом порядке

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) Паспорт
- 2) Полис ОМС
- 3) Полис ДМС
- 4) Направление от психиатра
- 5) Результаты медицинского обследования давности не более месяца

Задание #5

Вопрос:

Если больной переступил порог приемного покоя без всяких документов, находясь в остром психотическом состоянии, оформление истории болезни не проводится

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #6

Вопрос:

Пациент предъявляет жалобы на то что в последнее время ухудшилось настроение и лень ходить в поликлинику, по этой причине просит о госпитализации. Есть ли показания к лечению в стационаре?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Есть
- 2) Нет

Задание #7

Вопрос:

Пациент подавлен, говорит о том, что все у него в жизни плохо, жизнь пуста и бессмысленна, от лечения и от госпитализации отказывается. Есть ли показания к лечению в стационаре?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Есть, т.к. состояние пациента требует круглосуточного наблюдения
- 2) Есть, т.к. пациенту требуется проведение интенсивных методов лечения
- 3) Нет

Задание #8

Вопрос:

Родственники пациента настаивают на госпитализации из-за того что у него выраженное слабоумие и он нуждается в постоянном уходе. Есть ли показания к лечению в стационаре?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Есть
- 2) Нет

Задание #9

Вопрос:

Пациент уже более года слышит в голове чью-то речь, к чему привык и относится с критикой. Есть ли показания к лечению в стационаре?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Есть
- 2) Нет

Задание #10

Вопрос:

Пациент уже двое суток не спит, возбужден, оглядывается по сторонам, говорит, что кто-то хочет завладеть его разумом, сделать своей марионеткой. Есть ли показания к лечению в стационаре?

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) Есть, т.к. состояние пациента требует круглосуточного наблюдения
- 2) Есть, т.к. пациенту требуется проведение интенсивных методов лечения
- 3) Есть, т.к. психическое состояние пациента требует его изоляции от окружающих
- 4) Нет

Задание #11

Вопрос:

За счет средств госбюджета финансируется деятельность психиатрических больниц

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Есть
- 2) Нет

Задание #12

Вопрос:

Если перед подписанием согласия на лечение пациент спросил зачем ему необходимо лечиться в психиатрической больнице, должен ли врач ему об этом говорить?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #13

Вопрос:

После того как врач объяснил цель госпитализации, пациент поинтересовался о том как его будут лечить. Должен ли врач ему об этом рассказать?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #14

Вопрос:

Объясняя пациенту то как его будут лечить, должен ли врач сказать о предполагаемых результатах и возможных рисках связанных с этим лечением?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #15

Вопрос:

Пациент подписал согласие на госпитализацию, при этом он не знает в каких условиях будет находиться и какими методами будет проводиться обследование и лечение. Можно ли это считать информированным добровольным согласием?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #16

Вопрос:

Пациент подписал согласие из-за того что врач сказал ему что если он не подпишет, то будет неопределенно долго лежать в больнице недобровольно. Можно ли это считать информированным добровольным согласием?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #17

Вопрос:

Пациенту необходимо внушить, что он не имеет права отказываться от подписания согласия на лечение

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #18

Вопрос:

Пациент с легким психическим расстройством, находящийся на добровольном лечении, тяготится пребыванием в больнице и просит врача о выписке

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) пациент должен быть незамедлительно отпущен из больницы
- 2) пациент должен продолжить лечение, т.к. подписал согласие
- 3) пациент должен продолжить лечение, согласно статье 29 закона РФ "О психиатрической помощи..."

Задание #19

Вопрос:

Пациент, находящийся в остром психотическом состоянии, по просьбе врача подписывает согласие на лечение. Правомерно брать такое согласие?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #20

Вопрос:

Пациент, находящийся в остром психотическом состоянии, по просьбе врача подписавший согласие на лечение, требует прекращения лечения и хочет уйти из больницы. Что делать?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) пациент должен быть незамедлительно отпущен из больницы
- 2) пациент должен продолжить лечение, т.к. подписал согласие
- 3) пациент должен продолжить лечение, согласно статье 29 закона РФ "О психиатрической помощи..."

Задание #21

Вопрос:

Может ли дать осознанное согласие человек, страдающий психическим расстройством

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #22

Вопрос:

Может ли дать осознанное согласие человек, страдающий депрессией средней степени тяжести?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #23

Вопрос:

Может ли дать осознанное согласие человек, находящийся в состоянии психоза?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #24

Вопрос:

Может ли дать осознанное согласие человек, страдающий тяжелой депрессией?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #25

Вопрос:

Может ли дать осознанное согласие человек, страдающий выраженным слабоумием?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #26

Вопрос:

Согласия на лечение от недееспособных пациентов не требуется

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #27

Вопрос:

Недееспособный пациент согласен на госпитализацию (его состояние не тяжелое). Что делать?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Госпитализировать
- 2) Отказать в госпитализации

Задание #28

Вопрос:

Недееспособный пациент согласен на госпитализацию (его состояние не тяжелое), опекун не согласен. Что делать?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Госпитализировать
- 2) Отказать в госпитализации

Задание #29

Вопрос:

Недееспособный пациент не согласен на госпитализацию (его состояние не тяжелое) Что делать?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Госпитализировать
- 2) Отказать в госпитализации

Задание #30

Вопрос:

Недееспособный пациент не согласен на госпитализацию (его состояние не тяжелое), опекун настаивает на госпитализации. Что делать?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Госпитализировать
- 2) Отказать в госпитализации

Задание #31

Вопрос:

Недееспособный пациент не согласен на госпитализацию (его состояние тяжелое), опекун настаивает на госпитализации. Что делать?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Госпитализировать при условии что есть показания для госпитализации
- 2) Госпитализировать на основании требования опекуна
- 3) Отказать в госпитализации

Задание #32

Вопрос:

Недееспособный пациент не согласен на госпитализацию (его состояние тяжелое), опекун против госпитализации. Возможна ли в этом случае госпитализация?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #33

Вопрос:

Отказ должен быть зарегистрирован в «Журнале приема больных и отказов в госпитализации» с подписью:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гражданина
- 2) гражданина и его родственников
- 3) гражданина и медицинского работника
- 4) медицинского работника

Задание #34

Вопрос:

Если пациент не хочет подписывать отказ, это следует фиксировать подписью:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) главного врача и дежурного врача
- 2) зам. главного врача и дежурного врача
- 3) дежурного врача и медицинской сестры
- 4) зам. главного врача, дежурного врача и медицинской сестры

Задание #35

Вопрос:

Если пациент не возражает против стационарного лечения, но не хочет подписывать соответствующий документ, то законных оснований для помещения его в стационар нет.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #36

Вопрос:

Если пациент отказался от госпитализации, а для недобровольной госпитализации нет оснований, то история болезни не заводится и после оформления отказа пациент отпускается домой

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #37

Вопрос:

В течение которого времени гражданин должен быть освидетельствован комиссией врачей-психиатров, которая примет решение об обоснованности его недобровольной госпитализации.

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) 12 часов
- 2) 24 часов
- 3) 48 часов
- 4) 96 часов

Задание #38

Вопрос:

По истечении 48 часов недобровольной госпитализации и до вынесения судебного решения единственным документом, дающим врачу право задерживать человека в психиатрической больнице вопреки его желанию, становится заключение комиссии.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #39

Вопрос:

К дежурному врачу поступает пациент, где в направлении психиатр указывает, что больной

направлен на госпитализацию на основании статьи 29 закона РФ "О психиатрической помощи...", при этом дежурный врач не видит оснований для недобровольной госпитализации. Что делать?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Предложить добровольную госпитализацию и в случае отказа отпустить пациента
- 2) Предложить добровольную госпитализацию и в случае отказа госпитализировать недобровольно
- 3) Госпитализировать недобровольно

Задание #40

Вопрос:

Титульный лист истории болезни заполняет дежурный врач.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #41

Вопрос:

При заполнении истории болезни нужно указывать серию и номер паспорта.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #42

Вопрос:

Пациент приехал из другой области при этом его психическое состояние не острое, но требует стационарного лечения. Правомерно в этом случае требовать у него оплату за лечение?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #43

Вопрос:

При заполнении истории болезни не нужно указывать гражданство.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #44

Вопрос:

Пациент доставлен сотрудниками полиции, при осмотре врач выявил у больного признаки насилия (ушибы и ссадины), что должен сделать врач?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) Ничего
- 2) Записать выявленные симптомы в истории болезни
- 3) Сообщить об этом сотрудникам полиции, которые доставили больного
- 4) Сообщить об этом в ОВД
- 5) Сообщить об этом в орган управления здравоохранением, в ведении которого находится психиатрическая больница

Задание #45

Вопрос:

Правильно ли при первичном осмотре в разделе диагноз написать "Обследование"

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #46

Вопрос:

После осмотра врач не смог определить диагноз, но при этом решает начать оформление недобровольной госпитализации. Это допустимо?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #47

Вопрос:

Пациент, при поступлении, дал согласие на лечение. На основании психического состояния, (т.е. по показаниям) врач назначил меры физического стеснения. Это допустимо?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #48

Вопрос:

Пациент поступил на лечение в недобровольном порядке, дежурный врач ему назначил препарат, находящийся на клиническом испытании? Это допустимо?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #49

Вопрос:

Пациент, поступив на отделение, захотел выбрать лечащего врача, стоит ли выполнять его пожелание?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) нет, т.к. выбирает лечащего врача дежурный врач
- 2) нет, т.к. выбирает лечащего врача зав. отделением
- 3) да, т.к. пациент имеет на это законное право

Задание #50

Вопрос:

Может интерн быть лечащим врачом?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #51

Вопрос:

Интерн не может быть куратором, выполняющим функции помощника лечащего врача

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #52

Вопрос:

Простое изложение биографии имеет очень малое отношение к анамнезу

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #53

Вопрос:

Описание развития болезни надо представить не как смену фактов биографии заболевшего человека, а как смену отдельных симптомов и болезненных состояний на протяжении данного страдания.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #54

Вопрос:

При описании психического статуса (как и при записи данных анамнеза) нельзя пользоваться психиатрической терминологией, которая дает квалификационную оценку психическим расстройствам

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #55

Вопрос:

Врачи не обязаны руководствоваться диагностическими стандартами МКБ-10, поэтому могут в своей работе использовать МКБ-9

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #56

Вопрос:

Клинический диагноз должен быть поставлен больному в течение

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) 5 дней
- 2) 10 дней

- 3) 15 дней
- 4) 20 дней

Задание #57

Вопрос:

Пациента проконсультировал профессор и определил, что у больного такой-то диагноз, если лечащий врач поставил этот диагноз, кто несет ответственность за этот установленный диагноз?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) профессор
- 2) профессор и лечащий врач
- 3) лечащий врач

Задание #58

Вопрос:

Согласие надо получать при назначении каждого нового лекарственного препарата (лечебной процедуры) и нового курса лечения

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #59

Вопрос:

Дневной стационар и дневное пребывание в стационаре это одно и то же.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #60

Вопрос:

Пациент лечится добровольно и отказывается принимать одно из назначенных лекарств. Что делать?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) Начать процедуру недобровольной госпитализации и лечить тем что было назначено
- 2) Отменить лекарство, которое больной принимать не хочет
- 3) Оформить отказ от предложенного лекарства
- 4) Выписать больного из стационара на основании того что он не хочет лечиться
- 5) Попытаться найти вариант равноценной замены на тот препарат, на который пациент согласен

Задание #61

Вопрос:

Пациент лечится добровольно и отказывается принимать одно из назначенных лекарств, требуя его заменить на другое, которое не входит в Программу гос гарантий. Что делать?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) Попытаться найти это лекарство, на которое пациент согласен
- 2) Собрать специальную врачебную комиссию для решения этого вопроса
- 3) Отменить лекарство, которое больной принимать не хочет
- 4) Оформить отказ от предложенного лекарства
- 5) Предложить заключить с больницей платный договор в форме лечения желаемым лекарством

Задание #62

Вопрос:

Пациент лечится добровольно и хочет узнать какой ему был установлен диагноз. Врач не хочет травмировать пациента и игнорирует желание пациента. Правомерно ли поступил врач?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #63

Вопрос:

Молодой человек 17 лет, под давлением матери, пришел на прием к психиатру. После консультации мать интересуется состоянием здоровья ребенка. Врач рассказывает о том, что у него выявлено психическое расстройство. Правомерно ли поступил врач?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #64

Вопрос:

Находясь на добровольном лечении пациент попросил врача посмотреть свою историю болезни. Врач ему отказал. Правомерно ли поступил врач?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #65

Вопрос:

Находясь на добровольном лечении пациент попросил врача посмотреть свою историю болезни. Ознакомившись с диагнозом, он возмутился и пожелал, чтобы его проконсультировал эксперт психиатр из другого лечебного учреждения. Правомерно ли требование пациента?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

Задание #66

Вопрос:

Дневник должен заполняться повторяющимися сведениями, не имеющими значения для диагностики, оценки состояния и лечения больного.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #67

Вопрос:

Назначения записываются врачом в дневнике, а уже из дневника они переносятся в лист врачебных назначений

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #68

Вопрос:

При написании эпикриза нельзя пользоваться психиатрической терминологией, которая дает квалификационную оценку психическим расстройствам

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #69

Вопрос:

В эпикризе приводятся суждения врача по дифференциальной диагностике, дается клиническое обоснование применяемым методам лечения.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Задание #70

Вопрос:

Главное отличие эпикриза заключается в том, что состояние больного не описывается а квалифицируется.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Правда
- 2) Ложь

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больная В., 26 лет, безработная, проживает в районном центре с родителями, своей семьи не имеет. В возрасте 24-х лет перенесла острый менингит, после чего стали появляться приступы с одышкой, сердцебиениями, потливостью, страхом смерти. В связи с этим была направлена в отделение неврозов, но в связи с карантином была госпитализирована на психиатрическое отделение. Пробыла в стационаре неделю, пароксизмальных приступов не наблюдалось, отмечалась вегетативная нестабильность. В отделении адаптировалась с трудом, была напугана видом возбуждённых больных. Была выписана под наблюдение районного психиатра. На работе было предложено уволиться по собственному желанию. В дальнейшем трудоустроиться не смогла, «в уборщицы идти не хотелось», а других вакансий не было. Большую часть времени проводила дома. Стали возникать мысли о возможности убить кого-нибудь, мысли возникали в голове помимо её воли, «промелькнут и всё», желания реализовать их не было. Болезненно переживала по поводу появления этих мыслей. Беспокоили соматические ощущения: «сердце колет, голова давит, болит», была фиксирована на этих ощущениях. Периодически жаловалась на навязчивые представления «виденного на психиатрическом отделении». Лечилась в отделении неврозов. Была выписана из стационара с улучшением, получила 3 группу инвалидности по неврологическому заболеванию, в течение нескольких месяцев вся симптоматика прошла за исключением мыслей об убийстве, которые возникали изредка. Через полгода без причины появилось усиление мыслей «убить кого-нибудь», и больная повторно госпитализирована в отделение неврозов. В отделении описывала

изредка «мелькающие» мысли «убить кого-нибудь», говорила, что они мешают ей работать, но не могла объяснить, каким образом.

В неврологическом статусе остаточные явления перенесённого менингококкового менингита.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 2.

Больная Л., 28 лет, инвалид 2 группы по хирургическому заболеванию. Росла возбудимой, лживой, упрямой. В школе училась плохо, ленилась, близких подруг не имела. 10 лет не работала, жила с матерью и братом. В течение всей жизни была к матери очень привязана. Все эти годы «вела разгульный образ жизни». Устраивала дома пьянки, собирала на них случайных и малознакомых людей. Мать (соматически больную и беспомощную женщину) и брата запирала на это время в комнате. 3 месяца назад у матери резко ухудшилось состояние, у больной в это время был запой и мать госпитализировали спустя несколько дней. После этого стала тревожной, звонила родным, спрашивала, «правда ли, что она убила мать», «правда ли, что она заразила мать сифилисом», угрожала взорвать квартиру. Говорила, что хочет «уйти вместе с матерью. «Была возбуждена, разбила дома окна, открыла газовые краны, все залила воспламеняющимися жидкостями, подожгла, в квартире начался пожар. Нанесла себе несколько поверхностных ножевых ранений в живот. Когда приехали пожарные и милиция, сидела в комнате с растерянным видом, односложно отвечала на вопросы. Была госпитализирована в хирургическое отделение, где вела себя неадекватно. Ни с кем не общалась, разговаривала сама с собой. В больнице узнала о смерти матери, на похоронах не была. После выписки дома испытывала страх, не могла оставаться одна, слышала вокруг голоса родственников, угрозы, комментирование её действий. Ощущала присутствие матери в квартире. Постепенно голосов становилось больше, они «ругали и хвалили её», стала замечать, что люди на улице следят за ней, «хотят сделать что-то нехорошее», считала, что за ней ведётся слежка дома, кто-то знает её мысли, раздражали телевизор и холодильник, ощущала неопределённое воздействие «от электричества». В связи с таким состоянием была госпитализирована. При поступлении была возбуждена, говорила, что «лучом считывают мысли». В отделении около месяца сохранялось ощущение неопределённого воздействия, «голоса», ощущала тревогу и неприятные предчувствия.

Соматической и неврологической патологии выявлено не было.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 3.

Больной Н., 17 лет. Отец страдал алкоголизмом, умер от алкогольной интоксикации. Родился здоровым, рос послушным, покладистым, но легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. В возрасте 15 лет в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина, под их воздействием смотрел «мультики», общался с голосами знакомых. Через полгода стал вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними, смеялся. Под влиянием голосов совершал нелепые поступки: прижигал себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по особому болтал ногами и так далее. Через несколько дней стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит голоса, которые приказывают «бегать голым по огороду», голоса стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «качать». На фоне терапии нейролептиками нового поколения симптоматика сохранялась длительное время, затем расстройства постепенно купировались, был выписан домой.

Неврологом диагностирована токсическая энцефалопатия на фоне перинатального поражения ЦНС.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 4.

Больной Л., 43-х лет, прапорщик. В течение года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении.

Наследственность не отягощена. Окончил медучилище, последние годы служит фельдшером в воинской части. Был женат, от брака двое детей. 8 лет назад в течение месяца участвовал в боевых действиях в Чечне, тогда получил черепно мозговую травму с потерей сознания, обстоятельств её не помнит, за помощью не обращался. Первое время беспокоил шум в голове, головные боли, потом всё прошло. 4 года назад несколько месяцев служил в Югославии, там получил письмо от друга с сообщением, что жена ему изменяет. С тех пор постоянно думал о неверности жены. Около 10 лет систематически злоупотребляет алкоголем, утратил количественный контроль, толерантность повысилась до 1 литра водки в день, часто возникали амнестические формы опьянения, в абстиненции тремор, бессонница, интенсивное влечение к спиртному. Из-за пьянства и скандалов в семье брак распался 3 года назад, но продолжал навещать жену, постоянно скандалил, ссорился, ревновал, надеялся восстановить семейные отношения. В течение 1,5 лет стал замечать изменившееся к нему отношение со стороны сослуживцев и окружающих, замечал на улице подозрительных людей, которые за ним следили, сослуживцы «со скрытой целью» расспрашивали о его жизни, выведывали, проверяли, считал, что начальство хочет лишить его обещанной квартиры. Устраивали ему провокации, специально на улице подсылали женщин, внешне похожих на жену, чтобы «подставить» его, проверить, не фиктивный ли у него брак. Несмотря на расторжение брака, продолжал ревновать жену, в качестве доказательства приводил такие «факты», как, например, позднее возвращение жены домой. Считал, что за всеми провокациями и слежками стоит жена. В состоянии алкогольного опьянения и похмелья эпизодически слышал невнятные мужские голоса, которые говорили о неверности жены, смеялись над ним. В состоянии опьянения, придя к жене, услышал мужской голос в её квартире, понял, что жена изменяет, нанёс ей два ножевых ранения в спину. Был привлечён к уголовной ответственности, признан невменяемым, около года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении. В отделении был подозрителен, тревожен, говорил, что в отделении «подсадные утки», они «выведывают», настороженно воспринимал визиты сослуживцев. Заключение невролога: Токсическая и посттравматическая энцефалопатия.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 5.

Больной Р., 36 лет. В детстве развивался соответственно возрасту. Окончил 10 классов и Московский геолого-разведочный институт. Работал по специальности. По характеру с детства отличался замкнутостью, мнительностью, трудно вступал в контакт с окружающими. Испытывал большие затруднения на работе, т.к. надо было общаться с людьми, поддерживать дисциплину. На собраниях не мог выступать, испытывал чувство растерянности. Поэтому уклонялся от выступлений, иногда уходил с собрания. Стал злоупотреблять алкоголем. Быстро сформировалось тяжёлое абстинентное состояние с чувством страха, тревоги, раскаяния. Испытывал выраженное компульсивное влечение к алкоголю, в связи с чем «пропивал» зарплату, вещи из дома. Употреблял суррогаты. Пьянство запойное по 5-7 дней. Незадолго до госпитализации произошёл конфликт с одним из собутыльников, который стал ему угрожать. После окончания 7-дневного запоя на 3-й день стал слышать, как этот человек переговаривался за стеной в своей квартире с другими людьми о том, чтобы написать на него донос в милицию. Выглянув в окно, «увидел» мужиков, которые рубили прутья, чтобы его убить, из соседнего двора тянули трос, чтобы оборвать газовую трубу и взорвать его дом. Ходил к соседу «разбираться», был госпитализирован в психонаркологическое отделение. После выписки жил у тёщи, т.к. боялся идти домой. Разубеждению жены не поддавался, т.к. «верил только себе». По совету нарколога побеседовал с соседом и только тогда успокоился.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 6.

Больной Х., 69 лет.

Наследственность неотягощена. В настоящее время на пенсии. Женат, имеет детей, внуков. Наблюдался у терапевта с диагнозом: «Атеросклеротический кардиосклероз». На протяжении последнего года вёл судебную тяжбу из-за жилой площади, имела место реальная угроза выселения из квартиры. В связи с переживаниями во время судебного разбирательства стал подозрительным, считал, что соседи к нему плохо относятся.

За 1 месяц до поступления в клинику ухудшился сон, усилились головные боли, появилась слабость. Стал раздражительным, слезливым испытывал неопределённую тоску, тревогу за своё здоровье. Возникли мысли, что соседи «отравляют его газом, чтобы завладеть квартирой». Стал «замечать», что кто-то проникает к нему в комнаты, «перекладывает вещи», «ворует белье», «портит пищу». Затыкал ватой щели в дверях, многократно менял замки. Перестал спать, писал многочисленные письма в милицию и другие инстанции о его преследовании, просил, наказать соседей.

В отделении суетлив, предъявляет жалобы соматического характера, психически считает себя здоровым. Отказывается от еды и лечения, недоверчиво относится к врачам. Убеждён, что соседи «травят его», «вредят», «воруют вещи». Приводит многочисленные доказательства этого. Критика к высказываниям полностью отсутствует. Периодически бывает многоречив, обстоятелен.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 7.

Больная Л., 45 лет. Предъявляет жалобы на тревогу, подавленность, слабость, на приступообразные боли в животе, на периодические мысли о наличии тяжёлого заболевания.

По характеру тревожно-мнительная, эмоциональная, склонная к навязчивым опасениям, сомнениям, к легко возникающим страхам.

Ухудшение состояния впервые возникло несколько лет назад после психотравмирующей ситуации. Снизилось настроение, нарушился сон, аппетит, похудела, появилась тревога за состояние здоровья близких, тогда же впервые появились боли в животе приступообразного характера, что было расценено как результат нарушения питания. Впоследствии настроение улучшилось, тревога уменьшилась; однако, боли в животе легко возобновлялись при волнениях за близких, при попытке трудоустроиться, при этом периодически сопровождалась тошнотой. Стала фиксировать внимание на ощущениях в животе – периодически чувствовала «брожение», «раздувание» в животе, появились мысли о наличии нераспознанных заболеваний. Обследовалась, был выявлен калькулёзный холецистит вне обострения, прооперирована в плановом порядке, но неприятные ощущения в животе периодически возобновлялись, сопровождалась тревогой, активным обращением к врачам различных специальностей.

Настоящее ухудшение в течении месяца после очередной психотравмирующей ситуации. Вновь появились боли в животе, стала ощущать как «пища движется», ощущала страх за собственное здоровье, стала голодать, появились мысли о раке. Обращалась к онкологу, патологии не выявлено. Не удовлетворилась этим заключением, уверена в наличии «какой-то серьёзной болезни в животе». По инициативе участкового терапевта была направлена к психиатру, дала согласие на стационарное лечение в психиатрической больнице.

При поступлении – астенизирована, тревожна, фиксирована на ощущениях в животе («болит», «схватывает»), отмечает периодическую тошноту, просит назначить активное лечение – «чтобы уснуть и всё забыть». Вместе с тем высказывает недоверие ранее проведённым обследованиям. Эмоционально лабильна, тревожна, фон настроения снижен.

Заключение терапевта: Постхолецистэктомический синдром.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 8

Больной Д., 26 лет поступил в психиатрическую больницу впервые. Предъявляет жалобы на легко возникающие приступы: при поездках в транспорте, при посещении концертов и кинотеатров, при выходе из дома. Приступы протекают с выраженной тревогой, сердцебиением, ощущением удушья, головокружением, чувством нереальности окружающего, страхом смерти.

Впервые такой приступ возник в кинотеатре 3 года назад на фоне психотравмирующей ситуации. При этом ощущал тревогу, страх смерти. Состояние улучшилось после выхода из зала. В последствие подобное состояние возникло на концерте. Стал испытывать страх перед повторением приступов, стал бояться упасть, потерять сознание, замкнулся, перестал посещать общественные места. Настоящее ухудшение около 2-х месяцев, после того как в автобусе неожиданно возникла тревога, нехватка воздуха, одышка, сильное сердцебиение. Стал ощущать головокружение, окружающее стало восприниматься как «нереальное», «все поплыло, отодвинулось, появился страх смерти». Состояние улучшилось после приема валидола, который носил с собой. С этого времени полностью перестал пользоваться транспортом, стал бояться один выходить из дома, требовал от сожительницы, чтобы она его везде сопровождала (это было возможно, так как вместе работали). Ярко представлял себе внезапную смерть на улице, стал бояться потерять «контроль над собой, сойти с ума». На этом фоне снизилось настроение. Отмечает, что когда находится дома, на улице в присутствии сожительницы, на работе среди сотрудников, которым доверяет, «забывается», «чувствует себя нормально». К психиатру обратился по инициативе сестры и сожительницы, неохотно дал согласие на госпитализацию в психиатрическую больницу.

Неврологически: заключение невролога: «Остаточные явления перенесенной нейроинфекции. ВСД с пароксизмами смешанного характера».

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 9

Больная Г., 63 лет. Пенсионерка. По характеру педантичная, упрямая. Имеет 2 детей, младшая дочь страдала ДЦП, умерла в возрасте 12-ти лет, муж умер через полгода после смерти дочери. Более 10 лет назад стала конфликтовать на работе по поводу очередности на получение жилплощади. Считала, что специально заселили другую семью в предназначавшуюся для нее квартиру. По наступлении пенсионного возраста отказалась оформлять пенсию, заявив, что пенсия слишком маленькая, что ее обманули, судилась с администрацией. После смерти младшей дочери и мужа, неоднократно писала заявления об убийстве дочери и мужа, о подделке свидетельств о смерти, о том, что сотрудники предприятия специально, в сговоре с врачами, заразили дочь вирусом, извели до смерти, а теперь преследуют саму больную, пытаются заразить и ее вирусом, чтобы завладеть квартирой. Боялась оставаться одна в квартире, загораживала окна и двери, жила у детей и знакомых. Неоднократно вызывала милицию, заявляя, что за нею следят, хотят убить. При поступлении в психиатрический стационар: раздражительна, злобна, обвиняет в убийстве мужа и дочери каких-то лиц, привезла с собой 2 заявления в прокуратуру. Мышление обстоятельное. Считает, что ее обманывают бывшие сотрудники по работе: «Вырвали нарочно из трудовой книжки целый лист, из-за этого стаж получился намного меньше. Убили дочь и мужа, а теперь преследуют и меня». Стала замечать у себя признаки поражения вирусом, приводя в доказательство гнойнички на лице (страдает пиодермией), частые запоры, снижение аппетита и массы тела, а также перенесенное рожистое воспаление голеней, варикозное расширение вен, ноющие боли в области правого подреберья, обусловленные, по ее словам, воспалением желчного пузыря, боли в суставах. Сообщила, что по-прежнему пытается добиться рассмотрения в суде дела о насильственной смерти дочери и мужа, но все документы из дела куда-то исчезают, кто-то намеренно похищает их.

В неврологическом статусе: начальные явления церебрального атеросклероза.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

МОДУЛЬ: ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны яркие зрительные галлюцинации?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) делириозный синдром
- 6) астенический синдром

Задание #2

Вопрос:

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны псевдогаллюцинации?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) делириозный синдром
- 6) астенический синдром

Задание #3

Вопрос:

Галлюцинации представляют собой

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) ложные, мнимые восприятия
- 2) ошибочные восприятия
- 3) искаженные восприятия

Задание #4

Вопрос:

Иллюзии это -

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) ошибочные восприятия с неправильным узнаванием
- 2) искаженные восприятия без нарушения узнавания
- 3) ложные, мнимые восприятия

Задание #5

Вопрос:

Парестезии локализуются обычно:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) на поверхности тела
- 2) во внутренних органах
- 3) только на лице

Задание #6

Вопрос:

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны слуховые истинные галлюцинации?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) астенический синдром

Задание #7

Вопрос:

Вербальные иллюзии воспринимаются:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) вместе с какими-либо словами окружающих
- 2) вместо каких-либо слов окружающих
- 3) независимо от звуковых раздражителей
- 4) ничем из перечисленного

Задание #8

Вопрос:

Функциональные галлюцинации воспринимаются:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) вместе с каким-либо раздражителем
- 2) вместо какого-либо раздражителя
- 3) независимо от раздражителя
- 4) ничем из перечисленного

Задание #9

Вопрос:

Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
- 2) нарушения сознания
- 3) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я
- 4) расстройства самосознания витальности и активности
- 5) расстройства самосознания целостности

Задание #10

Вопрос:

Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
- 2) необычности, вычурности ощущений

- 3) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
- 4) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
- 5) восприятия, искажения формы и величины своего тела

Задание #11

Вопрос:

В структуру синдрома галлюциноза входят все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) вербальных галлюцинаций
- 2) измененного аффекта
- 3) галлюцинаторного бреда
- 4) измененного поведения
- 5) интерпретативного бреда

Задание #12

Вопрос:

Галлюцинации мышечного чувства проявляются в виде ощущения

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) особой легкости тела
- 2) особой легкости членов тела
- 3) тяжести тела или его членов
- 4) движения языка или других органов
- 5) чувства инородного предмета в теле

Задание #13

Вопрос:

Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) возникновения "внутренних", "сделанных", "мысленных" голосов
- 2) звучания мыслей
- 3) громких мыслей
- 4) содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т.д.
- 5) ощущения, что языком больного произносятся слова, фразы

Задание #14

Вопрос:

Висцеральные галлюцинации характеризуются

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) тягостными неприятными ощущениями со стороны внутренних органов
- 2) чувством жжения
- 3) перемежающимися болями
- 4) ощущением живого существа внутри
- 5) «голосами», исходящими из тела

Задание #15

Вопрос:

Аффективные иллюзии характеризуются всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) искаженного восприятия, связанного с необычным эмоциональным состоянием
- 2) возникновения при патологических изменениях аффекта
- 3) возникновения чаще при страхе, тревоге
- 4) усиления к вечеру
- 5) изменения сознания

Задание #16

Вопрос:

Термин "шперрунг" используется для обозначения переживания больным

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) возникновения чуждых мыслей
- 2) внезапной остановки, обрыва мыслей
- 3) скачки идей
- 4) замедленного мышления

Задание #17

Вопрос:

Возникновение синдрома сверхценных идей тесно связано с событиями:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) не связанными с жизнью больного, к которым больной безразличен
- 2) связанными с жизнью больного, к которым больной безразличен
- 3) эмоционально значимыми для больного
- 4) ничем из перечисленного

Задание #18

Вопрос:

К какому из приведенных ниже типов формальных расстройств мышления относится оторванность от реальности, погруженность в мир внутренних переживаний?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) болезненно замедленное мышление
- 2) болезненно ускоренное мышление
- 3) резонерское мышление
- 4) аутистическое мышление
- 5) разорванное мышление
- 6) бессвязное мышление

Задание #19

Вопрос:

Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) напряженного предчувствия надвигающейся катастрофы
- 2) четко оформленного бреда преследования
- 3) необъяснимого мучительного беспокойства
- 4) приобретения окружающим иного смысла
- 5) психосенсорных расстройств

Задание #20

Вопрос:

Для интерпретативного бреда (бреда толкования) характерны

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) политематичность бреда
- 2) внутренняя логика доказательств и систематизация бреда
- 3) отсутствие систематизации
- 4) нарушения чувственного познания окружающего мира

Задание #21

Вопрос:

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны слуховые истинные галлюцинации?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) астенический синдром

Задание #22

Вопрос:

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны псевдогаллюцинации?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) делириозный синдром
- 6) астенический синдром

Задание #23

Вопрос:

Для какого синдрома характерен мегаломанический бред?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) делириозный синдром
- 2) аментивный синдром
- 3) депрессивный синдром
- 4) Кандинского-Клерамбо синдром
- 5) маниакальный синдром
- 6) парафренный синдром

Задание #24

Вопрос:

Для какого синдрома характерен острый чувственный бред?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) параноидный синдром
- 2) парафренный синдром
- 3) астенический синдром
- 4) паранойяльный синдром

Задание #25

Вопрос:

Для каких синдромов характерно переживание вкладывания и отнятия мыслей?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром
- 2) синдром Кандинского-Клерамбо
- 3) аментивный синдром
- 4) паранояльный синдром
- 5) астенический синдром

Задание #26

Вопрос:

Для какого синдрома характерно бессвязное мышление?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром
- 2) синдром Кандинского-Клерамбо
- 3) аментивный синдром
- 4) паранояльный синдром
- 5) парафренный синдром

Задание #27

Вопрос:

Какой из нижеперечисленных симптомов не укладываются в структуру синдрома Кандинского-Клерамбо?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) истинные вербальные галлюцинации
- 2) псевдогаллюцинации
- 3) бред воздействия
- 4) симптом "открытости мыслей" (психические автоматизмы)

Задание #28

Вопрос:

Какие патологические идеи характерны для параноидного синдрома?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) навязчивые идеи
- 2) сверхценные идеи ревности
- 3) бредовые идеи преследования и воздействия
- 4) навязчивые страхи
- 5) бредовые идеи величия

Задание #29

Вопрос:

Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) наглядно-образного характера, отсутствия активной работы над содержанием бреда
- 2) отсутствия последовательной системы доказательств, обоснований
- 3) преобладания воображения, фантазии, грез
- 4) фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений
- 5) последовательного подкрепления искаженного суждения цепью обстоятельств

Задание #30

Вопрос:

Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени
- 2) более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления
- 3) бесплодного мудрствования
- 4) преобладание образных представлений над абстрактными идеями
- 5) возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений

Задание #31

Вопрос:

Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
- 2) утраты способности отделения главного от второстепенного
- 3) утраты способности отделения существенного от несущественного
- 4) соскальзывания на латентные ассоциации
- 5) снижения продуктивности мышления

Задание #32

Вопрос:

Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций
- 2) однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
- 3) трудности отделения главного от второстепенного
- 4) жалоб на утрату способности к мышлению
- 5) ощущения ослабления умственных способностей

Задание #33

Вопрос:

Что может служить критерием отличия кататонического ступора от депрессивного?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) степень выраженности
- 2) продолжительность
- 3) негативизм, повышение мышечного тонуса
- 4) отказ от еды

Задание #34

Вопрос:

Укажите совокупность признаков, которые соответствуют утверждению: "для кататонического возбуждения характерно"

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) постоянное стремление к деятельности, повышенная отвлекаемость, целенаправленность действий
- 2) стереотипия, импульсивность, неестественность движений, паясничанье, эхолалия, эхопраксия

- 3) злобно-тоскливое настроение, суженное сознание, устрашающие галлюцинации, бред преследования
- 4) ажитация, сопротивление осмотру, суицидальное поведение

Задание #35

Вопрос:

Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) повышения волевой активности, усиления побуждений
- 2) повышенной деятельности
- 3) чувства сделанности состояния
- 4) порывистости, инициативности
- 5) говорливости, подвижности

Задание #36

Вопрос:

Какой клинический симптом не характерен для кататонического синдрома?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) эхо-симптомы
- 2) каталепсия
- 3) мутизм
- 4) дисфории
- 5) негативизм

Задание #37

Вопрос:

Апато-абулический синдром обычно наблюдается в клинике

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) пресенильных психозов
- 2) сенильных психозов
- 3) эпилепсии
- 4) шизофрении
- 5) психопатии

Задание #38

Вопрос:

Импульсивное возбуждение отличается от других видов возбуждения:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гипертимией
- 2) немотивированностью возбуждения
- 3) четкой целенаправленностью
- 4) ничем из перечисленного

Задание #39

Вопрос:

Для какого синдрома характерна триада Протопопова?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) парафренного

- 2) параноидного
- 3) аментивного
- 4) депрессивного

Задание #40

Вопрос:

При каком синдроме встречается следующая триада симптомов: повышенное, радостное настроение, ускоренное мышление, повышенная двигательная активность?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) парафренином
- 2) депрессивном
- 3) ипохондрическом
- 4) маниакальном
- 5) параноидальном

Задание #41

Вопрос:

При каком синдроме встречается следующая триада симптомов: тоскливо-печальное настроение, замедленное мышление, двигательная заторможенность?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) маниакальном
- 2) кататоническом
- 3) параноидальном
- 4) депрессивном

Задание #42

Вопрос:

Для какого синдрома характерно пароксизмально возникающее тоскливо-злобное настроение с склонностью к агрессивным действиям?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) депрессивного
- 2) обсессивного
- 3) делириозного
- 4) дисфорического
- 5) для всех указанных синдромов

Задание #43

Вопрос:

К какой группе синдромов относится дисфория?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) бредовым
- 2) синдромам нарушения сознания
- 3) аффективным
- 4) кататоническим

Задание #44

Вопрос:

Какой из нижеперечисленных признаков, симптомов является характерным, отличающим маскированные депрессии от других депрессий?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) бредовые идеи самоуничужения и самообвинения
- 2) навязчивые страхи
- 3) суточные колебания настроения
- 4) преобладание соматических жалоб
- 5) суицидные мысли

Задание #45

Вопрос:

Для депрессивного синдрома характерно все кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) переживание тоски
- 2) двигательная заторможенность
- 3) псевдогаллюцинации
- 4) идеаторная заторможенность
- 5) бредовые идеи самоуничужения

Задание #46

Вопрос:

Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) наличие депрессивной триады
- 2) идеи самообвинения
- 3) идеи переоценки собственной личности
- 4) деперсонализацию
- 5) дереализацию

Задание #47

Вопрос:

Для легкого депрессивного эпизода характерно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) сниженного настроения
- 2) снижения энергичности
- 3) меланхолического раптуса
- 4) идей самоуничужения
- 5) нарушенного сна

Задание #48

Вопрос:

К тяжелым вариантам депрессивного эпизода с психотическими симптомами относятся все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) депрессии с галлюцинациями
- 2) депрессии с интерпретативным бредом
- 3) депрессии с бредом ущерба
- 4) депрессии с бредом самоуничужения
- 5) депрессии с чувственным бредом

Задание #49

Вопрос:

К проявлениям гипомании относится все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) повышенной энергичности
- 2) разговорчивости
- 3) сниженной потребности во сне
- 4) идей величия
- 5) повышенной сексуальной активности

Задание #50

Вопрос:

Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
- 2) убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
- 3) отнятия мыслей, разматывания воспоминаний
- 4) проявления ощущения неподвижности, оцепенения
- 5) речедвигательных автоматизмов

Задание #51

Вопрос:

Клептомания проявляется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) напряжения перед актом воровства
- 2) чувства удовлетворения после воровства
- 3) воровства ненужных вещей
- 4) чувства безнаказанности
- 5) воровства в одиночку

Задание #52

Вопрос:

Онейроидная кататония проявляется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) экстатическим, импульсивным, гебефреническим возбуждением
- 2) ступорозными состояниями
- 3) онейроидным помрачением сознания
- 4) целенаправленным возбуждением
- 5) фантастическим характером переживаний

Задание #53

Вопрос:

К маниям с психотическими симптомами относятся все перечисленные, исключая

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) манию с интерпретативным бредом
- 2) манию с чувственным бредом
- 3) гневливую манию

- 4) манию с галлюцинациями
- 5) манию с бредом величия

Задание #54

Вопрос:

Импульсивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) неожиданности поступков
- 2) театральности поз
- 3) агрессии, неистовой ярости
- 4) прерывания кратковременными состояниями ступора
- 5) преобладания в речи стереотипно повторяемых слов (эхолалии, вербигерации)

Задание #55

Вопрос:

Люцидная кататония проявляется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) кататонического возбуждения
- 2) как правило, ступора с негативизмом и оцепенением
- 3) отсутствия помрачения сознания
- 4) онейроидных включений
- 5) эхо-симптомов

Задание #56

Вопрос:

В определение какого синдрома входит понятие необратимости?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) аментивный
- 2) амнестический
- 3) деменция
- 4) астенический

Задание #57

Вопрос:

Характерными клиническими проявлениями дебильности являются

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) слабость абстрактного мышления
- 2) аффективная неустойчивость
- 3) слабость волевых функций
- 4) все перечисленное неверно

Задание #58

Вопрос:

Из перечисленных форм олигофрении можно предупредить развитие болезни своевременным лечением новорожденного

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) при болезни Дауна
- 2) при фенилкетонурии

- 3) при тяжелой врожденной гидроцефалии
- 4) при синдроме Мартина - Белла

Задание #59

Вопрос:

Укажите наиболее частую причину задержки психического развития

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) наследственность
- 2) социальная запущенность
- 3) родовые травмы
- 4) инфекции

Задание #60

Вопрос:

Максимальная задача в реабилитации больных идиотий состоит в научении

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) азбуке
- 2) простым арифметическим действиям
- 3) навыкам самообслуживания
- 4) элементарной профессии

Задание #61

Вопрос:

В основе Корсаковского синдрома лежит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) инкогеренция мышления
- 2) расстройство ощущения
- 3) фиксационная амнезия
- 4) нарушение сенсорного синтеза
- 5) все вышеуказанное

Задание #62

Вопрос:

Заполнение пробелов памяти событиями, которые имели или могли иметь место в жизни больного называется:

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) ретроградная амнезия
- 2) криптомнезия
- 3) фиксационная амнезия
- 4) конфабуляции
- 5) псевдореминисценции
- 6) антероградная амнезия

Задание #63

Вопрос:

Заполнение пробелов памяти событиями, которые носят фантастический нелепый характер и не могли иметь место в жизни больного называется:

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) ретроградная амнезия
- 2) криптомнезия
- 3) фиксационная амнезия
- 4) конфабуляции
- 5) псевдореминисценции
- 6) антероградная амнезия

Задание #64

Вопрос:

При каком из перечисленных психопатологических синдромов часто встречается гипомнезия?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) параноидный
- 2) депрессивный
- 3) кататонический
- 4) маниакальный

Задание #65

Вопрос:

Препараты каких групп имеют терапевтическое значение для лечения мнестических расстройств?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нейролептики
- 2) ноотропы
- 3) транквилизаторы
- 4) антидепрессанты
- 5) соли лития

Задание #66

Вопрос:

Фиксационная амнезия характеризуется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) потерей способности запоминать текущие события
- 2) снижением интеллекта
- 3) галлюцинациями
- 4) ничем из перечисленного

Задание #67

Вопрос:

Прогрессирующий распад памяти от недавно приобретённой информации к давно приобретённой называется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) синдромом Кандинского-Клерамбо
- 2) Корсаковским синдромом
- 3) болезнью Блейлера
- 4) законом Рибо

Задание #68

Вопрос:

Подробное произвольное воспроизведение давно полученной информации называется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гипермнезией
- 2) экмнезией
- 3) хорошей памятью
- 4) эйдетизмом

Задание #69

Вопрос:

Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
- 2) потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
- 3) невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
- 4) распространения подобного забвения на различный период

Задание #70

Вопрос:

Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ложные воспоминания
- 2) действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
- 3) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
- 4) патологические воображения в форме воспоминаний
- 5) сделанные воспоминания

Задание #71

Вопрос:

Антероградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
- 2) распространения подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
- 3) правильного поведения больных в этот, затем забытый период
- 4) расстройства запоминания в период после бессознательного состояния
- 5) двигательного возбуждения в амнезируемый период

Задание #72

Вопрос:

К какой форме расстройства сознания относится транс и сомнамбулизм?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) аментивное
- 2) сумеречное
- 3) онейроидное
- 4) сопорозное
- 5) делириозное

Задание #73

Вопрос:

Для какого из указанных синдромов характерно внезапное начало и окончание (часто заканчивается сном), полная амнезия?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) делирий
- 2) сумеречное расстройство сознания
- 3) аменция
- 4) синдром Кандинского-Клерамбо
- 5) кататонический синдром

Задание #74

Вопрос:

Укажите какой этиологический фактор играет ведущую роль в возникновении делириозных состояний?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) токсический фактор
- 2) психогенный фактор
- 3) генетические фактор

Задание #75

Вопрос:

Для какого синдрома характерно грубое расстройство мышления, обусловленное нарушением синтеза ассоциаций ?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром
- 2) маниакальный синдром
- 3) аментивный синдром
- 4) делириозный синдром
- 5) паранояльный синдром
- 6) парафренный синдром

Задание #76

Вопрос:

При каком синдроме характерно преобладание зрительных устрашающих галлюцинаций?

Выберите один из 7 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром
- 2) синдром Кандинского-Клерамбо
- 3) онейроидный синдром
- 4) аментивный синдром
- 5) делириозный синдром
- 6) паранояльный синдром
- 7) парафренный синдром

Задание #77

Вопрос:

К какой психопатологической группе расстройств относится онейроидный синдром?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) помрачение сознания
- 2) выключение сознания
- 3) патологии мышления
- 4) патологии влечений

Задание #78

Вопрос:

Какие симптомы из нижеперечисленных характерны для аменции?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) бессвязное, инкогерентное мышление
- 2) систематизированный бред преследования
- 3) частичная амнезия

Задание #79

Вопрос:

Для какого из перечисленных психопатологических синдромов наиболее свойственна истощаемость внимания?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) маниакального
- 2) астенического
- 3) депрессивного
- 4) параноидного
- 5) кататонического

Задание #80

Вопрос:

Для каких из перечисленных заболеваний характерно затруднение переключения внимания?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) шизофрения
- 2) инволюционный психоз
- 3) эпилепсия
- 4) неврастения

Задание #81

Вопрос:

Оглушение может развиваться в следствие:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) интоксикаций и инфекций
- 2) шизофрении
- 3) инволюционного психоза

Задание #82

Вопрос:

Для делирия характерны все перечисленные психические расстройства, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) парейдолии
- 2) зрительных галлюцинаций
- 3) психических автоматизмов

- 4) аффективных расстройств
- 5) двигательного возбуждения

Задание #83

Вопрос:

К расстройству границ самосознания относится все перечисленное, исключая:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) ослабление вплоть до полного исчезновения границ Я и не Я
- 2) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между миром внутренним и внешним
- 3) появление полного равнодушия, безучастия ко всему окружающему
- 4) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между реальностью и образами, созданными акустическим миром больных

Задание #84

Вопрос:

Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, исключая:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нарушение отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях
- 2) отрешенность от окружающего мира: затруднение или полную невозможность восприятия происходящего вокруг
- 3) дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности
- 4) бессвязность мышления, наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения, полную или частичную амнезию периода помрачения сознания
- 5) чувство сделанности

Задание #85

Вопрос:

Первая стадия делирия проявляется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) изменчивости настроения, непоследовательности, говорливости, гиперстезии
- 2) расстройства сна с трудностью засыпания и яркими сновидениями
- 3) псевдогаллюциаторных расстройств
- 4) смены приподнятого настроения тревогой, капризностью, обидчивостью
- 5) наплыва ярких воспоминаний, образных представлений о прошедших событиях

Задание #86

Вопрос:

Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания
- 2) галлюцинаторных и бредовых включений
- 3) повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей
- 4) замедленности, затруднения мышления, трудности в осмыслении ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего
- 5) аспонтанности, малоподвижности

Задание #87

Вопрос:

Особенностями сумеречного помрачения сознания с продуктивными расстройствами является все

перечисленное, исключая:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) оно бывает непрерывным и альтернирующим
- 2) продолжительность от нескольких часов до недель
- 3) амнезия после выхода из него бывает частичной, ретардированной или полной
- 4) отношение как к чуждым действиям, совершенным в период помрачения сознания
- 5) ориентированность в месте и времени

Задание #88

Вопрос:

Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, исключая

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) кататонические включения
- 2) преобладание парейдолий
- 3) увеличение лабильности аффекта
- 4) усиление расстройства сна
- 5) появление устрашающих сновидений, которые путают с реальностью

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной П., 30 лет.

Наследственностьотягощена психическими расстройствами у бабушки в позднем возрасте. Точное время возникновения психических расстройств установить сложно. Больной описывает ситуацию 2-летнего знакомства с девушкой. Четыре месяца назад она сообщила что беременна от него, он начал «ревновать ее», подозревать, что ребенок не от него. Стал искать у нее фотографии, нашел фотографию ее вместе с мужчиной, «уехавшим в Америку». На основании этой фотографии решил, что ребенок от этого мужчины, отношения с девушкой прекратил. Ситуацию разрыва переживал, постепенно появилось чувство, что в этом виноват он, что он вообще виноват перед семьей, перед сослуживцами, что он плохой. Настроение заметно снизилось. Сон не нарушался. Аппетит был снижен, но не похудел. Стал испытывать интеллектуальные затруднения, плохо сосредоточивался, чувствовал слабость. Этот период продолжался примерно 1,5 месяца, не считает это состояние болезненным. Состояние резко изменилось около 2-х месяцев назад. Называет точную дату (8 марта). Стал замечать на улицах «знаки», значение которых не понимал. Это были «желтые трактора», «огни», «красные огни на трубе, которых раньше не было». Окружающее казалось странным, непонятным, вокруг как будто разыгрывался спектакль. Лица людей менялись, «то все смеялись, то все плакали», «меняли крыши на домах, выйду из дома, а за ночь крыши все сменены». Испытывал растерянность, было чувство, что происходит что-то непонятное. Замечал, что за ним следят на улицах. Слышал со стороны плач детей, голос девушки. Временами не понимал речь окружающих. Чувствовал воздействие извне: путались мысли, его мысли узнавали, иногда ощущал, что ему трудно двигаться.

При поступлении был напряжен, говорил о преследовании, «голосах». В следующие дни на фоне лечения стал спокойным, симптоматика не выявлялась. Во время беседы общение носит формальный характер. Спонтанно о своих переживаниях не рассказывает, на вопросы отвечает не охотно. Свое состояние считает «болезнью», вместе с тем не знает и не понимает, что с ним происходит. Сказал, что ощущение странности, непонятности окружающего, «знаки» сохраняются, настроение у него стало хорошим «вчера».

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).

2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 2.

Больной П., 26 лет.

По характеру замкнутый, малообщительный. По словам больного, около 2-3-х лет у него пропал интерес к женщинам, перестал с ними встречаться, не тяготился этим. Несколько месяцев назад стал вялым, жаловался на слабость, не справлялся с работой.

При беседе рассказывает, что слышал «голоса» со стороны, которые комментировали его поступки. Называет эти переживания своеобразно: «у меня была слабость к человеческому слуху». Испытывал чувство воздействия от деревьев и со стороны досок на лесопилке, где работал. Считал, что они поглощали его энергию, поэтому и ощущал слабость. Было чувство, что окружающие читают его мысли. Выявить отчетливые депрессивные переживания не удастся, хотя отмечает, что в тот период настроение было сниженным. Мышление с элементами паралогии, непоследовательно излагает свои мысли, своеобразно стоит фразы. Критика недостаточна, формальная. Говорит, что он болен, поскольку «врачи так объяснили», в то же время сам верит в подлинность переживаемых событий. Эмоциональные реакции обеднены, мимика застывшая, бедная, пристально смотрит в глаза врачу, редко мигает.

По результатам психологического исследования выявлены структурные нарушения мышления.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 3.

Больной Я., 28 лет.

До начала заболевания характеризует себя как уравновешенного и спокойного, хорошо адаптировался, полностью отслужил в армии. Отмечает, что был осторожен и трусоват, в детстве и подростковом возрасте избегал социально опасных ситуаций. В подростковом возрасте в течение нескольких лет были симптомы ВСД, периодически жаловался на головные боли. 8 лет назад перенес ЧМТ с сотрясением головного мозга. После получения травмы была ситуация отъезда любимой девушки на год за границу, сам в это время готовился поступать в институт в Москве. Сразу после травмы беспокоили головные боли. Через несколько месяцев головные боли усилились, появились вегетативные пароксизмы, боли в сердце, страх смерти. Лечился у неврологов без эффекта. Начал наблюдаться у психиатров по совету знакомого. Регулярно посещал врача, многократно лечился в дневном стационаре. Резко ограничил сферу активности, боялся один выходить из дома, не мог работать, по своей инициативе прекратил отношения с девушкой после ее возвращения. Часто испытывал головные боли, постепенно стал отмечать ослабление памяти, интеллектуальные затруднения. Читал медицинскую литературу. Как правило, был недоволен результатами лечения, но в то же время отличался невысоким уровнем комплайенса, мог прекратить самостоятельно прием лекарств, если считал, что они ему не помогают. Была установлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. Настоящее поступление связано с ухудшением самочувствия. В стационаре был довольно активен, избирательно общителен, периодически жаловался на головные боли, светобоязнь. Вегетативных пароксизмов не наблюдалось. Настроение было неустойчивым. Спал и ел хорошо.

Во время беседы вначале был несколько насторожен и напряжен. Охотно и подробно рассказывает о своей болезни, считает себя тяжело больным вследствие перенесенной ЧМТ, говорит, что у него «спайки, повреждены сосуды мозга», вычитал это в медицинской литературе и так говорили врачи. Уверен, что в медицинских учреждениях ему помочь не могут, считает, что надо «выбираться самому». Заметил, что стал более агрессивным. Испытывает страх смерти. Настроение ровное с оттенком недовольства.

При психологическом исследовании выявлена ригидность психических процессов, склонность к обстоятельности мышления, снижение концентрации внимания. Нарушений памяти нет. Личность

ригидная, эгоцентричная, с высоким уровнем притязаний, низкой стрессоустойчивостью, наблюдается тенденция «бегства в болезнь».

Заключение невролога: Посттравматическая энцефалопатия. Синдром вегето-сосудистой дистонии с симпато-адреналовыми пароксизмами. Внутричерепная гипертензия.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача 4.

Больной К., 31 год.

Личность с чертами недоверчивости, подозрительности, хорошим воображением, «мыслит зрительными образами». По специальности художник-модельер. Заболел около 3-х лет назад. Начало заболевания совпало с переездом из Белоруссии и необходимостью найти себе работу, содержать семью (жена ждала в это время ребенка). Психические расстройства проявляются в виде мыслей, по содержанию не связанных с реальной ситуацией, некоторые из них нелепы. Эти мысли заполняют сознание больного, мешают сосредоточиться, последнее время не работает. Семья распалась, объясняет это тем, что отношения стали распадаться из-за его болезни, развестись решил он сам. В психиатрическую больницу госпитализирован впервые.

Во время беседы откровенно рассказывает о своих переживаниях. Описывает подробно, как «мысли разматываются», «одно цепляется за другое», возникают по ассоциативному механизму – «познакомился с парнем по имени Андрей и вспоминаю о другом знакомом Андрее, как он что-то делал...». «Вспоминает свое прошлое не таким, каким он было на самом деле». Критичен к своим переживаниям, но явного элемента борьбы с переживаниями нет. Мышление нарушено по логической направленности, непоследователен, не всегда понятно, что хочет выразить.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача 5.

Больной К., 32 г.

14 лет назад обследовался перед призывом в армию. Тогда обнаруживались невротические реакции, эмоциональная нестабильность. В последние годы родные отмечают повышенную подозрительность в различных ситуациях. Когда ездили с женой на юг отдыхать, в поезде боялся соседей по купе, говорил, что они подозрительно себя ведут. Заболел остро. Перестал спать по ночам, с кем-то разговаривал, иногда громко, неразборчиво кричал. Говорил, что кругом враги, временами застывал в одной позе, подолгу глядя в одну точку. Иногда бросался бежать, куда-то рвался, стучал кулаками в стену, двери. В психиатрическом отделении первые дни был насторожен, внезапно бросился бежать, выбил двери в коридор, сопротивлялся персоналу, потом объяснил, что его хотели убить, кругом были преследователи, врачи подкуплены, бежал, чтобы спасти свою жизнь. В последующем перестал есть, не выполнял инструкции, плохо мочился. Лежал в неподвижной позе с приподнятой над подушкой головой. За последние дни наблюдается положительная динамика. Стал отвечать на вопросы, принимать пищу.

При беседе в начале не открывал глаза, сопротивлялся попыткам осмотра. Затем то хорошо отвечал на вопросы, то внезапно закрывал глаза и замолкал. Сознание не помрачено, понимает, что он в больнице, и понимал это все предыдущие дни. Воспринимает окружающих людей, как опасных, угрожающих его жизни. Подтвердил, что испытывал чье-то воздействие на себя, узнавали его мысли, слышал «голоса» в голове. Подробно о переживаниях не рассказывает, не удается выяснить, существуют ли он в настоящее время.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).

2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача 6.

Больной К., 40 лет.

В детстве перенес несколько судорожных припадков, ставился диагноз эпилепсии. В последствии припадки не возобновлялись. 7 лет назад находился в психиатрической больнице на обследовании с целью снятия диагноза, был признан здоровым. По данным истории болезни никаких психических расстройств выявлено не было, имелись положительные характеристики с работы, по результатам психологического исследования расстройств мышления эндогенного характера не отмечено.

Год назад переехал из Узбекистана, много раз менял работу, не создал семью. До последнего времени успешно работал. Поступил в психиатрическую больницу впервые по своей инициативе в связи с плохим настроением. Был моторно заторможен, говорил, что он «бездарность, debil, неудачник», ничего не создал к 40 годам, нет жилья, нет семьи. Настроение было подавленным с тоской, тревогой и страхом. Рассказывал, что на работе на него косо смотрят, выражают недовольство его действиями, иногда подсмеиваются. Временами слышал оклики по имени. В отделении пассивен, испытывал чувство безысходности, был не уверен, обижен на окружающее за то, что его жизнь не сложилась. В последние дни настроение стало улучшаться.

При беседе эмоционально монотонен. Мышление паралогичное, витиеватое. Рассказывает, что он понял, что «структуры» - КГБ, а потом «национальная безопасность» около 15 лет намеренно портят ему жизнь, хотят, чтобы у него все было плохо, «чтобы был ненормальный». Считает, что это нужно для того, чтобы было на кого свалить ответственность за все неудачи в стране. Замечет, что на него намеренно «вливали». Проникали в квартиру, подбрасывали вещи. Подкидывали «листки и траву» в пищу, чтобы «подействовать химическими элементами». Люди преднамеренно его «провоцировали», разговаривали с ним о том, чего он не знает. Преследовали при этом цель «вывести его на чистую воду», что подозревают его в том, что он «что-то скрывает и обманывает». Путано объясняет, что «кто-то мог назваться мной, о чем-то говорить», а в дальнейшем это разоблачали. Могут считать его виноватым – «кто-то что-то знал, а я не доносил». Стал чувствовал интеллектуальные затруднения, слабость, бессилие, понизилось настроение, связывает это состояние еще и с разрывом с женщиной и не сложившейся личной жизнью. Особенно плохо стало в последние месяцы – был угнетенным, чувствовал себя неудачником, настроение было очень плохим. В то же время сейчас свои высказывания при поступлении, что он «debil, неудачник» объясняет логическими построениями, «была такая логическая заморочка». Критики к переживаниям нет.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 7

Больной Ш., 43 лет.

В течение 2-х лет страдал обострениями хронического, гнойного правостороннего гайморита, был оперирован, после чего воспалительный процесс прекратился. Однако с этого времени стал чрезмерно фиксировать свое внимание на здоровье, акцентирует своё внимание на тягостных телесных ощущениях, которые возникают всегда вслед за любым звуком, (исключая обычную разговорную речь), зрительным раздражителем или за определёнными двигательными актами. В связи с этим стремится к уединению, тишине, избегает двигаться. Стоит больному на фоне тишины услышать хотя бы тиканье часов, как в теле «всё начинает дрожать», всего обдаёт «шорохом», под кожей начинают «вздуваться пузырьки», «всё тело горячим паром надувается». При сильном звуке (сигнал поезда, автомашины) «всё тело деревенеет», в анальное отверстие проходит продолговатый стержень, «как гвоздь или карандаш», который быстро поднимается вверх, а затем выходит обратно, будто кто вытягивает его. В голове постоянный лёгкий звон, который под влиянием резкого звука перерастает в оглушительные «взрывы» и стрельбу.

При действии зрительных раздражителей возникают аналогичные состояния. «Смотрю, человек споткнулся, уборщица окна протирает – по моему телу сразу же шорох проходит». Когда закрывает глаза, отчётливо ощущает, как правый глаз «под веком чёрная плёнка закрывает», в левом глазу появляется «ровный столбик света, который постепенно рассыпается». Считает, что это появилось у него после исследования глазного дна.

Некоторые двигательные акты вызывают неприятные тягостные ощущения в теле. При наклоне головы вправо «ударяет током по всему телу». Если двигает правой рукой, в области лопатки «распухает», в концах лопатки «появляются колики», которые затем с закономерной последовательностью перемещаются в левую лопатку и далее в подмышечную область.

По данным неврологического клинического обследования и результатам дополнительных исследований (компьютерная томография мозга) выявлены признаки хронического арахноидита.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 8

Больной Б., 57 лет.

Психопатологически наследственность неотягощена. Работал шофёром, с работой справлялся, характеризовался положительно. Многие годы массивно злоупотреблял алкоголем, повысилась переносимость алкоголя до 0,75 л водки за сутки, появились похмельные состояния в виде слабости, потливости, головной боли, дрожания рук, нарушений сна, тревоги, кошмарных сновидений. Психические расстройства появились после очередного запоя и короткого воздержания. «Стали мерещиться бесы, черти», о чём он говорил жене, стал читать Библию, ушёл из дома. В таком состоянии незаконно проник в дом гр-на О., а потом поджёг стену внутреннего двора дома, говорил: «Вы меня и здесь нашли, я вам сейчас устрою, всё сожгу». После задержания сотрудниками милиции по-прежнему вел себя неправильно, был тревожен, возбуждён. Говорил, что за ним «гонятся роботы, поджечь дом заставили компьютерщики, следят постоянно». Был госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении сознание его было не помрачено, ориентирован был правильно, был многоречив, обманов восприятия у него не выявлялось, был раздражителен, злобен, своё состояние объяснял тем, что его незаконно задержала милиция, громко кричал, ругался нецензурно, на замечания раздражался, в связи с чем был фиксирован. После проведения лечения достаточно быстро уснул, потом успокоился, запомнил своё поведение накануне. В последующем вёл себя правильно, психических нарушений не отмечалось, достоверно описывал психические нарушения. Указывал, что «мне мать ещё перед этим «скорую» вызывала, черти тогда казались, они по полу ползали, а потом ещё как по телу что-то ползёт, во рту лазают». В таком состоянии убежал из дома, но по дороге «казалось, что преследуют черти, голоса слышал, вот я и пошёл. По дороге казалось, что собаки напали, слышал чужие «голоса», как с неба: «Тебе налево, а теперь направо». Думалось, что компьютерами преследуют, в мозги лучи вправляют, какие-то волны, ультразвуки заставляли, какие-то прожектора светили, милиция гналась». Не может объяснить причин госпитализации, критика к состоянию недостаточна. Мышление испытуемого последовательное, логически связное, обычное по темпу. Интеллект без грубых нарушений, в целом соответствует полученному образованию и жизненному опыту, хотя отмечается снижение уровня притязаний, увлечений, интересов. Настроение при обследовании неустойчиво, склонен к раздражительности, вспыльчивости, неуравновешенности.

В неврологическом статусе признаки токсической энцефалопатии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 9

Больной Н., 17 лет.

Родился здоровым, рос послушным, покладистым, легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Поступил в ПТУ, в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина. Вдыхал ежедневно в течение недели, потом делал перерыв на 2 дня и вновь неделями вдыхал. Занятия в ПТУ прогуливал, потому был вскоре отчислен. Находился на стационарном лечении в наркологическом отделении для подростков, оттуда сбежал через две недели, продолжал интенсивно вдыхать пары бензина, под их воздействием смотрел «мультики», общался с «голосами знакомых». Через полгода вновь был госпитализирован в подростковое наркологическое отделение. Находился там два месяца. Был выписан вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении также был вял, безразличен к ситуации, не заинтересован в происходящем, заторможен, погружён в себя. Мимика очень бедная, речь монотонная, невыразительная. Все вопросы врача понимает, отвечает после пауз. Без смущения рассказывал о вдыхании паров бензина, о том, что делал это сразу после выписки из наркологического отделения, в отсутствие матери дома. Мышление конкретное, замедленное по темпу. Был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними, смеялся. Настроение было сниженным, эмоции маловыразительные, однообразные.

Невролог: токсическая энцефалопатия на фоне перинатального поражения ЦНС.

Получил мощную дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты. Под влиянием «голосов» совершал нелепые поступки: прижигал себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по-особому болтал ногами и так далее. После выписки из этого стационара самостоятельно прекратил вдыхать пары бензина, оставался пассивным, подолгу сидел в одной позе. Не работал, не учился, всё время сидел дома, ни с кем не общался. Несколько месяцев находился дома, затем вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был напряжён, возбуждён, не отвечал на вопросы. На другой день стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит «голоса», которые приказывают «бегать голым по огороду», «голоса» стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «качать».

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 10

Больной К., 43-х лет.

Больной неоднократно лечился в психиатрической больнице и в наркологическом стационаре. Много лет злоупотребляет алкоголем, пьет практически ежедневно, толерантность была высокой, в последнее время постепенно начала снижаться, много лет существует абстинентный синдром. На протяжении последних лет больной дезадаптирован, не может трудоустроиться и почти не пытается этого делать. По словам матери, очень редко выходит из дома. Пассивен, ничем не интересуется, растерял все дружеские связи, ни с кем практически не общается. Занавешивает окна, потребовал установки двух дополнительных замков на дверь. Несколько раз запрещал матери выходить из дома. В состоянии алкогольного опьянения становится агрессивен, злобен, враждебно настроен к матери, ломает дома мебель и вещи. Много раз в опьянении стучал кулаком в стену, кричал, чтобы прекратили издевательства. Больной при всех госпитализациях рассказывает о психотических переживаниях крайне мало, в отделение поступает возбужденным, напряженным, злобным, но поведение быстро упорядочивается на фоне лечения. Наблюдается нарастание пассивности, отгороженности.

При беседе держится спокойно, интереса и активности в разговоре не проявляет. Лицо гипомимичное, голос мало модулирован, ответы дает чаще односложные. Свои переживания почти

не раскрывает. Единственное, что подтвердил, что слышит за стеной «голоса соседей», которые обсуждают его, знают, что он не работает и сидит дома; а также, что были моменты, когда ему и матери угрожала опасность, поэтому просил ее не ходить на работу. Эмоциональные проявления уплощены, временами неадекватны. Своей будущей судьбой не интересуется. О планах говорит формально и расплывчато.

Психолог при исследовании выявляет признаки структурных изменений мышления шизофренического характера.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

МОДУЛЬ: ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задание #1

Вопрос:

Для соматогенного астенического синдрома характерно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) повышенной утомляемости и истощаемости
- 2) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения
- 3) соматовегетативных нарушений
- 4) нарушения сознания
- 5) гиперстезии

Задание #2

Вопрос:

Для невротической депрессии в отличие от эндогенной характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) отчетливые суточные колебания настроения
- 2) преобладание идей самообвинения
- 3) отсутствие борьбы с болезнью
- 4) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации

Задание #3

Вопрос:

Амбулаторные автоматизмы включают в себя

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) дисфории
- 2) ничего из перечисленного
- 3) трансы
- 4) абсансы

Задание #4

Вопрос:

Для параноидной шизофрении характерны следующие виды бреда, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) преследования
- 2) величия
- 3) ревности
- 4) самоуничижения
- 5) воздействия

Задание #5

Вопрос:

Для какой формы психопатии характерна замкнутость, склонность к одиночеству?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) астеническая психопатия
- 2) эпилептоидная психопатия
- 3) истерическая психопатия
- 4) паранойяльная психопатия
- 5) шизоидная психопатия

Задание #6

Вопрос:

К какому виду припадков относятся джексоновские припадки?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) фокальные (парциальные) судорожные
- 2) генерализованные судорожные
- 3) дизэнцефальные припадки
- 4) абсансы

Задание #7

Вопрос:

Для непрерывнотекущих форм шизофрении характерно развертывание всех перечисленных синдромов, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) невротоподобных
- 2) бредовых
- 3) аффективных
- 4) галлюцинаторных
- 5) кататонических

Задание #8

Вопрос:

Акцентуация характера по тревожно-мнительному типу характеризуются всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) постоянных переживаний за свое здоровье и здоровье близких
- 2) повышенной способности заводить новые знакомства
- 3) чрезмерной опеки своих детей
- 4) большой впечатлительности
- 5) пониженной самооценке

Задание #9

Вопрос:

Для личности больных с конверсионными расстройствами не характерна:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) внушаемость
- 2) тревожная мнительность
- 3) завышенная самооценка
- 4) межличностная зависимость
- 5) эгоцентричность

Задание #10

Вопрос:

На начальных этапах развития опухолей головного мозга могут наблюдаться все следующие психические расстройства, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) острого вербального галлюциноза
- 2) замедления темпа мышления
- 3) снижения внимания
- 4) нарушения памяти
- 5) патологической сонливости

Задание #11

Вопрос:

Диагностика психопатии становится достаточно достоверной

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) в подростковом возрасте
- 2) в пожилом возрасте
- 3) в детском возрасте
- 4) в молодом возрасте

Задание #12

Вопрос:

Для психоорганического синдрома не характерно

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гиперестезии
- 2) снижение интеллекта
- 3) снижение памяти
- 4) эмоциональная неустойчивость

Задание #13

Вопрос:

В каком возрасте чаще наблюдается ипохондрическое отношение к болезни?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) юношеский
- 2) детский
- 3) зрелый
- 4) инволюционный

Задание #14

Вопрос:

Какой психопатологический синдром не встречается при шизофрении ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) синдром психического автоматизма
- 2) апато-абулический
- 3) сенестопатический
- 4) корсаковский

Задание #15

Вопрос:

Какие из нижеперечисленных симптомов можно отнести к группе позитивных расстройств, встречающихся при шизофрении?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) гипобулия
- 2) снижение интеллекта
- 3) снижение памяти
- 4) псевдогаллюцинации
- 5) эмоциональное уплощение

Задание #16

Вопрос:

Какой вид лечения инволюционных бредовых психозов обычно применяется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) психотерапия
- 2) нормотимики
- 3) антидепрессанты
- 4) нейролептики
- 5) ЭСТ

Задание #17

Вопрос:

Что из перечисленного является ведущим в терапии неврозов?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) транквилизаторы
- 2) антидепрессанты
- 3) нейролептики
- 4) психотерапия

Задание #18

Вопрос:

Примером реактивных (психогенных) параноидов могут быть

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) инфекционный делирий
- 2) синдром Котара
- 3) онейроидное помрачение сознания
- 4) индуцированные реактивные параноиды

Задание #19

Вопрос:

Отказ онкологического больного признать факт заболевания скорее всего будет следствием:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) бредовых идей
- 2) низкого интеллекта
- 3) депрессии
- 4) реакции личности на заболевание

Задание #20

Вопрос:

Для какой формы психопатии характерна боязнь публичных выступлений?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) психастеническая психопатия
- 2) паранояльная психопатия
- 3) истерическая психопатия
- 4) возбудимая психопатия
- 5) эпилептоидная психопатия
- 6) гипертимная психопатия

Задание #21

Вопрос:

При выраженных сосудистых заболеваниях головного мозга снижение интеллектуально-мнестических функций наблюдается:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) во всех случаях
- 2) в единичных случаях
- 3) в большинстве случаев

Задание #22

Вопрос:

Выберите наиболее адекватный препарат для неотложной помощи при эпилептическом статусе

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) спазмолитики
- 2) диазепам
- 3) карбамазепин
- 4) аминазин
- 5) сульфат магния

Задание #23

Вопрос:

К невротическим синдромам относятся все перечисленные, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) фобического
- 2) психоорганического синдрома
- 3) обсессивного
- 4) астенического

Задание #24

Вопрос:

Какие психопатологические проявления эпилептической болезни могут ошибочно расцениваться как соматические заболевания?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) адверсивные припадки
- 2) сумеречное расстройство сознания
- 3) парциальные припадки
- 4) большие судорожные припадки

Задание #25

Вопрос:

К истерическим реактивным психозам не относятся

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) реактивный параноид
- 2) пуэрилизм
- 3) псевдодеменция
- 4) истерические сумеречные помрачения сознания

Задание #26

Вопрос:

Транквилизатором с выраженным снотворным действием является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) грандаксин
- 2) нитразепам
- 3) неуптил
- 4) триоксазин
- 5) рудотель

Задание #27

Вопрос:

Возникновение и течение неврозов включает все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) корреляции между клиникой невроза и особенностями психоорганических расстройств
- 2) взаимосвязи между динамикой состояния и изменениями психотравмирующей ситуацией
- 3) взаимосвязи между конфликтогенностью и временем возникновения невроза
- 4) корреляции между клиникой невроза и психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности
- 5) корреляции между клиникой невроза и основными особенностями личности, наиболее сильными и глубокими ее стремлениями

Задание #28

Вопрос:

При какой форме шизофрении апато-абулические расстройства определяют клиническую картину заболевания?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) простой форме
- 2) параноидной форме
- 3) кататонической форме
- 4) гебефренической форме

Задание #29

Вопрос:

Клиническими особенностями диссоциативных расстройств следует считать все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нарушения контроля движений
- 2) своеобразного “бегства в болезнь” с явлениями суггестии и аутосуггестии
- 3) зависимости болезненных проявлений от аффективных переживаний
- 4) внезапности начала и окончания
- 5) комментирующих вербальных галлюцинаций

Задание #30

Вопрос:

К хроническим бредовым расстройствам относится следующая патология, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) инволюционного параноида
- 2) параноидной шизофрении
- 3) кверунентной формы паранойи
- 4) сензитивного бреда отношений
- 5) бредовой дисморфобии

Задание #31

Вопрос:

Для климактерического синдрома характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) лабильности психической активности
- 2) массивных вегетативных расстройств
- 3) апатико-адинамического синдрома
- 4) аффективной лабильности
- 5) расстройства сна

Задание #32

Вопрос:

Для острого периода сотрясения головного мозга характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) астении
- 2) головокружения
- 3) парезов
- 4) вазомоторно-вегетативных расстройств
- 5) тошноты, рвоты

Задание #33

Вопрос:

Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерные для шизофрении

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) слабодушие
- 2) благодушие

- 3) эйфория
- 4) эмоциональная неадекватность

Задание #34

Вопрос:

Степень астении по мере нарастания тяжести состояния соматического больного:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) снижается
- 2) не зависит от тяжести состояния
- 3) нарастает
- 4) сначала нарастает, затем снижается

Задание #35

Вопрос:

Для невротического синдрома нарушения дыхания характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) периодически возникает чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценности воздуха; цианоз и хрипы отсутствуют
- 2) приступы экспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышными на расстоянии
- 3) одышка усиливается при незначительной физической нагрузке и сопровождается цианозом
- 4) приступы одышки возникают в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижнезадних отделах легких

Задание #36

Вопрос:

Классическая сосудистая деменция проявляется всеми следующими нарушениями, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нарушениями ориентировки во времени
- 2) относительной сохранности личностных особенностей
- 3) когнитивных нарушений
- 4) потери памяти
- 5) грубого асоциального поведения

Задание #37

Вопрос:

Какой клинический признак свидетельствует о формировании у больного черт шизофренического дефекта?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) депрессивное состояние
- 2) нарушение памяти
- 3) снижение волевой активности
- 4) появление кататонических симптомов

Задание #38

Вопрос:

Акцентуация характера по гипертимному типу характеризуется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) легкомыслие
- 2) оптимизм
- 3) дисфоричность
- 4) подвижность мышления
- 5) доминирующее хорошее настроение

Задание #39

Вопрос:

Какие из перечисленных ниже препаратов обладают противосудорожным эффектом ?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) карбамазепин
- 2) мажептил
- 3) амитриптиллин
- 4) аминазин
- 5) тизерцин

Задание #40

Вопрос:

Для шизотипического расстройства свойственно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) систематизированный параноияльный бред
- 2) глубокое эмоциональное опустошение в конечных состояниях
- 3) чужаковатость, странность, эксцентричность
- 4) паралогичное мышление
- 5) прогрессивное течение с постепенным развитием изменений личности

Задание #41

Вопрос:

Процесс, посредством которого психологический комплекс идей, желаний, чувств и т.д. заменяется физическими симптомами, называется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) конверсией
- 2) овеществлением
- 3) смещением
- 4) вытеснением

Задание #42

Вопрос:

В рамках депрессивного синдрома наиболее опасен следующий симптом:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) запор
- 2) суицидные мысли
- 3) отсутствие аппетита
- 4) расстройство сна

Задание #43

Вопрос:

Какая форма шизофрении протекает наиболее злокачественно и приводит к выраженным изменениям личности?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) паранойяльная шизофрения
- 2) шизоаффективное расстройство
- 3) гебефреническая шизофрения
- 4) параноидная шизофрения

Задание #44

Вопрос:

При воспитании по типу "кумир семьи" чаще формируется

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) псевдошизоидные черты характера
- 2) психастенические черты характера
- 3) истерические черты характера
- 4) повышенная аффективная возбудимость

Задание #45

Вопрос:

К проявлениям нарколепсии относят все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) падения мышечного тонуса
- 2) приступов непреодолимой сонливости
- 3) повышенной потребности в сне
- 4) сонного паралича
- 5) гипнагогических галлюцинаций

Задание #46

Вопрос:

К компульсивным действиям относятся

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) тики у детей
- 2) кататонические расстройства
- 3) привычки
- 4) ритуалы

Задание #47

Вопрос:

Для соматизированной эндогенной депрессии характерно:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) стойкость клинических проявлений болезни, хороший эффект при лечении антидепрессантами, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органических нарушений, ранние пробуждения
- 2) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, выраженный компонент борьбы с болезнью
- 3) понимание связи своего состояния с психотравмирующей ситуацией

Задание #48

Вопрос:

К диссоциативным расстройствам относятся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) паническое расстройство
- 2) трансы и состояния овладения
- 3) дистимия
- 4) социофобия
- 5) ипохондрическое расстройство

Задание #49

Вопрос:

Хроническая психическая травма вызывает:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эпилепсию
- 2) деменцию
- 3) невротическое расстройство
- 4) шизофрению

Задание #50

Вопрос:

Смысл концепции об экзогенном типе реакций заключается в том ,что

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) одна и та же экзогенная вредность может вызывать различные типы реакций
- 2) любая реакция экзогенного типа является проявлением скрытого эндогенного заболевания
- 3) каждой экзогенной вредности соответствует свой тип реакции

Задание #51

Вопрос:

Признаками параноидного расстройства личности являются все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) бреда отношения
- 2) чрезмерной чувствительности к неудачам
- 3) постоянного отнесения происходящего на свой счет
- 4) подозрительности
- 5) недовольства кем-то

Задание #52

Вопрос:

При нейроциркуляторной дистонии гипертонического типа невротического происхождения со стороны глазного дна находят:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гипертоническую ангиопатию
- 2) отек соска зрительного нерва
- 3) расширение вен
- 4) отсутствие изменений

Задание #53

Вопрос:

Отсутствие аппетита психогенной этиологии, представляющее угрозу здоровью и даже жизни, называется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) нервная анорексия
- 2) гипертиреоз
- 3) психогенная булимия
- 4) болезнь Крона

Задание #54

Вопрос:

Какой тип внутриличностного конфликта наиболее характерен для психосоматических заболеваний?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) между возможностями личности и её завышенными требованиями к себе
- 2) между желаниями и долгом
- 3) между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями

Задание #55

Вопрос:

Нервная булимия может проявляться всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) предшествующих эпизодов нервной анорексии
- 2) сенестопатий
- 3) приступов переедания
- 4) страха ожирения
- 5) постоянной озабоченности едой

Задание #56

Вопрос:

Эпилептический статус характеризуется

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) пребыванием больного в состоянии выключенного сознания после судорожного припадка
- 2) серией следующих друг за другом больших эпилептических припадков
- 3) серией следующих друг за другом больших эпилептических припадков, между которыми пациент не приходит в сознание
- 4) ничем из перечисленного

Задание #57

Вопрос:

Парафренный синдром характеризуется

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) трансами
- 2) выраженной разорванностью мышления и нелепостью суждений
- 3) слабоумием
- 4) амнезией

Задание #58

Вопрос:

Что не характерно для невротического расстройства?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) психогенная природа
- 2) симптоматика психотического уровня
- 3) обратимость нарушений
- 4) функциональные соматические расстройства

Задание #59

Вопрос:

Для начальной стадии болезни Пика характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) апато-агнозо-апрактический синдром
- 2) критика к болезни
- 3) изменение личностных черт и эйфорический оттенок настроения
- 4) прогрессирующая амнезия

Задание #60

Вопрос:

Какие из перечисленных исходов заболевания не свойственны параноидной форме шизофрении?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) непрерывное хроническое течение
- 2) выход в апато-абулический дефект
- 3) выход в длительную ремиссию
- 4) летальный исход

Задание #61

Вопрос:

Что из нижеперечисленного характерно для эпилептического изменения личности?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) аутизм
- 2) ригидность аффекта
- 3) амбивалентность

Задание #62

Вопрос:

При болезни Пика более выражены симптомы атрофии в зоне:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) теменной
- 2) лобной
- 3) височной
- 4) подкорковой
- 5) затылочной

Задание #63

Вопрос:

При атеросклерозе сосудов головного мозга могут быть следующие расстройства, кроме:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) деменции
- 2) параноидных

- 3) делирия
- 4) кататоно-онеироидных

Задание #64

Вопрос:

К личностным особенностям больных стенокардией и инфарктом миокарда не относится:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) невротичность и сенситивность
- 2) честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах
- 3) тягостное чувство неполноценности

Задание #65

Вопрос:

Для изменений личности при эпилепсии не и характерна

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) театральность, демонстративность
- 2) эксплозивность
- 3) педантизм
- 4) полярность отношений к окружающим (подобострашие контрастирует со злобностью и т.д.)
- 5) обстоятельность мышления

Задание #66

Вопрос:

Для эмоциональной сферы больных шизофренией не характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) амбивалентность эмоциональных реакций
- 2) неадекватность эмоциональных реакций
- 3) приступы дисфории
- 4) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций

Задание #67

Вопрос:

Какие из перечисленных нарушений мышления свойственны шизофрении?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) персеверации
- 2) разорванное мышление
- 3) бессвязное мышление

Задание #68

Вопрос:

Приступообразно-прогредиентная шизофрения характеризуется

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) спонтанными ремиссиями
- 2) только терапевтическими ремиссиями
- 3) однотипными (типа клише) приступами

Задание #69

Вопрос:

Отказ больного, несмотря на квалифицированное неоднократное разубеждение, признать отсутствие у него тяжелого соматического заболевания и вытекающие из этого настойчивые просьбы помочь ему, вылечить, спасти жизнь свидетельствуют о наличии у него:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) низкого интеллекта
- 2) ипохондрического бреда
- 3) рентных установок
- 4) ипохондрического отношения к болезни

Задание #70

Вопрос:

Болезнь Альцгеймера характеризуется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) алексии
- 2) апраксии
- 3) аграфии
- 4) афазии
- 5) абулии

Задание #71

Вопрос:

Невротическая ипохондрия проявляется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) чрезмерной заботы и беспокойства о своем здоровье
- 2) наличия характера сделанности неприятных ощущений
- 3) тревожной мнительности
- 4) эмоциональных нарушений
- 5) переживания неприятных ощущений в организме

Задание #72

Вопрос:

Для приступа фебрильной шизофрении не характерно

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) судорожный синдром
- 2) трофические нарушения тканей
- 3) повышение температуры тела
- 4) кататонические симптомы
- 5) угроза жизни больного

Задание #73

Вопрос:

Для какой формы психопатии характерна агрессивность в поведении?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эпилептоидная психопатия
- 2) психастеническая психопатия
- 3) шизоидная психопатия
- 4) истерическая психопатия

Задание #74

Вопрос:

Из указанных препаратов к транквилизаторам относится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) диазепам
- 2) тиоридазин
- 3) миансерин
- 4) прозак
- 5) эглонил

Задание #75

Вопрос:

Для истерического невроза не свойственны

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) галлюцинаторные расстройства
- 2) полиморфизм симптоматики
- 3) двигательные расстройства
- 4) расстройства чувствительности

Задание #76

Вопрос:

Для развития невроза первостепенное значение имеет

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) слабость иммунной системы
- 2) органическая неполноценность мозга
- 3) внутриличностный конфликт
- 4) хроническое соматическое заболевание

Задание #77

Вопрос:

Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерное для сосудистых заболеваний головного мозга:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эмоциональная холодность
- 2) гипертимия
- 3) эмоциональная неадекватность
- 4) слабодушие

Задание #78

Вопрос:

Какие из перечисленных эмоциональных расстройств присущи шизофрении?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эмоциональная лабильность
- 2) амбивалентность
- 3) слабодушие
- 4) дисфории

Задание #79

Вопрос:

Воспитание в условиях повышенной тревожности, чрезмерной ответственности, подавления естественной детской живости и непосредственности способствует развитию

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) невротической депрессии
- 2) невротических навязчивостей
- 3) невротической астении

Задание #80

Вопрос:

Признаками группы атрофических процессов головного мозга не являются

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) формирование тотального слабоумия в конечной стадии
- 2) незаметное начало заболевания
- 3) волнообразное течение (периоды спонтанного улучшения и ухудшения состояния)
- 4) неуклонно прогрессирующее течение

Задание #81

Вопрос:

Что из перечисленного имеет наибольшее значение для разграничения судорожной реакции от генерализованного судорожного припадка в рамках эпилепсии?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) отсутствие изменений на ЭЭГ, характерных для эпилепсии
- 2) отсутствие амнезии
- 3) внезапность развития
- 4) продолжительность припадка

Задание #82

Вопрос:

В начальном периоде атеросклероза наблюдаются все следующие виды расстройств, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) слабодушия
- 2) раздражительности
- 3) головных болей
- 4) прогрессирующей амнезии
- 5) утомляемости

Задание #83

Вопрос:

В периоде отдаленных последствий черепно-мозговой травмы могут развиваться

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) маниакальный синдром
- 2) парафренный синдром
- 3) сумеречное помрачение сознания

Задание #84

Вопрос:

Течение инволюционных бредовых психозов чаще всего носит:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) хронический характер
- 2) приступообразный характер
- 3) периодический характер

Задание #85

Вопрос:

Какой из ниже перечисленных транквилизаторов обладает наиболее выраженным действием на расстройства засыпания?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) нитразепам
- 2) фенибут
- 3) амизил
- 4) оксазепам

Задание #86

Вопрос:

Основными характеристиками аффективных расстройств являются все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) отсутствия личностных изменений
- 2) периодичности течения
- 3) фазного характера течения
- 4) проявления аффективными состояниями
- 5) усложнения психопатологической структуры

Задание #87

Вопрос:

К критериям психогенных расстройств относятся все следующие положения кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) содержание психоза находится в понятной связи с психотравмирующими переживаниями
- 2) психотравма непосредственно предшествует развитию психоза
- 3) чем острее психическая травма, тем тяжелее исход
- 4) с прекращением действия психической травмы симптомы редуцируются

Задание #88

Вопрос:

Для личностных изменений при болезни Альцгеймера с поздним началом (сенильной деменции) не характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) расторможение низших влечений
- 2) упрямство и ригидность
- 3) сужение круга интересов
- 4) эмоциональная лабильность

Задание #89

Вопрос:

Особенностью клинической картины реактивных депрессий является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) верно все перечисленное
- 2) триада Ясперса
- 3) выраженные соматические признаки депрессии
- 4) суточные колебания настроения

Задание #90

Вопрос:

К диссоциативным расстройствам относится все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) расстройства множественной личности
- 2) псевдодеменции
- 3) тревожного расстройства
- 4) истерического сумеречного помрачения сознания (в том числе синдром Ганзера)
- 5) пуэрилизма

Задание #91

Вопрос:

К антидепрессантам относится следующий препарат:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) френолон
- 2) лудиомил
- 3) трифтазин
- 4) триоксазин

Задание #92

Вопрос:

Какой дифференциально-диагностический критерий истерического и эпилептического припадков имеет наиболее существенное значение ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) выключение сознания
- 2) продолжительность припадков
- 3) выраженность судорожной реакции
- 4) возможность прикуса языка и слизистой во время припадков

Задание #93

Вопрос:

Для параноидной непрерывно-текущей формы шизофрении характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) внезапное начало после доманифестного периода
- 2) выраженные аффективные расстройства
- 3) последовательная динамика симптомов
- 4) стойкие ремиссии
- 5) развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики

Задание #94

Вопрос:

Какая патологическая реакция чаще всего встречается при возникновении соматического заболевания?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) делириозный синдром
- 2) психорганический синдром
- 3) депрессивный синдром
- 4) онейроидный синдром
- 5) кататонический синдром

Задание #95

Вопрос:

Для рекуррентной шизофрении является не характерным

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) отчетливые аффективные расстройства
- 2) нарастающая дефицитарная симптоматика
- 3) однообразие приступов (типа клише)
- 4) благоприятность течения

Задание #96

Вопрос:

Для какого из перечисленных ниже заболеваний характерно наличие резидуальных расстройств ?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) неврастения
- 2) маниакально-депрессивный психоз
- 3) психастения
- 4) реактивная депрессия
- 5) травматическая энцефалопатия

Задание #97

Вопрос:

Какие расстройства сна наиболее характерны для депрессии?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) ранние пробуждения
- 2) отсутствие чувства сна
- 3) затрудненное засыпание
- 4) поверхностный сон с частыми пробуждениями

Задание #98

Вопрос:

Какое нарушение психосенсорного синтеза в большей степени характерно для шизофрении?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нарушение восприятия цвета
- 2) деперсонализация
- 3) нарушения схемы тела
- 4) нарушение восприятия формы предметов
- 5) переживание "уже виденного"

Задание #99

Вопрос:

Основными характеристиками аффективных расстройств являются все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) периодичности течения
- 2) отсутствия личностных изменений
- 3) проявления аффективными состояниями
- 4) усложнения психопатологической структуры
- 5) фазного характера течения

Задание #100

Вопрос:

Афазии, апраксии, агнозии наиболее характерны для:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) все перечисленное неверно
- 2) болезни Пика
- 3) болезни Альцгеймера
- 4) сосудистой деменции

Ситуационные задачи

Задача 1

Больной А., 24 года.

Заболел около 5 лет назад. По объективным сведениям перестал выходить из дома, утратил социальные контакты, не работал, не учился, не интересовался девушками, почти не общался с родителями. По отдельным элементам поведения больного можно было судить о наличии психотических переживаний: периодически испытывал страх, закрывал двери, окна, все щели в своей комнате, разговаривал сам с собой, задавал отцу нелепые вопросы, была немотивированная агрессия в адрес родителей. Интересовался жизнью великих людей, с некоторыми отождествлял себя, читал Библию. Были высказывания о маленьком размере полового члена. Поводом для госпитализации в психиатрическую больницу послужило агрессивное поведение дома.

При поступлении и первые дни в стационаре был замкнут, агрессивен, насторожен, в позе и жестах просматривались черты высокомерия и превосходства. Свои переживания долгое время не раскрывал. Не тяготился пребыванием в больнице и в наблюдательной палате. В то же время ни с кем из больных не общался, с медперсоналом общался только вынужденно. В процессе лечения стал мягче, доступнее контакту, рассказал о своих переживаниях врачу.

При беседе держится спокойно, формально приветлив. Эмоционально монотонен, синтонности нет. Нет критического отношения к своему состоянию, считает, что состояние его хорошее и практически не отличается при поступлении и сейчас. Рассказал, что 2 или 3 года назад у него в течение года были «видения», когда внутренним взором видел картины из своей жизни в параллельных мирах, везде был великим человеком, «превосходящим Александра Македонского», революционером, в конце жизни либо умирал от какой-либо болезни, либо его убивали. Видел, как его «ели людоеды». От этого испытывал ужас. Дает нелепые объяснения различию между мирами: «там были разные учебники математики». При этом все время сознавал, что находится в реальности, является самим собой. «Видения» возникали, когда ничем не был занят, при занятиях они исчезали. В это же время испытывал страх перед конкретными людьми, путано объясняет про нападение на него на улице и драку, которую воспринял как «стресс», боялся возобновления этой драки. Отчетливо идей преследования выявить не удастся. Какие-либо другие переживания отрицает. Свое многолетнее сидение дома объяснил сначала страхом, а потом «ленью», не хотелось никуда идти и ничего делать. На момент консультации активной психотической симптоматики не выявляется. Настойчиво просит о выписке домой, тяготится пребыванием в больнице. По поводу лени говорит, что проверить это можно только когда начнет работать. Конкретных планов нет. Хочет съездить на родину пообщаться с родными.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 2

Больной В., 29 лет.

По характеру замкнутый. Психических расстройств ранее не было. Успешно учился и работал. Заболел около года назад. Мать замечала, что он стал замкнутым, ни на кого не смотрел, перестал разговаривать, плакал. Стал посещать какую-то религиозную секту, говорил, что ему угрожают какие-то люди, слышал «голоса», которые приказывали убить человека. Избил прохожего, убил кошку и собаку. По инициативе родителей был госпитализирован в психиатрическую больницу.

При поступлении был напряженным, возбужденным. Говорил об инопланетянах, преследовании со стороны американцев, о том, что люди стали «пустыми как шары». В процессе проводимой терапии постепенно успокоился, стал мягче, доброжелательней, охотно отвечал на вопросы. Сказал, что перенес «психоз в связи со стрессом», что так сказали врачи. При расспросе признал, что сам считает все пережитое реальными событиями, но сейчас старается не думать об этом, забыть. Описал нарушения сна, потерю интереса к окружающим, внутреннюю измененность, появление «навязчивых мыслей кого-то убить», «организм требовал убийства, это трудно описать словами». Стал воспринимать окружающий мир странным, изменившимся, люди «были не похожи на людей», «чувство, что весь мир сошел с ума». Себя ощущал в центре этих процессов, чувствовал, что он сам «закрутил все это», «был почти богом», испытывал удовольствие от происходящего. Замечал, что кто-то, кому эти изменения не нравятся, следил за ним. Слышал в левом ухе «голоса», которые приказывали убить человека, пытался им сопротивляться. В настоящее время все это прекратилось. Эмоциональные проявления немного сглажены. Планирует после выписки найти работу по специальности.

Психолог определяет паралогичность мышления.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 3

Больная К., 38 лет.

Работает ткачихой, замужем, в семье спокойные отношения, имеет двоих детей. Известно, что состояние изменилось около 1,5 лет назад. Стала замкнутой, фиксированной на гинекологических проблемах. Считала себя тяжело больной. Занавешивала окна, говорила, что город плохо на нее влияет. Прекратила работать. По настоянию родных была госпитализирована в психиатрическую больницу.

При поступлении была многословной, обнаруживала грубую паралогию мышления. Говорила о плохом влиянии на нее города, о том, что здесь старое оборудование на фабриках, а ей надо работать на новом. Сказала, что ощущает нездоровую атмосферу при выходе из дома, что нельзя даже сходить на колонку, «того гляди, что-нибудь подсыплют». Была сосредоточена на своих гинекологических заболеваниях, (их наличие подтверждается выпиской из амбулаторной карты).

При беседе держится спокойно, формально, говорит монотонным голосом, мышление паралогичное, склонна к символизму: «когда 13-е число, я живу по тринадцатому, когда 12-е – живу по двенадцатому. Два – это сосед.....». Без стеснения рассказывает об интимных подробностях своей жизни, о занятиях мастурбацией. Сосредоточена на гинекологической патологии, отсутствии половой жизни, «гинекология – это плохое влияние на психику», «смотрю мужчинам на брюки, но ничего увидеть не могу». Рассказывает, что ощущает, как за ней постоянно

наблюдает кто-то невидимый; когда она дома, через окна все время «смотрят чьи-то глаза», смотрят скорее с хорошими намерениями, но она, тем не менее, занавешивает окна. Слышит в ушах голос соседа, который «пристает к ней». Ощущает, что ее жизнью управляют, описать это подробно не может. Неопределенно говорит о каком-то влиянии на ее тело, предполагает, что может быть, таким образом, ее лечат от гинекологических болезней. Критика к заболеванию полностью отсутствует. Говорит, что в отделении другие больные с ней общаются мало, «им не разрешают много общаться», что ей здесь скучно. Планов на будущее не строит.

При психологическом исследовании выявлена нецеленаправленность мышления, паралогия с элементами соскальзывания.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 4.

Больной С., 44 года.

Брат деда был странным, «с причудами». Больной до службы в армии был активным, общительным, открытым человеком. Увлекался музыкой, играл в ансамбле. Был хорошо адаптирован. Полностью отслужил в СА, был в Афганистане в период вывода войск, особого влияния этого периода на свою личность не отмечает. Однако родные описывают, что после демобилизации он изменился, стал задумчивым, «уходил в себя». Начал алкоголизироваться, на протяжении нескольких лет появилось влечение к алкоголю, рост толерантности, развитие абстиненции. Употребление алкоголя носит систематический характер. В связи с социальными причинами потерял место работы, в последующем сменил несколько работ, нигде не удерживался, много и часто выпивал. За последние три года перенес несколько приступов (настоящий - третий) с симптомами повышенного настроения. Дважды лечился в психиатрической больнице. После выписки описывает периоды плохого настроения около 2-х недель. Все это время постоянно выпивал. По словам больного, особенно массивным злоупотребление алкоголем становилось во время периодов пониженного настроения. Родные отмечают появившуюся пассивность, беспомощность, легкомыслие, равнодушие к делам своей семьи. Месяц назад снова поступил на лечение в связи с ухудшением психического состояния. При поступлении был в приподнятом настроении. Говорил, что у него особое предназначение в жизни, «миссия», но сути не раскрывал. Внезапно становился подозрительным и напряженным, начинал кого-то бранить, говорил о «врагах», но тут же заявлял, что он «может уйти от любой слежки, научился экранировать чужую энергию». Со смехом добавляет, что «заменял все мысли в голове, для кого-то это станет неприятным сюрпризом».

Через полтора месяца при беседе держится непринужденно, не смущается присутствием большого числа людей (клинический разбор с группой курсантов), сказал, что у него все хорошо. Считает себя здоровым человеком, говорит, что помещение в больницу – это «наказание от Бога» за то, что занимался «прелюбодеянием». Бывшие у него переживания не считает болезненными, неохотно говорит, что к симптомам болезни можно отнести «некоторые страхи и галлюцинации – видел «лик бога» на стене». Суждения легковесны, некритичны, не обеспокоен своим будущим. Сообщил, что хотел бы получить 2 группу инвалидности, и тут же заявляет, что хотел бы «к весне группу снять, чтобы работать в Москве на стройке». Активной психотической симптоматики сейчас нет. Остается легкая приподнятость настроения.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 5

Больной К., 28 лет.

Отец и два его двоюродных брата злоупотребляли алкоголем, покончили с собой. В детстве развивался нормально, учился неплохо в начальных классах, но отличался низким познавательным интересом. В детстве часто болел соматическими заболеваниями, до подросткового возраста наблюдались симптомы энуреза, снохождения, сноговорения. Был все время замкнутым, малоразговорчивым, не имел друзей. Со средних классов школы стал учиться хуже, не был аттестован после окончания школы, не смог учиться в колледже, окончил ПУ. Перед призывом в армию обследовался в психиатрической больнице, был признан негодным к военной службе в связи с психическими расстройствами органической этиологии. Тогда во время пребывания в стационаре был пассивен, замкнут, ничем не интересовался. Обнаруживал невысокий уровень интеллекта (низкая граница нормы) при психологическом исследовании. Неврологом была выявлена резидуальная минимальная мозговая дисфункция. После выписки пытался трудоустроиться, поработал понемногу в нескольких местах, но нигде не смог освоиться, плохо понимал задания, не запоминал инструкции, плохо ориентировался на территории, не было ответственности. Последнее время нигде не работает. Время проводит в основном дома, интересов нет, ничем не занимается. Помогает по хозяйству по просьбе родных, сам инициативы не проявляет. Ни с кем, кроме родственников не общается. Мать несколько раз слышала, как он смеется, находясь наедине. В связи с такими особенностями поведения поступил в психиатрическую больницу на отделение невротиков. В отделении держится замкнуто, с больными в контакт не вступает, в палате отгородил свою постель стульями.

При беседе держится напряженно, избегает здорового контакта, на вопросы отвечает односложно, некоторые вопросы оставляет без ответа, при этом опускает глаза, лицо напрягается. Легко становится раздражительным, говорит резким тоном. Причиной госпитализации считает необходимость «обследовать голову», так как на затылке «вылезла шишечка» и начинает давить на голову, когда он нервничает. Путано объясняет, что «шишечка вылезла, как на коленке». Психических расстройств у себя не обнаруживает. Складывается впечатление, что недостаточно осмысляет, в каком лечебном заведении и по какому поводу находится. Сказал, что последний год у него из-за курения плохо пахло изо рта, «прямо воняло, был запах гнили» Однако не связывает свою необщительность и запах. При обсуждении этого вопроса становится напряженным. Галлюцинаторные переживания отрицает. Подтвердил, что смеется иногда сам с собой, причину не раскрыл. Настроение считает хорошим. Просил отпустить его в пробный отпуск на выходные дни, стал раздражаться при отказе. Суждения поверхностные, примитивные. Интересы к беседе, результатам обследования не проявил. Через несколько дней поджег в туалете отделения старую газету. Не смог объяснить свой поступок, «захотелось и сжег».

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 6

Больной О., 42 года.

Ранее злоупотреблял алкоголем, сам больной эти сведения отрицает, говорит, что последние годы соблюдает трезвость. Вырос в детском доме. Считает себя ранимым, чувствительным. Был женат, брак расторгнул из-за измены жены. Говорит о том, что не любит людей, окружающий мир, «все попадались плохие люди, тянули к пьянству». Последние годы живет и работает у брата на ферме в деревне, пасет скот. Такой образ жизни нравится. Любит быть наедине с природой, «со мной собака, мне не скучно». После развода с женой с женщинами общался мало, все они чем-то его не устраивали. За последний год собрался устроить свою личную жизнь, так как «есть дом, есть работа». Однако вскоре после этого решения обнаружилось какое-то новообразование на яичке,

был оперирован. После операции, несмотря на ее успешность, стал беспокоиться по поводу возможного развития импотенции, так как заметил ослабление эрекции. Считал, что жизнь кончена, думал только об этом, Настроение понизилось с чувством тревоги. Описывает, что «хорошие мысли ушли из головы как облако, остались только плохие». Нарушился сон и аппетит. Были суицидальные мысли. В связи с таким состоянием был госпитализирован в психиатрическую больницу.

При беседе с больным он рассказывает о своем состоянии достаточно откровенно. Обеспокоен фактом пребывания в психиатрическом стационаре, тяготится этим. Несмотря на то, что эрекция полностью не восстановилась, говорит об этом значительно спокойнее, конкретных планов на будущее не строит.

Невролог диагностирует резидуальную энцефалопатию.

По результатам экспериментально-психологического исследования выявлен высокий уровень невротизации, уровень психопатизации в зоне неопределенного диагноза. Диссоциативных расстройств мышления не выявлено. В тесте Шмишека преобладают демонстративные и тревожные черты.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 7

Больной У., 48 лет

Заболел около 2-х лет назад после возбуждения уголовного дела и пребывания в следственном изоляторе. Симптоматика существует непрерывно. Подозрителен, перестал работать, следить за своим внешним видом. Говорил о преследовании со стороны правоохранительных органов и членов семьи. Был агрессивен настроен к родственникам, ударил жену ножом. Возможно, испытывал слуховые галлюцинации. В связи с таким состоянием по инициативе брата был госпитализирован в психиатрическую больницу.

В отделении так же подозрителен, недоверчив, пытался обыскать жену на свидании, считал, что у нее под одеждой спрятан диктофон.

При беседе с врачом замкнут, свои переживания практически не раскрывает, отвечает, что у него все хорошо. Вместе с тем признает, что последние два года он, будучи главой семьи, старшим братом, утратил авторитет, с ним не советуются по вопросам работы и семейным. Сказал, что кто-то влияет на его семью, он знает, кто это делает, но не назовет. Сообщил, что в психиатрической больнице он после ссоры с братом, хотя причинно-следственных связей не усматривает. Считает себя здоровым, Вместе с тем принял ситуацию своего пребывания в психиатрическом стационаре и лечения.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 8

Больная К., 36 лет.

Родилась в Новосибирске в многодетной семье. Была младшим ребенком из 10 детей. Раннее развитие без особенностей. В школу пошла своевременно, училась в основном посредственно. Окончила 8 классов, стала работать. Далее не училась из-за сложных материально-бытовых условий и трудностей в учебе. Всегда по характеру была тихой, скромной, обидчивой. Тяжелыми соматическими заболеваниями не болела, в детстве перенесла легкую ЧМТ с потерей сознания, за

помощью не обращалась. Вышла замуж в возрасте 18 лет, т.к. хотела жить отдельно от родственников. Переехала с мужем в Иваново. Через год родила ребенка, а через 5 лет - второго. Отношения с мужем первые годы были нормальные. В дальнейшем он стал злоупотреблять алкоголем, проявлял ревность. Пациентка работала на различных, в основном, неквалифицированных работах, часто без оформления трудовых отношений.

Со слов родственников, первые признаки психического заболевания появились более года назад. Стала конфликтной, замкнутой, говорила о том, что её преследуют, наводят порчу. По этой причине неожиданно уехала к родственникам сначала в поселок Сокольское, а потом - в Новосибирск. Из-за её внезапного приезда с родственниками возникли сложные отношения. Некоторое время проживала с посторонним мужчиной. В сентябре этого года вернулась домой. Первое время ночевала в подвале своего дома, объясняя это плохими отношениями с мужем и соседями. Резкое ухудшение состояния произошло за неделю до госпитализации в психиатрическую больницу: стала слышать внутри головы голоса, которые отдавали ей противоречивые приказы, заставляли биться головой об пол. Пыталась им сопротивляться, но в последнее время стала подчиняться. Госпитализирована в психиатрическую больницу бригадой СП по собственной просьбе. После начала терапии состояние быстро улучшилось. В настоящее время она спокойна, режим отделения соблюдает, участвует в труде, охотно встречается с родственниками.

При осмотре контакту доступна, на вопросы отвечает по существу, фон настроения ровный. Дает измененную интерпретацию своих поступков в период болезни. Утверждает, что уехала из семьи исключительно в связи с конфликтами с мужем, а идеи преследования и «голоса» появились только перед госпитализацией. Обращает на себя внимание низкий запас знаний: допускает ошибки в таблице умножения и элементарном счете, не может назвать столиц крупных европейских государств. Абстрактное мышление в суженном объеме: пословицы часто интерпретирует буквально, однако правильно объединяет предметы по общим признакам. Неоднократно во время беседы интересовалась сроками выписки.

При консультации психолога выявлены единичные соскальзывания на латентные признаки.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 9

Больная К., 39 лет.

Первые признаки психического заболевания отмечены в возрасте 32-х лет, когда стала замечать, что после разрыва с близким человеком окружающие изменили к ней отношение, стали враждебными. Считала, что это произошло по вине ее бывшего приятеля. Заметила, что круг «преследователей» расширяется, слышала, как двое приехавших к ней на работу мужчин расспрашивали о ней начальника. Замечала, что в СМИ передаются о ней сведения. Подозревала, что информацию о ней получают через установленные в квартире «жучки». В дальнейшем стала говорить, что ее бывший приятель организовал против нее группу людей, а ФСБ ему помогает. Отметила снижение настроения, говорила о неустроенности в своей жизни, собственной несостоятельности, недоверии к мужчинам. Лечилась в психиатрической больнице в течение полугода.

С 34-х лет не работает, находится на иждивении родственников. От посещения врача амбулаторной службы отказалась, так как после первой госпитализации подозревала его в связи с преследователями. Через два года снова была госпитализирована по инициативе родственников. В отделении была нелепа, неряшлива, контакт формальный, недоверчива, насторожена. Жаловалась на пустоту и путаницу мыслей в голове. Говорила о преследовании и слежке, ощущала на себе воздействие посторонней силы, которая ей управляет. Мышление было несколько ускорено, паралогично, с разноплановостью. В отделении была суетлива, назойливо приставала с

критическими замечаниями к медицинскому персоналу. В процессе лечения состояние больной улучшилось, говорила о том, что преследование прекратилось, однако критика к болезни не восстановилась.

После выписки участкового психиатра посещала лишь первое время, от приема лекарств отказалась. За время пребывания дома дважды пыталась трудоустроиться. Несколько месяцев проработала в швейном цехе, но работа не понравилась, летом этого года в течение 2-х месяцев работала без оформления певицей в ресторане, но в дальнейшем от ее услуг отказались, якобы из-за малого числа посетителей. Явное ухудшение состояния возникло осенью, стало меняться настроение: то плакала, то смеялась. Стала опять говорить о преследовании со стороны спецслужб, о воздействии на нее (при помощи жучков читают ее мысли, вызывают «голоса внутри головы», заражают болезнями). Стала агрессивной, разбила стекла, посуду, портила и другое имущество. Госпитализирована по инициативе бабушки.

При поступлении была возбуждена, гневлива, кричала, требовала кофе в постель. Мышление разорванное, периодически беспричинно смеялась, не удерживалась на месте. Говорила о «голосах», преследовании, воздействии. Под влиянием лечения состояние больной улучшилось, критики к болезни нет, не откровенна, отрицает, что раньше у нее были «голоса» и мысли о преследовании. Реальные планы на будущее отсутствуют, считает, что ее должен содержать мужчина, с которым она познакомится.

При психологическом обследовании выявлены структурные расстройства мышления.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 10

Больная Ф., 23 года.

Личность с чертами ригидности, упрямства, инфантильная.

Заболела немногим более года назад. Вначале симптоматика проявлялась в виде пониженного настроения, тревоги, элементов деперсонализации, сенесталгий. При этом сохраняла активность, общалась с окружающими, следила за собой, была демонстративна. Находилась дважды на лечении в психиатрической больнице, где врачами отмечена нарочитость симптоматики, в высказываниях больной прослеживались жалобы на затрудненность мышления, проявления психической анестезии. Получала различные антидепрессанты, состояние ненадолго улучшалось, но вскоре после выписки симптоматика возобновлялась. Практически здоровой не была. Настоящая госпитализация третья по счету.

При поступлении состояние было аналогично предыдущим, однако вскоре клиническая картина изменилась. Стала замкнутой, напряженной, много лежала, не общалась с больными, отказывалась выходить на свидание к матери. Испытывала сильную тревогу, говорила, что голова «не соображает», боялась, что не сможет выполнять простейшие действия: умываться, одеваться, есть, ходить и так далее. Была растерянна. Получала терапию антидепрессантами и риполептом. В процессе терапии стала общаться, правильно себя вела, хорошо спала и ела. При беседе описывает сниженное настроение, потерю интереса к окружающему, нежелание чем-либо заниматься. Отмечает, что голова сейчас «соображает хорошо».

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

МОДУЛЬ: СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-8, ПК-9, ПК-10

Задание #1

Вопрос:

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» применяется в отношении:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) государственных учреждений системы здравоохранения федерального уровня.
- 2) медицинских учреждений независимо от их ведомственной принадлежности.
- 3) всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.
- 4) медицинских учреждений муниципального уровня.
- 5) всех врачей-психиатров, за исключением частнопрактикующих врачей.

Задание #2

Вопрос:

Право на получение информации о своих правах, а также в доступной форме и с учётом психического состояния информации о характере имеющихся психических расстройств и применяемых методах лечения имеют:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением.
- 2) только лица, госпитализированные в психиатрический стационар.
- 3) только лица, получающие лечение психотропными средствами.
- 4) только лица, к которым применяются принудительные меры медицинского характера.
- 5) все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи.

Задание #3

Вопрос:

Для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым Законом о психиатрической помощи, лица, страдающие психическими расстройствами, вправе пригласить:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) своего близкого родственника.
- 2) любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи.
- 3) любого специалиста.
- 4) только специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи на территории обслуживания данного психиатрического учреждения.
- 5) только врача-психиатра со стажем работы по специальности не менее 5 лет.

Задание #4

Вопрос:

Решение о непригодности гражданина вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) врачом любой специальности единолично.
- 2) врачом-психиатром единолично.
- 3) врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения.
- 4) прокурором
- 5) судом.

Задание #5

Вопрос:

Срок, на который гражданин может быть временно признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, составляет:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) до 3 лет.
- 2) не более 1 года.
- 3) не более 5 лет.
- 4) не более 7 лет.
- 5) не менее 5 лет.

Задание #6

Вопрос:

Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Учреждением, организацией, предприятием.
- 2) органом местного самоуправления.
- 3) министерством или ведомством (соответственно характеру деятельности).
- 4) Министерством здравоохранения РФ.
- 5) Правительством РФ.

Задание #7

Вопрос:

Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право запрашивать:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) его сотрудники по работе.
- 2) соседи.
- 3) участковый врач территориальной поликлиники.
- 4) судебные органы.
- 5) никому не дано такого права.

Задание #8

Вопрос:

Лицо, страдающее психическим расстройством, для реализации своих прав и законных интересов может получить сведения о состоянии его психического здоровья и об оказанной ему психиатрической помощи:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только по запросу учреждения, организации, предприятия.
- 2) только по запросу суда или прокурора.
- 3) по его личной просьбе либо по просьбе его законного представителя.

- 4) по просьбе ближайших родственников.
- 5) только по запросу органа здравоохранения.

Задание #9

Вопрос:

При получении согласия на лечение лица, страдающего психическим расстройством, не признанного в установленном законом порядке недееспособным, информацию о характере расстройства и лечении:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) обязан предоставить данному лицу врач.
- 2) может предоставить данному лицу любой специалист, участвующий в оказании психиатрической помощи.
- 3) может предоставить данному лицу медсестра психиатрического учреждения.
- 4) обязан предоставить данному лицу руководитель психиатрического учреждения.
- 5) может предоставить врач не самому лицу, страдающему психическим расстройством, а его родственникам.

Задание #10

Вопрос:

Право на отказ от лечения психических расстройств имеют:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) все лица, без исключения.
- 2) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением.
- 3) только лица, госпитализированные в психиатрический стационар в добровольном порядке.
- 4) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера.
- 5) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Задание #11

Вопрос:

Отказ лица, страдающего психическим расстройством, от предлагаемого лечения:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Принимается врачом-психиатром в устной форме.
- 2) оформляется записью в медицинской документации за подписью врача-психиатра.
- 3) оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.
- 4) оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя.
- 5) принимается только в форме письменного заявления, составленного данным лицом или его законным представителем на имя руководителя психиатрического учреждения.

Задание #12

Вопрос:

В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет считается добровольным, если проводится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по просьбе или с согласия другого родителя либо при отсутствии родителей или иного законного представителя - по просьбе или с согласия любого близкого родственника.
- 2) по решению органа опеки и попечительства.
- 3) только по решению комиссии врачей-психиатров психоневрологического диспансера.
- 4) только с разрешением главного психиатра территории.
- 5) только с санкции судьи.

Задание #13

Вопрос:

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) хронического психического расстройства.
- 2) тяжёлого психического расстройства.
- 3) тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.
- 4) любого психического расстройства, если лицо представляет опасность для себя или окружающих.
- 5) любого психического расстройства.

Задание #14

Вопрос:

При получении врачом-психиатром психоневрологического диспансера сведений, дающих основания предполагать наличие у лица тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, решение о психиатрическом освидетельствовании такого лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только главным врачом диспансера.
- 2) только главным психиатром данной территории.
- 3) врачом-психиатром с санкции судьи.
- 4) только комиссией врачей-психиатров.
- 5) врачом-психиатром самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны.

Задание #15

Вопрос:

При получении врачом-психиатром психоневрологического диспансера сведений, дающих основания предполагать наличие у лица тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает его беспомощность, решение о психиатрическом освидетельствовании такого лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только главным врачом диспансера.
- 2) только главным психиатром данной территории.
- 3) врачом-психиатром с санкции судьи.
- 4) комиссией врачей-психиатров.
- 5) врачом-психиатром самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны.

Задание #16

Вопрос:

При получении врачом-психиатром психоневрологического диспансера сведений, дающих основания предполагать наличие у лица тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, решение о психиатрическом освидетельствовании такого лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только главным врачом диспансера.
- 2) только главным психиатром данной территории.
- 3) врачом-психиатром с санкции судьи.
- 4) комиссией врачей психиатров.
- 5) врачом-психиатром самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны.

Задание #17

Вопрос:

Психиатрическое освидетельствование больного, находящегося под диспансерным наблюдением, может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только с разрешения главного врача диспансера.
- 2) только с разрешения главного психиатра данной территории.
- 3) только с санкции судьи.
- 4) только с санкции прокурора.
- 5) врачом-психиатром диспансера без получения дополнительного разрешения с чьей-либо стороны.

Задание #18

Вопрос:

Решение вопроса о необходимости установления за лицом, страдающим психическим расстройством, диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) врачом-психиатром единолично(самостоятельно).
- 2) комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.
- 3) главным врачом психоневрологического диспансера.
- 4) только судом.
- 5) только прокурором.

Задание #19

Вопрос:

Диспансерное наблюдение за лицом, страдающим психическим расстройством, устанавливается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) на срок не менее 3 лет.
- 2) на срок не менее 5 лет с правом последующего пересмотра данного решения.
- 3) на тот период времени, в течение которого сохраняются предусмотренные Законом основания для диспансерного наблюдения.
- 4) на срок от 5 до 10 лет.

5) пожизненно.

Задание #20

Вопрос:

Основаниями для прекращения установленного ранее диспансерного наблюдения являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) отказ пациента или его законного представителя от амбулаторного лечения.
- 2) улучшение состояния психического здоровья пациента.
- 3) госпитализация пациента в психиатрический стационар.
- 4) окончание приступа психического заболевания.
- 5) выздоровление или значительное и стойкое улучшение психического состояния.

Задание #21

Вопрос:

Факт нахождения лица, страдающего психическим расстройством, под диспансерным наблюдением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) является достаточным основанием для ограничения его прав в социальной сфере.
- 2) даёт ему право на льготы при приобретении лекарств.
- 3) лишает его права на отказ от госпитализации в психиатрический стационар.
- 4) лишает его права на отказ от психиатрического лечения.
- 5) не имеет установленных Законом юридических последствий, за исключением того, что психиатрическое освидетельствование может проводиться без его согласия или без согласия его законного представителя.

Задание #22

Вопрос:

Помещение лица в психиатрический стационар считается добровольным, если оно проводится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по устной просьбе или с устного согласия родственников пациента.
- 2) по устной просьбе или с устного согласия самого пациента или его законного представителя.
- 3) по письменной просьбе или с письменного согласия родственников пациента.
- 4) по письменной просьбе или с письменного согласия самого пациента, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным по письменной просьбе или с письменного согласия его законного представителя.
- 5) с санкции судьи независимо от согласия пациента или его законного представителя.

Задание #23

Вопрос:

В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет в психиатрический стационар проводится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по решению органа опеки и попечительства.
- 2) по решению главного психиатра территории.
- 3) с письменного согласия иных родственников, не являющихся законными представителями несовершеннолетнего.
- 4) с санкции прокурора.
- 5) по решению главного врача психиатрического стационара.

Задание #24

Вопрос:

Меры физического стеснения и изоляции могут применяться:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) как при недобровольной, так и при добровольной госпитализации дееспособных лиц в психиатрический стационар.
- 2) при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц.
- 3) только в течение первых двух суток с момента помещения лица в психиатрический стационар.
- 4) только после постановления судьи об удовлетворении заявления психиатрического стационара о госпитализации лица в недобровольном порядке.
- 5) только с санкции прокурора.

Задание #25

Вопрос:

Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещённых в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, проводится комиссией врачей-психиатров:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) однократно в течение первых трёх суток с момента госпитализации.
- 2) каждые три месяца для решения вопроса о продлении госпитализации.
- 3) в течение первых 24 часов с момента госпитализации и далее ежемесячно в течение первого года пребывания в стационаре.
- 4) в течение 48 часов с момента госпитализации и далее не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев для решения вопроса о продлении госпитализации, а затем - не реже одного раза в шесть месяцев.
- 5) порядок проведения комиссионного освидетельствования таких лиц Законом не установлен.

Задание #26

Вопрос:

При нахождении пациента на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре могут быть ограничены его следующие права:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине.
- 2) выписывать газеты и журналы.
- 3) иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.
- 4) обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара.
- 5) подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату.

Задание #27

Вопрос:

Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только по решению суда.

- 2) только по заключению комиссии врачей-психиатров.
- 3) по личному заявлению пациента, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.
- 4) только по решению лечащего врача.
- 5) только по решению администрации психиатрического учреждения.

Задание #28

Вопрос:

Пациенту, помещённому в психиатрический стационар добровольно, при его требовании о выписке:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) не может быть отказано.
- 2) может быть отказано, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные Законом.
- 3) может быть отказано только с санкции прокурора.
- 4) может быть отказано единоличным решением лечащего врача.
- 5) может быть отказано решением главного психиатра территории.

Задание #29

Вопрос:

Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения лиц в возрасте 18 лет и старше, не признанных в установленном законом порядке недееспособными, являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только личное заявление лица, страдающего психическим расстройством.
- 2) заявление родственников лица, страдающего психическим расстройством.
- 3) только заключение врачебной комиссии, независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством.
- 4) решение органов опеки и попечительства.
- 5) личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра.

Задание #30

Вопрос:

Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) личное заявление лица, страдающего психическим расстройством.
- 2) личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра.
- 3) только заключение врачебной комиссии.
- 4) решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра.
- 5) решение суда.

Задание #31

Вопрос:

Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) личное заявление лица, страдающего психическим расстройством.
- 2) заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра.
- 3) только заявление его родителей либо иного законного представителя.
- 4) заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение врачебной комиссии любого состава, но с участием врача-психиатра.
- 5) только заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра.

Задание #32

Вопрос:

Освидетельствование лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, врачебной комиссией с участием врача-психиатра должно проводиться:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ежемесячно.
- 2) не реже одного раза в три месяца.
- 3) не реже одного раза в шесть месяцев.
- 4) не реже одного раза в год.
- 5) ежемесячно в течение первых шести месяцев проживания, а далее не реже одного раза в полгода.

Задание #33

Вопрос:

Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) не имеют специально установленных Законом прав.
- 2) пользуются теми же правами, что и пациенты, находящиеся в психиатрических стационарах.
- 3) имеют только право на встречу с адвокатом и священнослужителем наедине.
- 4) имеют только права на встречу с адвокатом и на приём посетителей.
- 5) имеют не ограничиваемое право получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы.

Задание #34

Вопрос:

Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) заключение врачебной комиссии с участием врача - психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.
- 2) решение администрации специализированного психоневрологического учреждения.
- 3) только решение суда.
- 4) решение органа опеки и попечительства.
- 5) заключение врачебной комиссии в любом составе.

Задание #35

Вопрос:

Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального

обучения лица в возрасте 18 лет и старше, не признанного в установленном законом порядке недееспособным, проводится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только по его личному заявлению.
- 2) по заявлению родственников.
- 3) по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно.
- 4) только по решению суда.
- 5) только по решению органа опеки и попечительства.

Задание #36

Вопрос:

Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет либо лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, проводится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым лицом.
- 2) по личному заявлению выписываемого лица.
- 3) только по решению суда.
- 4) по решению органа опеки и попечительства.
- 5) только по заключению врачебной комиссии, независимо от обязательств родителей, иных родственников или законного представителя.

Задание #37

Вопрос:

Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только в суд.
- 2) только в вышестоящий орган.
- 3) только вышестоящему должностному лицу.
- 4) только в суд или прокурору.
- 5) по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

Ситуационные задачи

Задача 1

Больной А., 24 года.

Заболел около 5 лет назад. По объективным сведениям перестал выходить из дома, утратил социальные контакты, не работал, не учился, не интересовался девушками, почти не общался с родителями. По отдельным элементам поведения больного можно было судить о наличии психотических переживаний: периодически испытывал страх, закрывал двери, окна, все щели в своей комнате, разговаривал сам с собой, задавал отцу нелепые вопросы, была немотивированная агрессия в адрес родителей. Интересовался жизнью великих людей, с некоторыми отождествлял себя, читал Библию. Были высказывания о маленьком размере полового члена. Поводом для госпитализации в психиатрическую больницу послужило агрессивное поведение дома.

При поступлении и первые дни в стационаре был замкнут, агрессивен, насторожен, в позе и жестах просматривались черты высокомерия и превосходства. Свои переживания долгое время не раскрывал. Не тяготился пребыванием в больнице и в наблюдательной палате. В то же время ни с кем из больных не общался, с медперсоналом общался только вынужденно. В процессе лечения стал мягче, доступнее контакту, рассказал о своих переживаниях врачу.

При беседе держится спокойно, формально приветлив. Эмоционально монотонен, синтонности нет. Нет критического отношения к своему состоянию, считает, что состояние его хорошее и практически не отличается при поступлении и сейчас. Рассказал, что 2 или 3 года назад у него в течение года были «видения», когда внутренним взором видел картины из своей жизни в параллельных мирах, везде был великим человеком, «превосходящим Александра Македонского», революционером, в конце жизни либо умирал от какой-либо болезни, либо его убивали. Видел, как его «ели людоеды». От этого испытывал ужас. Дает нелепые объяснения различию между мирами: «там были разные учебники математики». При этом все время сознавал, что находится в реальности, является самим собой. «Видения» возникали, когда ничем не был занят, при занятиях они исчезали. В это же время испытывал страх перед конкретными людьми, путано объясняет про нападение на него на улице и драку, которую воспринял как «стресс», боялся возобновления этой драки. Отчетливо идей преследования выявить не удастся. Какие-либо другие переживания отрицает. Свое многолетнее сидение дома объяснил сначала страхом, а потом «ленью», не хотелось никуда идти и ничего делать. На момент консультации активной психотической симптоматики не выявляется. Настойчиво просит о выписке домой, тяготеет пребыванием в больнице. По поводу лени говорит, что проверить это можно только когда начнет работать. Конкретных планов нет. Хочет съездить на родину пообщаться с родными.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 2

Больной В., 29 лет.

По характеру замкнутый. Психических расстройств ранее не было. Успешно учился и работал. Заболел около года назад. Мать замечала, что он стал замкнутым, ни на кого не смотрел, перестал разговаривать, плакал. Стал посещать какую-то религиозную секту, говорил, что ему угрожают какие-то люди, слышал «голоса», которые приказывали убить человека. Избил прохожего, убил кошку и собаку. По инициативе родителей был госпитализирован в психиатрическую больницу.

При поступлении был напряженным, возбужденным. Говорил об инопланетянах, преследовании со стороны американцев, о том, что люди стали «пустыми как шары». В процессе проводимой терапии постепенно успокоился, стал мягче, доброжелательней, охотно отвечал на вопросы. Сказал, что перенес «психоз в связи со стрессом», что так сказали врачи. При расспросе признал, что сам считает все пережитое реальными событиями, но сейчас старается не думать об этом, забыть. Описал нарушения сна, потерю интереса к окружающим, внутреннюю измененность, появление «навязчивых мыслей кого-то убить», «организм требовал убийства, это трудно описать словами». Стал воспринимать окружающий мир странным, изменившимся, люди «были не похожи на людей», «чувство, что весь мир сошел с ума». Себя ощущал в центре этих процессов, чувствовал, что он сам «закрутил все это», «был почти богом», испытывал удовольствие от происходящего. Замечал, что кто-то, кому эти изменения не нравятся, следил за ним. Слышал в левом ухе «голоса», которые приказывали убить человека, пытался им сопротивляться. В настоящее время все это прекратилось. Эмоциональные проявления немного сглажены. Планирует после выписки найти работу по специальности.

Психолог определяет паралогичность мышления.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 3

Больная К., 38 лет.

Работает ткачихой, замужем, в семье спокойные отношения, имеет двоих детей. Известно, что состояние изменилось около 1,5 лет назад. Стала замкнутой, фиксированной на гинекологических проблемах. Считала себя тяжело больной. Занавешивала окна, говорила, что город плохо на нее влияет. Прекратила работать. По настоянию родных была госпитализирована в психиатрическую больницу.

При поступлении была многословной, обнаруживала грубую паралогию мышления. Говорила о плохом влиянии на нее города, о том, что здесь старое оборудование на фабриках, а ей надо работать на новом. Сказала, что ощущает нездоровую атмосферу при выходе из дома, что нельзя даже сходить на колонку, «того гляди, что-нибудь подсыпят». Была сосредоточена на своих гинекологических заболеваниях, (их наличие подтверждается выпиской из амбулаторной карты).

При беседе держится спокойно, формально, говорит монотонным голосом, мышление паралогичное, склонна к символизму: «когда 13-е число, я живу по тринадцатому, когда 12-е – живу по двенадцатому. Два – это сосед.....». Без стеснения рассказывает об интимных подробностях своей жизни, о занятиях мастурбацией. Сосредоточена на гинекологической патологии, отсутствии половой жизни, «гинекология – это плохое влияние на психику», «смотрю мужчинам на брюки, но ничего увидеть не могу». Рассказывает, что ощущает, как за ней постоянно наблюдает кто-то невидимый; когда она дома, через окна все время «смотрят чьи-то глаза», смотрят скорее с хорошими намерениями, но она, тем не менее, занавешивает окна. Слышит в ушах голос соседа, который «пристает к ней». Ощущает, что ее жизнью управляют, описать это подробно не может. Неопределенно говорит о каком-то влиянии на ее тело, предполагает, что может быть, таким образом, ее лечат от гинекологических болезней. Критика к заболеванию полностью отсутствует. Говорит, что в отделении другие больные с ней общаются мало, «им не разрешают много общаться», что ей здесь скучно. Планов на будущее не строит.

При психологическом исследовании выявлена не целенаправленность мышления, паралогия с элементами соскальзывания.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 4.

Больной С., 44 года.

Брат деда был странным, «с причудами». Больной до службы в армии был активным, общительным, открытым человеком. Увлекался музыкой, играл в ансамбле. Был хорошо адаптирован. Полностью отслужил в СА, был в Афганистане в период вывода войск, особого

влияния этого периода на свою личность не отмечает. Однако родные описывают, что после демобилизации он изменился, стал задумчивым, «уходил в себя». Начал алкоголизироваться, на протяжении нескольких лет появилось влечение к алкоголю, рост толерантности, развитие абстиненции. Употребление алкоголя носит систематический характер. В связи с социальными причинами потерял место работы, в последующем сменил несколько работ, нигде не удерживался, много и часто выпивал. За последние три года перенес несколько приступов (настоящий - третий) с симптомами повышенного настроения. Дважды лечился в психиатрической больнице. После выписки описывает периоды плохого настроения около 2-х недель. Все это время постоянно выпивал. По словам больного, особенно массивным злоупотребление алкоголем становилось во время периодов пониженного настроения. Родные отмечают появившуюся пассивность, беспомощность, легкомыслие, равнодушие к делам своей семьи. Месяц назад снова поступил на лечение в связи с ухудшением психического состояния. При поступлении был в приподнятом настроении. Говорил, что у него особое предназначение в жизни, «миссия», но сути не раскрывал. Внезапно становился подозрительным и напряженным, начинал кого-то бранить, говорил о «врагах», но тут же заявлял, что он «может уйти от любой слежки, научился экранировать чужую энергию». Со смехом добавляет, что «заменял все мысли в голове, для кого-то это станет неприятным сюрпризом».

Через полтора месяца при беседе держится непринужденно, не смущается присутствием большого числа людей (клинический разбор с группой курсантов), сказал, что у него все хорошо. Считает себя здоровым человеком, говорит, что помещение в больницу – это «наказание от Бога» за то, что занимался «прелюбодеянием». Бывшие у него переживания не считает болезненными, неохотно говорит, что к симптомам болезни можно отнести «некоторые страхи и галлюцинации – видел «лик бога» на стене». Суждения легковесны, не критичны, не обеспокоен своим будущим. Сообщил, что хотел бы получить 2 группу инвалидности, и тут же заявляет, что хотел бы «к весне группу снять, чтобы работать в Москве на стройке». Активной психотической симптоматики сейчас нет. Остается легкая приподнятость настроения.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 5

Больной К., 28 лет.

Отец и два его двоюродных брата злоупотребляли алкоголем, покончили с собой. В детстве развивался нормально, учился неплохо в начальных классах, но отличался низким познавательным интересом. В детстве часто болел соматическими заболеваниями, до подросткового возраста наблюдались симптомы энуреза, снохождения, сноворения. Был все время замкнутым, малоразговорчивым, не имел друзей. Со средних классов школы стал учиться хуже, не был аттестован после окончания школы, не смог учиться в колледже, окончил ПУ. Перед призывом в армию обследовался в психиатрической больнице, был признан негодным к военной службе в связи с психическими расстройствами органической этиологии. Тогда во время пребывания в стационаре был пассивен, замкнут, ничем не интересовался. Обнаруживал невысокий уровень интеллекта (низкая граница нормы) при психологическом исследовании. Неврологом была выявлена резидуальная минимальная мозговая дисфункция. После выписки пытался трудоустроиться, поработал понемногу в нескольких местах, но нигде не смог освоиться, плохо понимал задания, не запоминал инструкции, плохо ориентировался на территории, не было ответственности. Последнее время нигде не работает. Время проводит в основном дома, интересов нет, ничем не занимается. Помогает по хозяйству по просьбе родных, сам инициативы не проявляет. Ни с кем, кроме

родственников не общается. Мать несколько раз слышала, как он смеется, находясь наедине. В связи с такими особенностями поведения поступил в психиатрическую больницу на отделение невротозов. В отделении держится замкнуто, с больными в контакт не вступает, в палате отгородил свою постель стульями.

При беседе держится напряженно, избегает взорового контакта, на вопросы отвечает односложно, некоторые вопросы оставляет без ответа, при этом опускает глаза, лицо напрягается. Легко становится раздражительным, говорит резким тоном. Причиной госпитализации считает необходимость «обследовать голову», так как на затылке «вылезла шишечка» и начинает давить на голову, когда он нервничает. Путано объясняет, что «шишечка вылезла, как на коленке». Психических расстройств у себя не обнаруживает. Складывается впечатление, что недостаточно осмысливает, в каком лечебном заведении и по какому поводу находится. Сказал, что последний год у него из-за курения плохо пахло изо рта, «прямо воняло, был запах гнили» Однако не связывает свою необщительность и запах. При обсуждении этого вопроса становится напряженным. Галлюцинаторные переживания отрицает. Подтвердил, что смеется иногда сам с собой, причину не раскрыл. Настроение считает хорошим. Просил отпустить его в пробный отпуск на выходные дни, стал раздражаться при отказе. Суждения поверхностные, примитивные. Интересы к беседе, результатам обследования не проявил. Через несколько дней поджег в туалете отделения старую газету. Не смог объяснить свой поступок, «захотелось и сжег».

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 6

Больной О., 42 года.

Ранее злоупотреблял алкоголем, сам больной эти сведения отрицает, говорит, что последние годы соблюдает трезвость. Вырос в детском доме. Считает себя ранимым, чувствительным. Был женат, брак расторгнул из-за измены жены. Говорит о том, что не любит людей, окружающий мир, «все попадались плохие люди, тянули к пьянству». Последние годы живет и работает у брата на ферме в деревне, пасет скот. Такой образ жизни нравится. Любит быть наедине с природой, «со мной собака, мне не скучно». После развода с женой с женщинами общался мало, все они чем-то его не устраивали. За последний год собрался устроить свою личную жизнь, так как «есть дом, есть работа». Однако вскоре после этого решения обнаружилось какое-то новообразование на яичке, был оперирован. После операции, несмотря на ее успешность, стал беспокоиться по поводу возможного развития импотенции, так как заметил ослабление эрекции. Считал, что жизнь кончена, думал только об этом, Настроение понизилось с чувством тревоги. Описывает, что «хорошие мысли ушли из головы как облако, остались только плохие». Нарушился сон и аппетит. Были суицидальные мысли. В связи с таким состоянием был госпитализирован в психиатрическую больницу.

При беседе с больным он рассказывает о своем состоянии достаточно откровенно. Обеспокоен фактом пребывания в психиатрическом стационаре, тяготеет этим. Несмотря на то, что эрекция полностью не восстановилась, говорит об этом значительно спокойнее, конкретных планов на будущее не строит.

Невролог диагностирует резидуальную энцефалопатию.

По результатам экспериментально-психологического исследования выявлен высокий уровень невротизации, уровень психопатизации в зоне неопределенного диагноза. Диссоциативных расстройств мышления не выявлено. В тесте Шмишека преобладают демонстративные и тревожные черты.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 7

Больной У., 48 лет

Заболел около 2-х лет назад после возбуждения уголовного дела и пребывания в следственном изоляторе. Симптоматика существует непрерывно. Подозрителен, перестал работать, следить за своим внешним видом. Говорил о преследовании со стороны правоохранительных органов и членов семьи. Был агрессивен настроен к родственникам, ударил жену ножом. Возможно, испытывал слуховые галлюцинации. В связи с таким состоянием по инициативе брата был госпитализирован в психиатрическую больницу.

В отделении так же подозрителен, недоверчив, пытался обыскать жену на свидании, считал, что у нее под одеждой спрятан диктофон.

При беседе с врачом замкнут, свои переживания практически не раскрывает, отвечает, что у него все хорошо. Вместе с тем признает, что последние два года он, будучи главой семьи, старшим братом, утратил авторитет, с ним не советуются по вопросам работы и семейным. Сказал, что кто-то влияет на его семью, он знает, кто это делает, но не назовет. Сообщил, что в психиатрической больнице он после ссоры с братом, хотя причинно-следственных связей не усматривает. Считает себя здоровым, вместе с тем принял ситуацию своего пребывания в психиатрическом стационаре и лечения.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 8

Больная К., 36 лет.

Родилась в Новосибирске в многодетной семье. Была младшим ребенком из 10 детей. Раннее развитие без особенностей. В школу пошла своевременно, училась в основном посредственно. Окончила 8 классов, стала работать. Далее не училась из-за сложных материально-бытовых условий и трудностей в учебе. Всегда по характеру была тихой, скромной, обидчивой. Тяжелыми соматическими заболеваниями не болела, в детстве перенесла легкую ЧМТ с потерей сознания, за помощью не обращалась. Вышла замуж в возрасте 18 лет, т.к. хотела жить отдельно от родственников. Переехала с мужем в Иваново. Через год родила ребенка, а через 5 лет - второго. Отношения с мужем первые годы были нормальные. В дальнейшем он стал злоупотреблять алкоголем, проявлял ревность. Пациентка работала на различных, в основном, неквалифицированных работах, часто без оформления трудовых отношений.

Со слов родственников, первые признаки психического заболевания появились более года назад. Стала конфликтной, замкнутой, говорила о том, что её преследуют, наводят порчу. По этой причине неожиданно уехала к родственникам сначала в поселок Сокольское, а потом - в Новосибирск. Из-за её внезапного приезда с родственниками возникли сложные отношения.

Некоторое время проживала с посторонним мужчиной. В сентябре этого года вернулась домой. Первое время ночевала в подвале своего дома, объясняя это плохими отношениями с мужем и соседями. Резкое ухудшение состояния произошло за неделю до госпитализации в психиатрическую больницу: стала слышать внутри головы голоса, которые отдавали ей противоречивые приказы, заставляли биться головой об пол. Пыталась им сопротивляться, но в последнее время стала подчиняться. Госпитализирована в психиатрическую больницу бригадой СП по собственной просьбе. После начала терапии состояние быстро улучшилось. В настоящее время она спокойна, режим отделения соблюдает, участвует в труде, охотно встречается с родственниками.

При осмотре контакту доступна, на вопросы отвечает по существу, фон настроения ровный. Дает измененную интерпретацию своих поступков в период болезни. Утверждает, что уехала из семьи исключительно в связи с конфликтами с мужем, а идеи преследования и «голоса» появились только перед госпитализацией. Обращает на себя внимание низкий запас знаний: допускает ошибки в таблице умножения и элементарном счете, не может назвать столиц крупных европейских государств. Абстрактное мышление в суженном объеме: пословицы часто интерпретирует буквально, однако правильно объединяет предметы по общим признакам. Неоднократно во время беседы интересовалась сроками выписки.

При консультации психолога выявлены единичные соскальзывания на латентные признаки.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 9

Больная К., 39 лет.

Первые признаки психического заболевания отмечены в возрасте 32-х лет, когда стала замечать, что после разрыва с близким человеком окружающие изменили к ней отношение, стали враждебными. Считала, что это произошло по вине ее бывшего приятеля. Заметила, что круг «преследователей» расширяется, слышала, как двое приехавших к ней на работу мужчин расспрашивали о ней начальника. Замечала, что в СМИ передаются о ней сведения. Подозревала, что информацию о ней получают через установленные в квартире «жучки». В дальнейшем стала говорить, что ее бывший приятель организовал против нее группу людей, а ФСБ ему помогает. Отметила снижение настроения, говорила о неустроенности в своей жизни, собственной несостоятельности, недоверии к мужчинам. Лечилась в психиатрической больнице в течение полугода.

С 34-х лет не работает, находится на иждивении родственников. От посещения врача амбулаторной службы отказалась, так как после первой госпитализации подозревала его в связи с преследователями. Через два года снова была госпитализирована по инициативе родственников. В отделении была нелепа, неряшлива, контакт формальный, недоверчива, насторожена. Жаловалась на пустоту и путаницу мыслей в голове. Говорила о преследовании и слежке, ощущала на себе воздействие посторонней силы, которая ей управляет. Мышление было несколько ускорено, паралогично, с разноплановостью. В отделении была суетлива, назойливо приставала с критическими замечаниями к медицинскому персоналу. В процессе лечения состояние больной улучшилось, говорила о том, что преследование прекратилось, однако критика к болезни не восстановилась.

После выписки участкового психиатра посещала лишь первое время, от приема лекарств отказалась. За время пребывания дома дважды пыталась трудоустроиться. Несколько месяцев проработала в швейном цехе, но работа не понравилась, летом этого года в течение 2-х месяцев

работала без оформления певицей в ресторане, но в дальнейшем от ее услуг отказались, якобы из-за малого числа посетителей. Явное ухудшение состояния возникло осенью, стало меняться настроение: то плакала, то смеялась. Стала опять говорить о преследовании со стороны спецслужб, о воздействии на нее (при помощи жучков читают ее мысли, вызывают «голоса внутри головы», заражают болезнями). Стала агрессивной, разбила стекла, посуду, портила и другое имущество. Госпитализирована по инициативе бабушки.

При поступлении была возбуждена, гневлива, кричала, требовала кофе в постель. Мышление разорванное, периодически беспричинно смеялась, не удерживалась на месте. Говорила о «голосах», преследовании, воздействии. Под влиянием лечения состояние больной улучшилось, критики к болезни нет, не откровенна, отрицает, что раньше у нее были «голоса» и мысли о преследовании. Реальные планы на будущее отсутствуют, считает, что ее должен содержать мужчина, с которым она познакомится.

При психологическом обследовании выявлены структурные расстройства мышления.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача 10

Больная Ф., 23 года.

Личность с чертами ригидности, упрямства, инфантильная.

Заболела немногим более года назад. Вначале симптоматика проявлялась в виде пониженного настроения, тревоги, элементов деперсонализации, сенесталгий. При этом сохраняла активность, общалась с окружающими, следила за собой, была демонстративна. Находилась дважды на лечении в психиатрической больнице, где врачами отмечена нарочитость симптоматики, в высказываниях больной прослеживались жалобы на затрудненность мышления, проявления психической анестезии. Получала различные антидепрессанты, состояние ненадолго улучшалось, но вскоре после выписки симптоматика возобновлялась. Практически здоровой не была. Настоящая госпитализация третья по счету.

При поступлении состояние было аналогично предыдущим, однако вскоре клиническая картина изменилась. Стала замкнутой, напряженной, много лежала, не общалась с больными, отказывалась выходить на свидание к матери. Испытывала сильную тревогу, говорила, что голова «не соображает», боялась, что не сможет выполнять простейшие действия: умываться, одеваться, есть, ходить и так далее. Была растерянна. Получала терапию антидепрессантами и рisperoneм. В процессе терапии стала общаться, правильно себя вела, хорошо спала и ела. При беседе описывает сниженное настроение, потерю интереса к окружающему, нежелание чем-либо заниматься. Отмечает, что голова сейчас «соображает хорошо».

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).
3. Дайте рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Перечислите возможные санитарно-просветительские методы и мероприятия, а также рекомендации пациенту и членам его семьи, направленные на сохранение и укрепление здоровья при данном психическом расстройстве (ПК-1).
4. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

МОДУЛЬ: СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Тестовые задания Контролируемые компетенции: ПК-5, ПК-10

Задание #1

Вопрос:

Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право запрашивать:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) его сотрудники по работе.
- 2) соседи.
- 3) участковый врач территориальной поликлиники.
- 4) судебно-следственные органы.
- 5) никому не дано такого права.

Задание #2

Вопрос:

Лечение без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) не может проводиться никогда.
- 2) может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера.
- 3) может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации.
- 4) может проводиться всем больным, состоящим под диспансерным наблюдением.
- 5) может проводиться в амбулаторных условиях по решению комиссии врачей-психиатров,

Задание #3

Вопрос:

При недобровольной госпитализации психически больного в неотложных случаях решение о проведении лечения без согласия больного может приниматься:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) врачом-психиатром единолично (самостоятельно).
- 2) только комиссией врачей-психиатров.
- 3) только главным врачом психиатрического стационара либо заведующим отделением.
- 4) только с санкции прокурора.
- 5) только судом.

Задание #4

Вопрос:

В отношении лиц, к которым применяются принудительные меры медицинского характера, проведение испытаний медицинских средств и методов:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) допускается при получении их устного согласия.
- 2) допускается при получении их письменного согласия.
- 3) допускается независимо от их согласия.
- 4) не допускается.
- 5) допускается только с разрешения прокурора.

Задание #5

Вопрос:

Право на отказ от лечения психических расстройств имеют:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) все лица, без исключения.
- 2) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением.
- 3) только лица, госпитализированные в психиатрический стационар в добровольном порядке.
- 4) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера.
- 5) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Задание #6

Вопрос:

В отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, принудительные меры медицинского характера применяются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по решению врача-психиатра.
- 2) по решению комиссии врачей-психиатров психиатрического учреждения.
- 3) по решению судебно-психиатрической экспертной комиссии.
- 4) по решению суда.
- 5) по постановлению прокурора.

Задание #7

Вопрос:

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
- 2) Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан.
- 3) Постановлением Правительства РФ.
- 4) Уголовно-процессуальным кодексом РФ и Гражданским процессуальным кодексом РФ.
- 5) Законом РФ «О милиции».

Задание #8

Вопрос:

Решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.
- 2) правом врача любой специальности.
- 3) правом любой врачебной комиссии.
- 4) правом врача-психиатра или медицинского психолога.
- 5) правом дежурного врача любого больничного учреждения.

Задание #9

Вопрос:

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) хронического психического расстройства.
- 2) тяжёлого психического расстройства.
- 3) тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.
- 4) любого психического расстройства, если лицо представляет опасность для себя или окружающих.
- 5) любого психического расстройства.

Задание #10

Вопрос:

При получении врачом-психиатром психоневрологического диспансера сведений, дающих основания предполагать наличие у лица тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, решение о психиатрическом освидетельствовании такого лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только главным врачом диспансера.
- 2) только главным психиатром данной территории.
- 3) врачом-психиатром с санкции судьи.
- 4) комиссией врачей психиатров.
- 5) врачом-психиатром самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны.

Задание #11

Вопрос:

Психиатрическое освидетельствование больного, находящегося под диспансерным наблюдением, может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только с разрешения главного врача диспансера.
- 2) только с разрешения главного психиатра данной территории.
- 3) только с санкции судьи.
- 4) только с санкции прокурора.
- 5) врачом-психиатром диспансера без получения дополнительного разрешения с чьей-либо стороны.

Задание #12

Вопрос:

Вопрос о даче санкции на психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя решается судьёй:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) в течение 48 часов с момента получения всех материалов от врача-психиатра.
- 2) в течение суток с момента получения заключения от врача-психиатра.
- 3) в трёхдневный срок с момента получения всех материалов от врача-психиатра.

- 4) в пятидневный срок с момента получения заключения от врача-психиатра.
- 5) в течение 10 дней с момента получения заключения от врача-психиатра.

Задание #13

Вопрос:

Решение вопроса о необходимости установления за лицом, страдающим психическим расстройством, диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) врачом-психиатром единолично(самостоятельно).
- 2) комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.
- 3) главным врачом психоневрологического диспансера.
- 4) только судом.
- 5) только прокурором.

Задание #14

Вопрос:

Факт нахождения лица, страдающего психическим расстройством, под диспансерным наблюдением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) является достаточным основанием для ограничения его прав в социальной сфере.
- 2) даёт ему право на льготы при приобретении лекарств.
- 3) лишает его права на отказ от госпитализации в психиатрический стационар.
- 4) лишает его права на отказ от психиатрического лечения.
- 5) не имеет установленных Законом юридических последствий, за исключением того, что психиатрическое освидетельствование может проводиться без его согласия или без согласия его законного представителя.

Задание #15

Вопрос:

Меры физического стеснения и изоляции могут применяться:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) как при недобровольной, так и при добровольной госпитализации дееспособных лиц в психиатрический стационар.
- 2) при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц.
- 3) только в течение первых двух суток с момента помещения лица в психиатрический стационар.
- 4) только после постановления судьи об удовлетворении заявления психиатрического стационара о госпитализации лица в недобровольном порядке.
- 5) только с санкции прокурора.

Задание #16

Вопрос:

Если комиссия врачей-психиатров, освидетельствовавших пациента в течение 48 часов, признает недобровольную госпитализацию обоснованной, то заключение такой комиссии:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) направляется в течение 24 часов в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нём.
- 2) направляется в течение трёх суток в суд по месту жительства пациента.
- 3) направляется в течение 24 часов прокурору для получения санкции на дальнейшее пребывание пациента в стационаре.
- 4) направляется в течение 48 часов главному психиатру территории для сведения.
- 5) является достаточным основанием для дальнейшего содержания пациента в стационаре.

Задание #17

Вопрос:

Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по предусмотренным Законом основаниям решается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Прокурором.
- 2) главным психиатром территории.
- 3) руководителем территориального, органа здравоохранения.
- 4) в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.
- 5) в суде по месту жительства госпитализированного лица.

Задание #18

Вопрос:

Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подаётся в суд:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.
- 2) врачом-психиатром, подписавшим направление на госпитализацию пациента.
- 3) главным врачом амбулаторного психиатрического учреждения.
- 4) руководителем территориального органа здравоохранения.
- 5) родственником госпитализированного пациента.

Задание #19

Вопрос:

Для решения вопроса о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке в суд подаётся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) заявление психиатрического учреждения, в котором находится лицо.
- 2) заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.
- 3) ходатайство территориального органа здравоохранения.
- 4) заявление родственников пациента.
- 5) заявление психиатрического учреждения, в котором находится лицо, о госпитализации его в недобровольном порядке и мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

Задание #20

Вопрос:

Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольной порядке рассматривается судьёй:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) в течение трёх дней с момента принятия заявления в помещении суда.
- 2) в течение пяти дней с момента принятия заявления в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.
- 3) в течение пяти дней с момента госпитализации лица в психиатрический стационар в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.
- 4) в течение десяти дней с момента комиссионного освидетельствования госпитализированного лица в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.
- 5) в течение десяти дней с момента принятия заявления в психиатрическом учреждении.

Задание #21

Вопрос:

Судебное рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке проводится при обязательном участии:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) госпитализированного лица, прокурора и представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации.
- 2) прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации.
- 3) госпитализированного лица, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации.
- 4) в отдельных случаях - только с участием прокурора либо представителя психиатрического учреждения, т.е. заочно.
- 5) госпитализированного лица, прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации.

Задание #22

Вопрос:

Если при освидетельствовании лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, комиссия врачей-психиатров признает госпитализацию обоснованной:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) госпитализированный может быть выписан по его желанию.
- 2) госпитализированный может быть выписан только «под расписку» близких родственников.
- 3) госпитализированный содержится в стационаре до решения суда без применения недобровольного лечения.
- 4) госпитализированный содержится в стационаре и получает необходимое лечение до рассмотрения судом заявления о недобровольной госпитализации.
- 5) госпитализированный содержится в стационаре и получает необходимое лечение до решения суда, но без применения в этот период мер физического стеснения и изоляции.

Задание #23

Вопрос:

Если при освидетельствовании лица, помещённого в психиатрический стационар в недобровольном порядке, комиссия врачей-психиатров признает госпитализацию необоснованной:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) госпитализированный подлежит немедленной выписке во всех случаях.
- 2) госпитализированный может быть оставлен в стационаре до решения суда.
- 3) госпитализированный может быть оставлен в стационаре против его желания на срок не более 30 дней.

4) госпитализированный может быть переведён в другой психиатрический стационар в недобровольном порядке.

5) госпитализированный подлежит немедленной выписке в случаях, когда он не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре

Задание #24

Вопрос:

Постановление судьи об удовлетворении заявления психиатрического учреждения о госпитализации лица в недобровольном порядке:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) является окончательным и обжалованию не подлежит.
- 2) должно быть во всех случаях утверждено судом вышестоящей инстанции в десятидневный срок.
- 3) может быть обжаловано только самим лицом, помещённым в стационар.
- 4) может быть обжаловано только прокурором.
- 5) может быть обжаловано в десятидневный срок со дня вынесения самим лицом, помещённым в психиатрический стационар, его представителем, организацией, которой законом либо её уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором.

Задание #25

Вопрос:

Постановление судьи об отклонении заявления психиатрического учреждения о госпитализации лица в недобровольном порядке:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) является окончательным и обжалованию не подлежит.
- 2) должно быть во всех случаях утверждено судом вышестоящей инстанции в десятидневный срок.
- 3) может быть обжаловано в десятидневный срок со дня вынесения руководителем психиатрического учреждения или прокурором.
- 4) может быть обжаловано только прокурором.
- 5) может быть обжаловано лечащим врачом психиатрического стационара или психоневрологического диспансера.

Задание #26

Вопрос:

Лицо, помещённое в психиатрический стационар в недобровольном порядке, должно освидетельствоваться комиссией врачей-психиатров:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) однократно в течение 48 часов с момента госпитализации.
- 2) ежедневно в течение всего периода недобровольного пребывания в стационаре.
- 3) в течение 48 часов с момента госпитализации и далее не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев для решения вопроса о продлении госпитализации, а затем - не реже одного раза в шесть месяцев.
- 4) в течение 72 часов с момента госпитализации и далее еженедельно в течение первых трёх месяцев.
- 5) однократно в течение первых пяти суток с момента госпитализации.

Задание #27

Вопрос:

Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) до полного выздоровления.
- 2) до улучшения психического состояния.
- 3) только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.
- 4) только в течение одного месяца.
- 5) не более трёх месяцев.

Задание #28

Вопрос:

Для продления госпитализации в недобровольном порядке психиатрическое учреждение должно обращаться в суд:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ежемесячно.
- 2) каждые три месяца.
- 3) по истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар, а в дальнейшем - ежегодно.
- 4) каждые полгода в течение всего периода недобровольной госпитализации.
- 5) необходимости судебного решения данного вопроса Законом не предусмотрено.

Задание #29

Вопрос:

При нахождении пациента на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре могут быть ограничены его следующие права:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине.
- 2) выписывать газеты и журналы.
- 3) иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.
- 4) обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара.
- 5) подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату.

Задание #30

Вопрос:

Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только по решению суда.
- 2) только по заключению комиссии врачей-психиатров.
- 3) по личному заявлению пациента, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.
- 4) только по решению лечащего врача.
- 5) только по решению администрации психиатрического учреждения.

Задание #31

Вопрос:

Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по его личному заявлению.
- 2) по единоличному решению лечащего врача.

- 3) по письменному заявлению ближайших родственников.
- 4) по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении недобровольной госпитализации.
- 5) по решению главного врача психиатрического стационара.

Задание #32

Вопрос:

Выписка из психиатрического стационара пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по его личному заявлению.
- 2) по единоличному решению лечащего врача.
- 3) по решению комиссии врачей-психиатров.
- 4) по решению главного врача психиатрического стационара.
- 5) только по решению суда.

Задание #33

Вопрос:

Пациенту, помещённому в психиатрический стационар добровольно, при его требовании о выписке:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) не может быть отказано.
- 2) может быть отказано, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные Законом.
- 3) может быть отказано только с санкции прокурора.
- 4) может быть отказано единоличным решением лечащего врача.
- 5) может быть отказано решением главного психиатра территории.

Задание #34

Вопрос:

В случае отказа в выписке пациенту, помещённому в психиатрический стационар добровольно, вопрос его пребывания в психиатрическом стационаре решается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) судом.
- 2) прокурором.
- 3) администрацией психиатрического учреждения.
- 4) вышестоящим органом здравоохранения.
- 5) главным психиатром территории.

Ситуационные задачи

Задача 1

Больной Ц., 57 лет.

Поступил в психиатрическую больницу впервые по направлению СП, был задержан сотрудниками полиции на улице. Жалоб на состояние здоровья нет.

Анамнез со слов больного собрать в полном объеме не удастся.

Проживает один. Был единственным ребенком в семье. Рос здоровым. Закончил 10 классов общеобразовательной школы и Калининградское авиационное военное училище. Служил в армии, ушел в отставку в звании майора. В настоящее время не работает, на какие средства живет,

неизвестно. Инвалидности нет. Был женат, есть дочь, проживающая в Уфе. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Были травмы головы, протекали ли они с потерей сознания, неизвестно, но по поводу их в стационарах не лечился. Припадки, снохождение, сноговорение, энурез отрицает.

Алкоголь употребляет часто – «выпить всегда люблю». Пьет водку, вино, самогон, боярышник, о толерантности сведений нет, в состоянии абстиненции – головная боль. Похмеляется. Имеет место утрата количественного контроля. Подтвердил длительные запои. Причину настоящей госпитализации объяснить не может.

Психическое состояние: в отделение поступил в сопровождении медперсонала приемного отделения. Санитарно запущен, с педикулезом, не брит, одежда грязная. Санитарной обработке подвергался с угрозами, был гневлив, раздражителен, вечером тревожен, напряжен, озирался по сторонам, к чему-то прислушивался. Ночь спал плохо. Осмотрен в кабинете. Вошел медленно, неустойчив при ходьбе, отмечается пошатывание. Одет небрежно, волосы взлохмачены, взоровый контакт слабый, отворачивается, закрывает рот рукой. Речь невнятная, обеднена. Мимика однообразная, эпизодически неадекватно смеется. Не поздоровался. Врача принял за старую знакомую, считает, что с ней где-то отдыхал и фотографировался, предложил посмотреть фотографии. Находится в не помраченном сознании. Правильно указал паспортные данные, домашний адрес. Однако текущий год обозначил, как «2002-ой», долго раздумывал о времени года, подошел к окну, смотрел на улицу, принял решение, что – «осень». Не знает, в какой больнице находится. Противоречиво говорит, что поступил то вчера, то сегодня. Память на текущие события снижена значительно - не смог повторить правильно указанное врачом время года, текущий год, имя и отчество врача, не помнит, что ел на завтрак. Не способен датировать основные этапы своей жизни. Не знает цен на основные продукты питания, считает, что хлеб стоит – 18 коп., сахарный песок – 90 коп. Мышление по темпу замедлено, отмечается ригидность, инертность, высокая истощаемость психических процессов. Не способен прояснить причину данной госпитализации, к факту госпитализации равнодушен. Внимание малого объема, отмечаются трудности переключения. Эмоционально неустойчив, то гневлив, раздражителен, то эйфоричен, неадекватно смеется. Особенно оживляется, когда речь заходит об употреблении алкоголя. В бытовых проблемах практически не ориентируется, не знает, как приготовить суп, снять показания счетчика и где оплатить коммунальные услуги и пр. Не исключены эпизоды слуховых и зрительных галлюцинаций: говорит, что периодически «видит» умершего отца, считает, что тот от него «прячется». К состоянию не критичен.

Невролог диагностирует токсическую энцефалопатию, полинейропатию.

За время пребывания в стационаре были получены сведения от двоюродной сестры больного, которая нашла его в больнице.

Родился недоношенным. Рос крепким, здоровым. Всегда занимался спортом, в том числе парашютным. Служил в авиационных войсках техником. Общий срок службы 16,5 лет, уволен за пьянство и драку. Был дважды женат, браки расторгнуты. Имеет дочь от первого брака, с ней никогда не общался. Работал в котельной слесарем. Не работает вообще лет 5-6. Пенсии нет. Проживает один. Родители умерли. После смерти отца остались деньги, на которые он жил. До последнего года жил самостоятельно, сам решал все проблемы. Травм головы, припадков никогда не было. Не судим.

До 22 лет алкоголь не употреблял вообще. Алкоголем злоупотребляет со времени военной службы. Пьет массивно, пил систематически, сначала с отцом, затем после его смерти один. Пил самогон и аптечные настойки. Напивался допьяна. Количественный контроль утрачен, похмеляется. У наркологов не лечился, отказывался. Два года назад на похоронах отца заметила пошатывание при ходьбе, неустойчивость. Проходил лечение у невропатолога с улучшением. Состояние ухудшилось около года. Появилась невнятность речи, неустойчивость при ходьбе. Стало отмечаться снижение памяти, невпопад отвечал на вопросы, перестал за собой следить, мылся и брился с принуждением, перестал готовить пищу. В доме всё разбил и мебель, и зеркало, сломал газовую колонку, разбил балконные окна, при этом отрицал, что сделал это сам. Постоянно ждал отца, говорил, что тот скоро придет. Деньги со сберегательной книжки снимала двоюродная сестра, в руки деньги не давала, покупала и приносила продукты, готовила пищу, платила за

квартиру. Сам распоряжаться деньгами и самостоятельно решать бытовые проблемы не в состоянии. Перед поступлением двое суток не был дома, где он был, сестра не знает.

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

Задача 2

Больной Я., 38 лет.

Поступил на стационарное лечение в сопровождении сотрудников полиции в связи с неадекватным поведением.

Наследственность неотягощена. Рос и развивался, со слов, соответственно возрасту. Посещал детские дошкольные учреждения. В школу пошел с 8-ми лет, дублировал 3-ий и 4-ый классы, со слов больного из-за прогулов занятий. Закончил 9 классов, больше не учился. Служил в армии, строительных войсках, демобилизован на общих основаниях. Далее работал в основном в Москве аппаратчиком приготовления лаков и эмалей, последние 3 месяца не работает. В течение жизни тяжёлых заболеваний и травм головы не переносил. Живет с гражданской женой 8 лет, детей не имеет. Привлекался к уголовной ответственности за попытку кражи, дело прекращено в связи с примирением сторон. Привлекался к административной ответственности за несоблюдение порядка регистрации, нарушения в области дорожного движения.

Много лет злоупотребляет алкоголем, пьёт запоями по 2 недели, потом 1-2 месяца не выпивает. Все виды контроля утрачены, при обрыве алкоголизации испытывает дрожь в конечностях, кидает в жар, потливость в ладонях, нарушается сон, хочется опохмелиться, влечение к алкоголю компульсивное, рвотный рефлекс утрачен, были судороги, спит с кошмарными сновидениями. Когда больной трезвый, то спокойный, уравновешенный и добрый, когда выпивает, то становится очень возбужденным. Состоит 4 года на учете у нарколога по поводу алкогольной зависимости, на прием ходит нерегулярно, практически не принимает лекарства. В прошлом году был «закодирован» у знахарки, но затем, спустя 3 месяца возобновил прием алкоголя. Последний запой в течение 2-х недель, после отмены алкоголя нарушился сон, появились страх и тревога, наблюдался эпилептический припадок, после которого появились слуховые и зрительные галлюцинации – «видел собак, кошек», слышал голоса угрожающего характера, дома был снят с окна. Был доставлен в наркологическое отделение, назначалось активное дезинтоксикационное лечение. Около полуночи, освободившись от мер стеснения, вышел из палаты и сказал, что пошел домой, искал какой-то пропуск. Зашел в комнату медсестер и, ничего не говоря, взял нож, в ходе задержания его санитаром нанес санитару несколько ударов ножом, о том, что он нанес ножевые ранения, узнал только на следующий день, вспомнить свои действия на тот момент не мог.

При беседе с врачом через три недели был моторно спокоен, упорядочен. В не помраченном сознании. В месте, времени и собственной личности ориентирован полностью, верно. К общению не стремится, отвечает только на вопросы, без особого желания. Мышление последовательное, по темпу несколько замедлено. Обманы чувств, активного бреда не продуцирует. Фон настроения несколько снижен с оттенком недовольства и раздражительности. Антисоциальных, суицидальных, агрессивных тенденций в поведении не прослеживается. Память, интеллект не нарушены. Критика к психотическим переживаниям формальная, «да, что-то там такое слышалось и показалось, но недолго». Зависимым от алкоголя себя не считает, «ну может быть пью чуть лишку». О совершенном правонарушении говорить отказывается, не хочет вспоминать. При этом уверен, что ему ничего не грозит, так как все совершил в болезненном состоянии, будущую экспертизу считает пустой формальностью.

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

Задача № 3

Испытуемый Т., 54 лет., обвиняется в совершении квартирной кражи. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Мать повышенно эмоциональная. Испытуемый родился

от беременности, протекавшей с токсикозом первой и второй половины, в срочных родах с явлениями асфиксии закричал после проведения реанимационных мероприятий. В развитии от сверстников не отставал. Посещал детские дошкольные учреждения. В школу пошел своевременно, учился в классе с углубленным изучением математики, успевал хорошо, отношения с учителями и одноклассниками были ровными. По характеру формировался жизнерадостным, общительным, коммуникабельным, доброжелательным. После окончания 10 классов общеобразовательной школы поступил в строительный институт. В этот период стал эпизодически употреблять спиртные напитки, тогда же начал курить. Выпивал "как все", не приходило в голову отказываться. В студенческом кругу было принято отмечать употреблением спиртного все праздники и знаменательные даты. В состоянии алкогольного опьянения становился необычно веселым, хорошо себя чувствовал во время застолья, устраивал конкурсы, произносил тосты. С 3-го курса в связи с привлечением к уголовной ответственности из института был отчислен. В 1982 г. по ст.ст. 15-89 ч.1, 193, 40 был осужден на 1 год и 7 месяцев лишения свободы, в 1984 г. — по ст.ст. 146 ч.2, 263, 40 - на 10 лет и 6 месяцев лишения свободы. В 1994 г. в местах лишения свободы испытуемый вступил в брак, от которого имеет 2 детей. Освободился из заключения в 1994 г. По словам испытуемого, после освобождения он стал систематически злоупотреблять спиртными напитками. Сначала алкоголь употреблял только в компании старых приятелей, пил "за встречу", "за свободу". Примерно через год родственники стали отмечать, что только в состоянии алкогольного опьянения Т. становился "прежним": доброжелательным, играл с детьми, винился за свое невнимание перед женой. В трезвом состоянии все чаще был повышенно возбудимым, раздражительным, придирчивым по мелочам, раздражался на детей и жену а оживлялся и становился повышенно говорливым только при разговорах о прошлых вечеринках и при обсуждении будущих приемов гостей. После работы стремился во двор, где общался с новыми знакомыми, употреблял с ними спиртное. На следующий день по утрам самочувствие было хорошим, на работе каких-либо трудностей в связи с тем, что накануне употреблял спиртное, не отмечалось. Практически ежедневное употребление спиртных напитков не мешало удовлетворительному исполнению служебных обязанностей. Примерно с 1997 г. перешел на употребление только крепких спиртных напитков, за вечер мог выпить до одного литра водки, при этом всегда возвращался домой самостоятельно, хоть и неуверенно, но держался на ногах, речь была с заметной дизартрией, но всегда понятная окружающим. С увеличением частоты употребления и дозы алкоголя стал на следующее утро чувствовать себя плохо: отмечались дрожь тела и тремор пальцев рук, шаткая походка, тошнота, головные боли, повышенная потливость, тахикардия, сухость во рту, снижение аппетита, чувство физического дискомфорта в мышцах рук и ног, сниженное настроение, внутренняя напряженность, беспокойство, тревога. После перенесенной в состоянии алкогольного опьянения травмы головы с кратковременной потерей сознания стал быстрее пьянеть, забывать периоды опьянения, для облегчения состояния похмелья стал употреблять небольшие дозы спиртного, повторный прием которых приводил к состоянию выраженного опьянения. Стал прогуливать, за это получал замечания и выговоры от начальства. Часто не ночевал дома. В 2001 г. в состоянии алкогольного опьянения на фоне неприятностей на работе и в семье совершил суицидальную попытку, по поводу которой лечился в психиатрической больнице. В период стационарирования жаловался на отвлекаемость внимания, трудность сосредоточения, постоянное чувство тревоги и ожидание неопределенной беды. После лечения в психиатрической больнице продолжал злоупотреблять алкоголем, но периодически, по 3-4 месяца, вел трезвый образ жизни, затем снова начинались длительные запои. Вне состояния опьянения и абстиненции отмечалась повышенная утомляемость. Ухудшились взаимоотношения с женой. Воровал деньги у жены и родных. Стал грубым, нетерпимым к жене и близким. Проявлял в отношении них черствость, холодность и даже жестокость. Стал неразборчив в сексуальных связях. Заводил случайные знакомства с целью получения спиртных напитков. На работе предупредили об увольнении и потребовали пройти лечения от алкоголизма. Жена также потребовала этого. Был госпитализирован в наркологический стационар. В психическом статусе отмечались многословность, неадекватная ситуации самоуверенность, торпидность мышления, повышенная отвлекаемость, снижение механической памяти, эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражительность, некритическое отношение к злоупотреблению спиртными напитками с

попыткой объяснить пьянство ситуационными обстоятельствами и предвзятостью к нему окружающих. Суждения были несколько уплощенными, циничными, отмечались плоские шутки. Не считал себя больным алкоголизмом, хотел только "подлечить память, сердце, печень" С трудом представлял исключение алкоголя из своей жизни. При осмотре отмечались сухой, обложенный серым налетом язык умеренная болезненность при пальпации в правом подреберье и мезогастрии, некоторое увеличение печени. Было проведено медикаментозное и психотерапевтическое лечение алкогольной болезни. Однако уже через две недели после выписки из больницы Т. вновь стал злоупотреблять спиртными напитками, по утрам в связи с тяжелым похмельным состоянием употреблял небольшое количество спиртного. Прием алкоголя купировал тремор рук, улучшалось физическое самочувствие, мог работать. Однако вскоре утренний прием спиртных напитков не ограничивался небольшими дозами, развивалось состояние алкогольного опьянения с шаткостью походки, неточностью движений, дизартрией. На работу приходил уже в состоянии алкогольного опьянения. Жена пыталась отбирать у него деньги, запирала по утрам дома, не отпускала его на работу. В декабре 2005 г., когда жена ушла на работу, вылез через окно из квартиры. Перебрался через балкон в соседнюю квартиру и совершил кражу магнитофона, телевизора, женских украшений и денег на общую сумму около 20 тыс.рублей. Похищенные вещи продал случайным лицам, на вырученные деньги купил несколько бутылок водки, которые в течение дня выпил со случайными лицами на улице. В тот же день был задержан сотрудниками милиции и привлечен к уголовной ответственности.

При обследовании выявлено следующее. **Соматическое состояние.** Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Язык обложен коричневым налетом, суховат. Губы сухие. Лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС=102 в мин. АД 150\110 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов, одышки нет. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье и мезогастрии. Печень пальпируется у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены. Неврологическое состояние. Умеренная сглаженность правой носогубной складки, симптом Маринеско слева, периостальные и сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей оживлены, с расширением рефлексогенных зон, без убедительной разницы, брюшные рефлексы вялые, быстро истощаются. В позе Ромберга неустойчив, при ходьбе по прямой линии шатается. Мелкий ритмический тремор пальцев вытянутых рук. Гипергидроз ладоней, стоп, подмышечных впадин. Менингеальных знаков нет. Стойкий красный дермографизм. Результаты общего анализа крови и мочи в пределах нормы. Реакция Вассермана отрицательная. Рентгенологически со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено. При ЭЭГ-исследовании выявлено снижение амплитуды альфа-волн в покое и при воздействии внешних раздражителей. **Психическое состояние.** На вопросы отвечает подробно многословно. Держится самоуверенно, несколько покровительственно. В то же время по несколько раз переспрашивает заданный ему вопрос. Охотно рассказывает о своей профессиональной деятельности, семье. Бравирует сексуальными успехами. Фон настроения несколько приподнятый. О злоупотреблении алкоголем говорит скупно, оправдывает употребление алкоголя тем, что "какое же мероприятие обходится без рюмочки", что алкоголь расслабляет его, облегчает общение, позволяет легко на улице знакомиться с женщинами. Считает, что в состоянии алкогольного опьянения становится для них более привлекательным за счет своей разговорчивости и общительности. Неохотно и больше формально соглашается, что систематическое злоупотребление алкоголем с годами стало мешать работе, стал больше уставать, часто был вялым, бездеятельным, так как трудно стало сосредоточиться. Заметил, что стал более забывчивым, иногда не мог вспомнить имен своих старых приятелей. Отмечает, что последние годы стал раздражительным, конфликтным, обидчивым, так как считал, что его незаслуженно притесняют на работе и дома, придираются, все время "принюхиваются". Формально рассказывает об инкриминируемом ему деянии. Не отрицает совершение кражи, но тут же горячо оправдывается, обвиняет жену в том, что он "плохо" себя чувствовал, "сердце стучало, всего ломало, на душе была тоска и пустота". Суждения несколько уплощенные, с цинизмом, плоскими шутками. Не считает себя больным алкоголизмом, считает, что у жены "первый муж был алкоголик", Поэтому она и к нему так

предвзято относится. Считает, что при возмещении соседям материального ущерба уголовное дело будет прекращено.

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

Задача № 4.

Пациент X., 56 лет, инженер по ремонту медицинской техники. Родился в срок после нормально протекавшей беременности единственным ребенком в полной семье. Восходящая наследственность психическими заболеваниями и зависимостью от психоактивных веществ не отягощена, но сын больного страдает параноидной шизофренией, а дочь психически здорова.

Отец больного, по профессии музыкант, алкоголем не злоупотреблял. По характеру был замкнутым, малообщительным человеком, любил пофилософствовать на отвлеченные темы, мало интересовался окружающей действительностью и семейными заботами - жил музыкой. Иногда он мог вспылить, разгневаться, отстаивая свою точку зрения по поводу того или иного музыкального произведения, но через некоторое время успокаивался, становился холодным, несколько надменным погруженным в свои размышления. Мать по отношению к сыну вела себя властно, требовательно, порой излишне жестко, уделяла мало внимания его воспитанию. Любила произвести впечатление на окружающих, быть в центре внимания, не стесняясь приукрасить себя. Часто посещала различные светские мероприятия, на которых иногда завязывались скоротечные романы, о которых становилось известно и сыну.

Больной с раннего возраста отличался некоторой замкнутостью, нерешительностью, "кротостью нрава". Был добросовестным, аккуратным, прилежно учился. Практически все свободное время уделял чтению литературы и занятиям механикой и радиоэлектроникой. Не любил шумные кампании, вечеринки, но сознательно не избегал их. Обнаруживал отсутствие сопереживания, а также непонимание, почему люди поступают так, а не иначе. Близких друзей не имел, был один приятель, с которым вместе занимались радиоэлектроникой. В подростковом возрасте часто фантазировал в одиночестве, представлял себе различные благоприятные для него события, "грелся мечтами".

В школе учился на "хорошо" и "отлично", но в институт не стал поступать, окончил училище по специальности техник-механик. Амбициозных устремлений не имел, к карьерному росту не стремился. С 18 до 20 лет проходил срочную службу в армии. Взысканий по службе не имел, был уволен в запас на общих основаниях. Начал работать техником-ремонтником. В 21 год женился, так как нашел "женщину-друга", с которой можно было поговорить, "поделиться наболевшим". Отношения первого года супружества расценивались больным как "прекрасные" - жена понимала его переживания, выслушивала рассуждения на ту или иную тему. Через год взаимные чувства охладели, стали возникать скандалы по пустякам, жена начала раздражать, иногда до такой степени, что хотелось ее ударить. Когда родились дети, поначалу интересовался ими, проводил с ними все свободное время.

С 25 лет начал употреблять алкоголь примерно 1 раз в неделю, пил сухое вино по 0,3-0,5 л. В состоянии опьянения был спокоен, настроение повышалось, общение облегчалось, течение мыслей становилось более плавным, приятным. В 27-28 лет стремление к состоянию алкогольного опьянения появлялась после скандалов с женой. Наутро продолжать употребление алкогольных напитков не хотелось, самочувствие было хорошим.

С 35 лет стал ощущать дискомфорт в области эпигастрия, боли за грудиной. Около года настойчиво у разных специалистов, пытаясь выяснить причины недомогания. Многочисленные обследования не выявили патологии, а один из врачей посоветовал обратиться к психиатру. По назначению психиатра в течение последующих полутора лет принимал ежедневно amitriptilin по 75 мг и трифтазин - по 5 мг, еженедельно посещал сеансы психоанализа. В результате психотерапии пришел к выводу, что проблемы со здоровьем возникли из-за сложных взаимоотношений с женой и что надо изменить жизнь". Нашел любовницу, с которой поддерживает близкие отношения до настоящего времени. В это время

чувствовал себя очень хорошо, был активен, жизнерадостен, в течение полугода были практически постоянно повышенное настроение, бодрость, активность.

С 38 лет впервые появились периоды сниженного настроения. Постепенно в течение 2-3 недель нарастало ощущение тяжести в голове, затем усиливались беспокойство, неусидчивость. Х. становился угрюмым, необщительным, чувствовал тревожность и раздражительность. В дальнейшем усилилось неприятие как жены, так и своей матери; он молчаливо противодействовал их требованиям. Постепенно пациент становился более раздражителен, любое замечание в свой адрес расценивал как оскорбление, в семье не утихали скандалы, сопровождавшиеся оскорблениями, упреками. С утяжелением состояния появлялась некая отрешенность от мира, больной замыкался, переставал реагировать на упреки в свой адрес. Внимание становилось рассеянным. Возникла апатия, пропадал аппетит, мысли текли медленно, носили тоскливый характер, в голове ощущалась "свинцовая тяжесть", появлялся "страх в сердце", который будто "физически ощущался". В это время Х. сутками лежал в постели, не выходил из дома, практически не общался с близкими. Такое состояние продолжалось около двух недель. Постепенно "тяжесть головы отступала" сама по себе, появлялся аппетит, восстанавливалась способность мыслить, настроение улучшалось. Х. становился более общительным, активным, выходил на работу. С 38 до 40 лет у него прошло 4 таких периода.

К 40 годам Х. обнаружил, что прием алкоголя при появлении первых признаков "депрессии" приводил к облегчению со стояния. При тревоге или снижении настроения начинал пить водку (до 200-300 мл в сутки), после чего становился спокойнее, улучшалось настроение, снижалась агрессивность, реже возникали скандалы. В те периоды (около полугода), когда настроение у Х. было хорошим, алкогольные напитки он практически не употреблял.

С 45 лет злоупотребление алкоголем приняло стереотипный, насильственный характер. По мере снижения настроения сама собою появлялась мысль: "А почему бы не выпить?". Около двух суток больной пытался с ней справиться, вспоминая подробности предыдущих периодов злоупотребления алкоголем и отговаривая самого себя от пьянства. Постепенно желание выпить стремительно нарастало, полностью подчиняло себе, вытесняя все иные мысли и побуждения. Мысли о работе, семье, своем здоровье исчезали, Х. покупал первую бутылку водки, и начинался запой. В последующие дни он проводил время лежа дома в полудреме на неприбранной постели, выпивал ежедневно до 1 л водки в сутки дробными дозами, почти ничего не ел, на улицу выходил только за спиртным. Сон становился поверхностным, коротким, по 2-3 часа, т.к. больной спал только в состоянии сильного опьянения, а при протрезвлении и ухудшении физического состояния снова был вынужден употреблять алкогольные напитки и днем, и ночью. В такие периоды был совершенно равнодушен к тому, что происходило вокруг, производил впечатление человека, отрешенного от мира, хотя знал, где находился, понимал, кто перед ним. Такое состояние продолжалось около двух недель (в 45-50 лет). Затем самопроизвольно настроение больного улучшалось, повышалась активность, постепенно снижалось и влечение к алкоголю. По окончании пьянства в течение 4-5 последующих суток Х. чувствовал выраженную физическую слабость, с трудом ходил, испытывал головную боль, выглядел сильно похудевшим, бледным, неопрятным. Постепенно появлялся аппетит, нормализовался ночной сон. Тремора тела, рук, как правило, не бывало. События, произошедшие в течение запоя, Х. помнил фрагментарно. По выходе из запоя он был спокоен, начинал по мере необходимости общаться с окружающими, появлялся интерес к происходящему вокруг. В последние 2-3 года отметил, что самостоятельно из запоя выйти не может, поступал в стационар на короткие курсы лечения. За 4 последних года наблюдалось удлинение запоев от полутора до трех недель, а перерывы между ними сократились с шести месяцев до трех и даже до полутора (в 2006 г. на лечение поступал четыре раза). За последние 5 лет начал меняться по характеру: стал жить один в отдельной квартире, перестал интересоваться детьми; больного сына, находящегося в психоневрологическом интернате, не посещал вовсе. Друзей и приятелей не имел, пил в одиночестве. Работать, тем не менее, продолжал, с обязанностями, будучи трезвым, справлялся.

В стационар поступил для прерывания очередного запоя. Последний раз пил водку за 2 дня до поступления. На беседу с врачом пришел самостоятельно. Внешне неопрятен, небрит,

волосы взлохмачены, пижама полурасстегнута. В кабинет вошел самостоятельно, шаркающей походкой. В месте, времени, собственной личности ориентирован верно. Продуктивному контакту доступен. В беседу вступает неохотно, замкнут, на четко поставленные вопросы отвечает по существу, односложно. Мимика обеднена, но адекватна содержанию беседы. При поступлении вял, усидчив, больше из-за общей слабости. Сидит, опустив руки на колени, склонив голову, устремив взгляд в пол, позы не меняет. Речь негромкая, обычного темпа, словарный запас богатый. Сведения о себе сообщает последовательно. Во время беседы постепенно оживляется, с удовольствием рассказывает о своей личной жизни, гордится тем, что имеет жену и любовницу, хотя со слов родственников, последние годы живет преимущественно один в отдельной квартире, иногда несколько дней никому не звонит, ведет уединенный образ жизни. Рассказывает, что на работе считается человеком покладистым, учтивым, вежливым, работающим. Приятельских отношений ни с кем не поддерживает. Себя считает исполнительным, но безынициативным, что мешает ему продвигаться по карьерной лестнице.

В отделение Х. поступил с твердым намерением максимально долго воздерживаться от алкоголя. Критика к заболеванию у него, тем не менее, снижена, что сочетается с общей не критичностью к себе. Так, он полагает, что пьянство никоим образом не отразилось на его служебном положении, хотя уже стоит вопрос об его увольнении. Алкоголизм у себя признает только из-за того, что у него "бывают запои".

В отделении целыми днями бродил по коридору в одиночестве. В разговорах пациентов практически не участвовал, общался только по бытовым вопросам, предпочитая чтение книг или уединенные размышления. Сам инициативы в общении с врачом не проявлял, но в процессе беседы становился словоохотлив, активно делился своими переживаниями. В неврологическом статусе: реакция зрачков на свет слегка ослаблена, S=D. Нистагм отмечается при крайних отведениях глазных яблок. Сухожильные рефлексы нижних конечностей симметрично снижены.

Заключение психолога. Испытуемого можно отнести к интроверсивному типу личности, где базальными качествами выступают высокая сензитивность, сентиментальность в восприятии внешнего мира, трудности в принятии решений. Приоритетной является ориентация на собственные желания, отмечается пренебрежение социальными нормами с выраженной острой реакцией на угрозу, неуверенностью в собственных силах, сдержанностью в проявлении собственных чувств. По особенностям динамики эмоциональных переживаний на первый план выступают холодность и формальность в контактах, отчужденность от окружающих, отсутствие интуитивного понимания окружающих и трудности анализа мотивов поведения окружающих, подозрительность, настороженность. Выражены доминантность, игнорирование авторитетов, нонконформизм. Имеет место высокая тревожность, которая может проявляться в низкой приспособляемости к действительности, вплоть до дезорганизации деятельности. При этом выражены эмоциональная неустойчивость, неспособность контролировать эмоции и импульсивные влечения и проявлять их социально допустимой форме, отсутствие чувства ответственности, уклонение от реальности.

Был проведен курс дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии, назначались также седативно-снотворные средства в умеренных дозировках. К концу первой недели лечения настроение у больного улучшилось без назначения антидепрессивных лекарств, влечение к алкоголю отсутствовало. Было рекомендовано при первых признаках снижения настроения обращаться к психиатру-наркологу для назначения адекватной терапии (нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсантов).

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

Задача № 5.

Подэкспертный Д., 1959 г. р., обвиняется в покушениях на совершение насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних. О нем известно, что отец его был инвалидом II группы по психическому заболеванию, злоупотреблял алкоголем, предпринимал суицидальные попытки, объясняя, что "жить скучно". Мать "тоже любила выпить",

"вроде лежала" в ПБ, после смерти мужа "видела, как тот приходил и стоял у калитки, стучался в окно", а "когда стала его прогонять, растаял в воздухе". В 4-5 лет испытуемый выпил оставленную на столе бутылку вина, после чего "упал с печки, Ударился головой". Воспитывался религиозной бабкой, она рассказывала про "тот свет, вечную жизнь, царствие небесное". В детстве боялся темноты. В 5-6 лет девочка постарше показывала ему гениталии, до 9-10 лет мылся с сестрой и матерью, интереса к половым различиям не испытывал и о них не задумывался. В 7 лет пошел в школу, учился посредственно, особенно трудно давались точные науки, предпочитал историю. Среди сверстников адаптировался удовлетворительно, был "тихим, немного замкнутым", агрессии по отношению к девочкам не проявлял. Любил читать "о приключениях", "фантастику". В школьном возрасте дважды "убегал из дома и просто гулял", возвращался в течение суток. Только в 14 лет "от девочек" узнал о вопросах деторождения, половых отношениях, а позднее сверстники научили мастурбации. В 7 классе "влюбился" в 24-летнюю классную руководительницу, позднее мастурбировал ежедневно по 2-3 раза, представляя половые акты с ней. С 16 лет - ночные поллюции. После 10 класса безуспешно пытался поступить в "летное училище", то "подавал документы на машиниста электровоза", то сдавал экзамены в медицинский институт. Устроился на радиозавод, освоил специальности слесаря и токаря. Около года по 2-3 раза в неделю встречался с 20-летней замужней женщиной, совершали по 1-2 половых акта в "классической" форме. В 17 лет начал курить, употреблять спиртное - до 0,5 л красного вина, от чего улучшалось настроение, усиливалось сексуальное влечение. В 18 лет был признан годным к строевой службе, хотел служить, но, заснув в состоянии опьянения на улице, отморозил пальцы стоп, затем их ампутировали. Переживал, что не может служить в армии. В 19 лет в состоянии опьянения "беспричинно" пытался повеситься, потеряв сознание, был спасен другом. С 20 лет путешествовал по СССР - "хотелось чего-то яркого, необычного, интересного, мир посмотреть", работал преимущественно токарем на заводах. Полгода посещал курсы для поступления в авиационный институт, но бросил, так как "было трудно, понимал плохо". С 20 до 27 лет эпизодически вступал в гетеросексуальные половые связи, мастурбировал по 2-3 раза в неделю с фантазиями того же содержания. С 25 лет систематически употреблял крепкие алкогольные напитки в компании сотрудников, толерантность постепенно возросла до 750 г водки в день, менял "молочные талоны" на спирт. Выпивал, "когда были деньги", сформировался абстинентный синдром с апатией, вялостью, сердцебиением. С 28 лет ухаживал за будущей женой (26 лет), а в 30 лет оформил брак. В первые месяцы супружества половая жизнь была ежедневной и эксцессивной, затем - 2-3 раза в неделю. Поначалу заботился о жене, хотел ребенка. Несмотря на продолжавшуюся алкоголизацию, работал. В 1994 г. жена забеременела, на поздних сроках произошел выкидыш, после чего "смирился с тем, что ребенка не будет". С того времени ежедневно употреблял спиртное, пил запоями. В 1995 г. в состоянии опьянения вел себя неадекватно, был агрессивен по отношению к жене, та вызвала "скорую", в больнице "сделали какие-то уколы", от госпитализации отказался. С 1995 г. жена проживала отдельно, изредка "оставалась ночевать" у него. Во время ее визитов пытался вступить в половую связь, но эрекция "быстро пропадала". В 1997 г. официально развелись. Жена упрекала его: "из-за пьянства стал импотентом". Прекратив регулярную половую жизнь, мастурбировал для "снятия напряжения", когда "наплывали" сексуальные фантазии. Безуспешно пытался "завязать отношения" с женщинами, для чего даже стал посещать церковь баптистов-евангелистов, где их было много. С 1997 г. менял места работы в связи с прогулами, алкоголизацией, с 2000 г. постоянно не работал. Последние 3 года из-за нехватки денег употреблял спиртосодержащие парфюмерные жидкости, толерантность снизилась до "1 флакона в сутки". Несмотря на небольшое количество алкоголя, выпитого накануне, "по утрам вставал пьяненький, с эйфорией". Пил в одиночестве, ради покупки спиртного собирал бутылки, посещал церковь, где "помогали продуктами". После развода лишь однократно вступал в половую связь со случайной партнершей, после совместного распития спиртного. До последнего времени онанировал приблизительно один раз в неделю, представлял "красивых девушек из церкви". Как следует из материалов уголовного дела, с начала сентября 2005 г. Д. совершил ряд нападений на несовершеннолетних. Согласно показаниям 14-летнего Л., 22.12.2005 г. в подъезд его дома вместе с ним зашел Д., "бомжеватого" вида, одетый в изношенные вещи, с "заросшим" лицом и пакетом с бутылками в руках. На лестничной

площадке первого этажа испытуемый схватил Л. руками за лицо, поцеловал в щеку, навалился всем телом, отчего тот потерял равновесие и упал. Д. лег сверху, пытался целовать в губы, от него пахло "перегаром", он совершал движения тазом вверх-вниз, терся о колено потерпевшего, сжимал рукой его ягодицы, гладил тело, шептал, что хочет совершить с ним акт мужеложества, и попытался снять с него штаны. Когда Л. закричал, подэкспертный пригрозил, что "пырнет" ножом, велел снимать штаны, давил рукой в подреберье, "изображая, что у него в руке нож". Л. чувствовал, что в руках у Д. ничего нет, надавил ему пальцами на глаза, тот прошептал: "Все, все, все" и "откатился", после чего убежал. Из показаний 16-летней М. следует, что 27.12.2005 г. около 14 часов за ней в подъезд зашел Д., который выглядел, как "бомж", оставил в тамбуре подъезда три объемных полиэтиленовых пакета, сзади взял ее рукой за плечо, притянул лицом к себе и попытался поцеловать, М. при этом укусила его за нижнюю губу "до крови". Она оказалась на полу, Д. лег сверху, пытался расстегнуть ее джинсы, хватал руками за ягодицы; когда М. закричала, он велел "заткнуться" и пригрозил в нее "брызнуть кислотой". Подэкспертный пытался снять с М. джинсы, требовал "подставить зад", закрывал ей рот ладонью. Укусила его руку и закричала еще громче, он трижды ударил ее по лицу кулаком, снова пытался снять с нее джинсы. Связкой ключей М. разбила ему голову "в кровь". Услышав чьи-то шаги, Д. стал медленно, оглядываясь, подниматься по лестнице навстречу шагам. 28.12.2005 г. по подозрению в совершении нападения на Л. и М. был задержан Д., который пояснил, что если бы не арест, то в тот день снова совершил бы попытку изнасилования, так как "уже заметил" девушку и следил за ней. На допросах 3 и 6.01.2006 г. Д. показал, что перед нападением на Л. "какие-то голоса в голове" говорили: "Иди за ним, поцелуй его", после чего вошел в подъезд, притянул к себе потерпевшего и поцеловал, тот "стал тыкать пальцами" ему в глаза, поэтому отпустил его. Пояснял, что насиловать Л. и М. не хотел, "просто выполнял приказ какого-то голоса, чтобы поцеловать" их, свои предыдущие показания отрицал; почему ранее сообщал такие сведения, не знает. Из показаний свидетеля В., 1961 г. р., (проживавшего с подэкспертным): знает Д. со школьных лет, с мая 2005 г. проживал в его квартире, приносил продукты, так как тот не работал, последние 2-3 года собирал бутылки и продукты в мусорных контейнерах. Д. злоупотреблял спиртным, пил в основном спиртосодержащие жидкости, в том числе одеколон. В последнее время Д. неоднократно предлагал вступить с ним в половую связь, В. отказывал. Испытуемый много лет ходил в "церковь баптистов", где ему нравилось, так как церковь посещало много молодых женщин, а Д. "все мечтал жениться". 26 и 27.12.2005 г. подэкспертный, находясь в состоянии алкогольного опьянения, рассказывал, что в подъезде целовался с каким-то мальчиком и девочкой, которая ласкала ему половой член. Из показаний свидетеля Т., 1971 г. р.: в 1997-1998 гг. испытуемый был нормальным, разговорчивым, уравновешенным, но уже "пил запоями". Опьянев, испытуемый становился раскованным, болтливым, мог соврать, оскорбить окружающих, был "каким-то дурным и странным". По поведению и словам Д. было заметно, что у того проблемы на сексуальной почве. Подэкспертный собирался купить "какую-то куклу для занятий с ней сексом", рассказывал о своих "сексуальных похождениях" и о том, что "общался с сатаной, который побуждал его сделать что-то плохое". В 2003—2004 гг. Д. рассказывал о своих фантазиях об изнасиловании, ему нравились эротические и фантастические фильмы с сюжетом вооруженного захвата планет или войн. В последнее время Д. не мог досмотреть эротический фильм до конца, порывался уйти на улицу, чтобы осуществить свои желания. Из показаний бывшей жены Д.: возможно, муж начал злоупотреблять спиртным с 1994 г., так как хотел иметь детей, а их не было.

При настоящем обследовании выявлено следующее. *Соматическое состояние.* На левом предплечье давний рубец от самопореза. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. *Неврологическое состояние.* Асимметрия лицевого черепа, конвергенция ослаблена, девиация языка вправо. Сухожильные и периостальные рефлексы рук и ног оживлены, ахилловы и брюшные - резко снижены. В позе Ромберга неустойчив. На ЭЭГ нерезкие диффузные изменения электрической активности головного мозга с проявлениями дисфункции неспецифических срединных структур по типу снижения тонуса активирующих мозговых систем с вовлечением медиобазальных отделов височной доли, перемежающейся межполушарной асимметрией. Заключение невролога: "Хроническая цереброваскулярная недостаточность (ДЭП I-II ст.) сложного генеза (сосудистого и токсического) - атеросклероз сосудов головного мозга на фоне

хронической алкогольной интоксикации". *Психическое состояние.* Подэкспертный насторожен, на вопросы отвечает тихо, односложно, мельком поглядывая на врача. Привыкнув к ситуации, держится свободнее, охотно беседует. Мимика обеднена, маловыразительна, в целом адекватна обсуждаемым темам. При изложении анамнестических сведений часто ссылается на забывание, путается в датировке событий. Многословно, крайне обстоятельно рассказывает о том, что в последние 3 года "мысленно общается" со "слугами сатаны", с трудом переключается на другие темы, быстро теряя интерес к беседе. Рассказывает, что около 7 лет назад, через 3-4 дня после прекращения алкоголизации, "слышал шум в голове, будто включили радио - в голове была какофония, песни какие-то, громкие грубые женские голоса, обрывки фраз", что напугало, почувствовал, что "сходит с ума", что "кто-то хочет убить" его. Сообщает, что из-за этого "ходил по дому с топором, убежал в лес", при этом "в голове кто-то громко орал", "видел людей в масках", лежавших "по краям дороги". Рассказывает, что позднее вновь "в похмелье после запоя" услышал, как где-то в доме "играет радио", на что его знакомый "посмеялся" и сказал, что у него "начинается белая горячка, в доме тихо". Сообщает, что тогда при закрытых глазах "видел" мелькающие "как мультфильмы" "цветные картинки", решил: "это само пройдет", что и произошло несколько часов спустя. Отмечает, что в последние годы "шум в голове" периодически возобновлялся через 2-3 дня по окончании запоя, что проходило само", уже не боялся и не думал, почему "такое сходит". Дополняет, что около трех лет назад ночью не спал, "услышал в голове мужские голоса", объяснившие, что "теперь будет работать мысленный передатчик", а "они – слуги сатаны, давно следили" за ним и "теперь всегда будут изучать его». Сообщает, что утром, не обнаружив передатчик, понял что "это - телепатия". Поясняет, что спустя 2-3 дня "голоса" возобновились, "прослушивали мозг, отвечали мысленно на мысли, рассказывали о том, что они (голоса) - тени солдат, погибших в Афганистане, вышедшие из тела... что на земле существует параллельная цивилизация, созданная тенями, освободившимися из тел людей еще в первобытное время, которые и создали царствие небесное и небесного отца... что наша религия - это все сказки". Из сумбурных объяснений подэкспертного следует, что мужские "голоса звучали в голове как настоящие", отсутствовали в состоянии опьянения, принадлежали "Алькаиде - слугам дьявола" и "солдатам Афганистана, служащим Богу"; "разговаривал с ними мысленно, понимал, что они слышат, потому что они отвечали на мысли". Уверяет, что "слуги сатаны объяснили", что он "фармазон - редкий человек, обладает хорошим воображением и много знает про этот мир", "они" нашли в его голове "важные воспоминания". Рассказывает, что вначале тяготился "голосами" - те "заставляли уверовать в сатану и служить Алькаиде; пугали, угрожали отрезать руки и ноги; пытали - открыли ногу и вытаскивали что-то белое", при этом чувствовал сильную боль; "в ухо запускали мышей, которые шли внутрь, в низ живота", вызывая мучительные ощущения. Отмечает, что подобное возникало после предупреждений "голосов" о том, что "будут мучить". Сообщает, что если отказывался выполнять то, что "просили голоса, они вызывали слезы, резали ноги", а однажды "голоса жутко зашумели, все в доме ходило ходуном, кричали в уши: блефуй, блефуй, все равно мы тебя не оставим". Поясняет, что "голоса путали и мучили только вначале", в последующем "перестал бояться, понял, что они ничего сделать не могут, только пугают". Упоминает о том, что "Бог и сатана боролись" за него, "сатана сулил подарки, четырех красивых девушек-рабынь, обещал наделить необычными способностями"; например, "сатана сказал", что он (подэкспертный) "может превращать воду в спирт", после чего "сконцентрировался и превратил" - выпив воду, ощутил "внутри тепло, жжение, запьянел". Вспоминает, что в январе 2005 г. после нескольких дней алкоголизации в дневное время "увидел перед собой светящийся диск, из которого брызгал свет, а в центре была темная фигура - сатана, по краям просвечивали руки и ноги" понял, что "там какие-то люди, наверное, тени солдат". Уверяет, что "тени" оказались в комнате, чувствовал их прикосновения к ногам, "отмахивался от них полотенцем", они "мысленно разговаривали" с ним, "звали скорей выходить из тела", обещали, что ему "будет хорошо и легко". Под влиянием "голосов теней" порезал вены, очнулся "в луже крови", испугался, но "голоса сразу объяснили, что будут лечить", затем, чувствуя "жжение" в области раны, понимал, что "это солдаты лечат". Рассказывает, что некоторое время спустя, гуляя по лесу, "почувствовал, что кто-то пережимает сонную артерию", от чего "стало хорошо, как бы засыпал, увидел черный образ с крыльями и горящими глазами, понял, что

сатана показывает свой образ... знал, что это видение, потому что: маленько просвечивало, да и не в первый раз уже было". Упоминает о том, что "Бог подключал к раю, говорил, что нужно посадить в живот ребенка, который будет его (Бога) сыном". Пояснял, что "солдаты Бога" осуждали его за алкоголизацию. Рассказывает, что летом 2005 г. "ходил по улице с сопровождающими, их голоса говорили, что они рядом, но смотрят на мир его (подэкспертного) глазами". Уточняет, что "сопровождающие были какие-то сексуальные - просили смотреть на красивых девушек, говорили, что ночью вынут их из собственных тел так, что те ничего не почувствуют, и будут заниматься с ними любовью, обещали прислать" и ему одну девушку. Оживляясь, говорит, что "мысленно звал девушек из рая, и они приходили", чувствовал их "ласковые прикосновения", возникала эрекция. Описывает, как "тени показывали образ машины, из которой вышли прозрачные силуэты мужчин и женщин, они занимались сексом". Упоминает о том, что в церкви "сопровождающие просили смотреть на девушек, прикасались к ним", понимал, что "тени ласкают девушек - те странно оглядывались, будто их трогают". Отмечает, что "голоса" знали его мысли, комментировали их, но никогда не управляли мыслями или действиями, лишь "иногда просили что-нибудь сделать". Сообщает, что в последнее время "говорят тихонечко, обещают, что не оставят в беде, просят быстрее выходить из тела - перерезать артерию". "Голосами" не тяготится, говорит: "жил с ними нормально", "только сначала думал, что все это кажется, а теперь знаю, что все это есть". Отличает "голоса теней в голове" от окликов по имени, отдельных фраз в свой адрес, которые порой "слышал со стороны. При расспросах об устройстве "параллельного мира" заинтересованности не проявляет, ссылается на незнание. Полагает, что в его жизни "с молодости были подтверждения, что произойдет что-то необычное, было какое-то предчувствие". Вспоминает, как в 19 лет, пытаясь повеситься, "видел, что летит между красных деревьев, слышал голос умершего отца и одноклассника". Объясняет суицидальную попытку тем, что "было как-то скучно, все надоело, с детства была тяга к тому свету". При расспросах выясняется, что подэкспертного беспокоят головокружения при изменении положения тела, изредка - головные боли в висках; периодически возникали состояния "уже виденного". При обсуждении употребления им спиртного несколько активизируется, преуменьшает степень алкоголизации, отрицает опохмеление, палимпсесты. В то же время не скрывает, что, "попав на свободу, сразу бы выпил". Рассказывает, как фантазировал об интимных отношениях с девушками из церкви, а "голоса" говорили: "Насилуй, насилуй, насилуй их!". Поясняет, что "под насилием" понимались уже "сами такие мысли про церковных, так как про них такое думать - изнасилование". Сексуальное влечение к детям обоих полов и к мужчинам категорически отрицает. При затрагивании темы инкриминируемых ему деяний становится более напряженным. Поясняет, что при нападении на девушку был трезв, когда увидел ее, "сопровождающие сказали: погладь ее маленько", прошел было мимо, но "что-то повлекло". Категорически отрицает, что угрожал потерпевшей, "только поцеловал, а когда укусила, сразу отпустил". Полагает, что "ничего такого не сделал", считает себя здоровым в психическом и сексуальном отношении. Связывает привлечение к уголовной ответственности с "действиями сатаны, который еще несколько лет назад предупреждал, что посадят в тюрьму".

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

Задача № 6

Больная Л., 43 лет,

Живёт в районном городе, безработная. Поступила в психиатрическую больницу повторно. У ряда родственников были какие-то психические нарушения. Росла и развивалась правильно, окончила общеобразовательную школу, рано начала встречаться с мужчинами, отношения были поверхностными, вела беспорядочную половую жизнь. Родила дочь, которую воспитывали ее родители. С 16 лет начала употреблять алкоголь, употребление очень быстро стало постоянным, сформировался абстинентный синдром, выросла толерантность. Дважды лечилась у наркологов без эффекта. В состоянии алкогольного опьянения убила мужчину, два года скрывалась от милиции. В

этот период замечала милицейские машины на улице, которые следили за ней, «устала от ситуации». Была задержана, проходила СПЭ, признавалась вменяемой, 7 лет провела в местах лишения свободы, там хорошо адаптировалась, пользовалась послаблениями режима. Дважды лечилась у психиатра медсанчасти после смерти родственников. Жаловалась на усиление раздражительности, агрессивность, злобность, желание ударить кого-нибудь.

После освобождения, по её словам, прекратила употребление алкоголя, изредка пила пиво. Общалась с группой наркоманов, хотя сама наркотики не употребляла, они склоняли её к продаже квартиры. Жила вместе с дочерью. Начались конфликты. Дочь в состоянии алкогольного опьянения пригрозила больной убийством. Стала раздражительна, плохо спала, читала книги «про убийства», боялась, что «выстрелят в дверь». Сама обратилась к психиатрам с просьбой о госпитализации. В отделении рассказывала о том, что ранее замечала преследование и опасность со стороны мужчины, что это послужило причиной совершенного ею убийства. Говорила о желании самой убить дочь, чтобы «опередить её». С момента поступления была спокойна, высокомерно и пренебрежительно вела себя с больными, подчёркивала, что у неё моложавый вид, хорошая фигура. Затем призналась, что «придумала» симптоматику, чтобы уйти от конфликтной ситуации дома.

Невролог определял признаки хронической алкогольной интоксикации.

Настояла на выписке, узнав, что дочь продала вещи, собирается уезжать в Москву.

После выписки переехала в Ивановскую область, вышла замуж, за мужчину моложе себя на 24 года. Жила в его квартире и за его счёт, свою квартиру сдавала квартирантам. Не работала, была довольна жизнью. Имела 3 беременности, которые закончились абортми, около полугода нарушения менструального цикла. Полгода назад муж разорвал отношения с ней, выгнал из квартиры. Уехала к дочери, но с ней не смогла ужиться, вернулась домой, попыталась выселить квартирантов, но с ними также возник конфликт. Обратилась к психиатру с жалобами на плохое настроение, «голоса» неприятного содержания, под влиянием которых совершала нелепые поступки (поездка в Москву и обратно без цели), страх, замечаемом ею преследовании. Была повторно госпитализирована в психиатрическую больницу. В отделение поступила в пониженном настроении, первое время продолжала говорить о наличии психических расстройств, поведение не соответствовало описываемой симптоматике. В отделении пыталась лидировать, в палате командовала больными, выражала недовольство помещением в палату неприятных ей больных. Ударилась больной.

При беседе говорит, что была больна, при этом «голоса» описывает схематично, о «преследовании» говорит вскользь, мало убедительно, настроение ровное. Сказала, что за время пребывания в стационаре продумала, как ей жить дальше, планы реальны. Настроение ровное. Выразила желание продолжить лечение, просит отпустить её в длительный пробный отпуск для устройства личных дел.

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

Задача № 7.

12-летний мальчик отличался чрезмерной впечатлительностью, нерешительностью, мнительностью, обидчивостью. Ему всегда казалось, что отец предъявляет к нему слишком большие требования, несправедливо его ругает. В школе плохо справлялся с занятиями, быстро уставал, болела голова, плохо соображал. Из-за этого учился ниже своих возможностей. а отец требовал только хорошей успеваемости и обвинял сына в симуляции. Однажды отец был пьян и избил сына. Убежав из дома, мальчик сначала скрывался у бабушки, а потом на вокзале, домой был доставлен милицией. С тех пор он часто убегал из-за малейшего замечания. Иногда он бродил под окнами школы, стал всё больше отставать от программы, вскоре появились друзья с неправильным поведением, с которыми уединялись на чердаке и нюхали клей. Утром болела голова, нюхать клей не хотел, но старался не показывать свою слабость перед товарищами.

При осмотре: физически отстаёт от сверстников, бледен, пониженного питания. При беседе избегает взорового контакта, на глазах быстро появляются слёзы, особенно при упоминании конфликтов с отцом. Все виды ориентировки сохранены. Продуктивной психотической

симптоматики нет. Память без грубых нарушений. В интеллектуальной сфере отмечается педагогическая запущенность. При госпитализации в детское отделение был упорядочен, общался со сверстниками без конфликтов, был активен на занятиях у педагога. Охотно помогал персоналу.

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

Задача № 8

Семилетний мальчик с ранних лет отличался крайней возбудимостью и вспыльчивостью: если что-то делалось не по нему, он быстро обижался, дрался и старался всегда отомстить своему обидчику. Обиду помнил по 2-3 месяца. Особенно страдали от неуравновешенности ребенка его родители и бабушка, которых он терроризировал постоянно и изощренно мстил им. Во всем остальном мальчик ничем не выделялся: был физически и интеллектуально развит так же, как и сверстники, мало болел, не ушибался головой.

Когда ребёнок пошёл в школу, первое время он держался спокойно, но потом начались постоянные ссоры с одноклассниками, во время которых дрался, переставая давать себе отчёт в своих поступках. Однажды во время драки мальчик от злости стукнул одноклассника в глаз, из-за чего тот едва не ослеп. Педагоги потребовали от родителей, чтобы те проконсультировали сына у детского психиатра.

При выяснении особенностей характера у ближайших родственников пациента врач обнаружил, что у многих из них имелись точно такие же свойства личности.

При госпитализации: в отделении несдержан, упрям, требователен в исполнении своих желаний. Склонен к аффективным вспышкам. Устраивает драки, грубит персоналу. При неудачах в классе может швырнуть тетрадь, сломать ручку. Интеллект соответствует возрасту. На фоне лечения уменьшилась раздражительность, снизилась возбудимость, но нуждается в постоянном контроле за поведением и психокоррекционной работе.

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

Задача 9

Больная В., 39 лет.

Наследственностьотягощена психическим заболеванием у бабушки, которая в позднем возрасте лечилась в психиатрической больнице. Родилась в срок, раннее развитие своевременное, посещала ДДУ, в школе училась хорошо, окончила экономический факультет ИвГУ. Несколько лет работала по специальности, в дальнейшем находилась в декретном отпуске и занялась частным предпринимательством. По характеру спокойная, покладистая, мнительная. Перенесенные заболевания: в детстве болезнь почек, в настоящее время диагностирована миома матки, предложена операция. Была замужем, имеет взрослого сына 15 лет, с которым проживает совместно. Последний год с мужем не живет из-за конфликтов по поводу ведения совместного бизнеса. Спиртным не злоупотребляет.

Психическое заболевание развилось за неделю до госпитализации. В это время решила прекратить бизнес в Москве и заниматься им только в Иванове. Готовясь к отъезду из Москвы, стала испытывать тревогу, казалось, что окружающие разыгрывают перед ней какой-то спектакль, задают ей странные вопросы, пытаются что-то выяснить. Из Москвы уехала с большой суммой денег, боялась, что ее могут ограбить, казалось, что водитель ведет себя подозрительно, что за ними едут в машине бандиты, а ее телефон прослушивается. Постоянно звонила по телефону сестре, со слов сестры речь была сбивчивой, нелепой. Почувствовав жжение в теле, решила, что ее отравили, боялась, что нее СПИД, разлагаются внутренние органы, выпадают зубы. Стала обследоваться у различных специалистов. Нарастало возбуждение, была госпитализирована по «СП» в психиатрическую больницу.

В отделение приведена с принуждением, контакт формальный, говорила о преследовании и отравлении. После введения нейролептиков стала спокойнее, согласилась на лечение. В течение

нескольких дней состояние больной значительно улучшилось, она стала спокойна, поведение упорядоченное, общается с окружающими, критически оценивает пережитое психотическое состояние. Однако критика формальная, объясняет свои переживания стрессом, связанным с переездом из Москвы в Иваново. Строит реальные планы на будущее. На вопросы отвечает по существу, мышление в основном последовательное, не всегда может правильно интерпретировать переносный смысл метафорических выражений. Улавливает юмористический смысл высказываний.

При психологическом обследовании выявлены единичные соскальзывания на латентные признаки.

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

Задача 10.

Больной П., 18 лет.

Наследственность отягощена неизвестным психическим расстройством у сестры матери, другая сестра покончила жизнь самоубийством. Родился старшим ребенком в семье, с детства отличался замкнутостью, не находил общего языка со сверстниками. Не смог приспособиться к детскому саду, в школе с одноклассниками общался мало, с учителями был хороший контакт. По словам матери, его считали «умным, спокойным, замкнутым мальчиком». Учился хорошо, в младших классах был отличником. Около 4-х лет самостоятельно обучился игре на гитаре, любит «тяжелый рок», сам нигде не выступал. Поступил в университет на математический факультет, с программой первого курса не справлялся, стал пропускать занятия, был из университета отчислен. С однокурсниками отношения также не сложились, держался особняком. Дружил с девушкой, несколько месяцев назад она с ним рассталась без объяснения причин. В последние месяцы стал грустным, понизилось настроение, хуже спал и ел. Нанес себе поверхностные порезы на запястьях, после чего по инициативе матери был госпитализирован на отделение неврозов.

В отделении первое время был хмурым, держался одиноко, жаловался на плохое настроение. На фоне лечения антидепрессантами стал немного активнее, начал играть в настольные игры, общается с молодой женщиной старше себя.

При беседе вначале выглядел хмурым, мрачным, смотрел исподлобья. На нижней губе пирсинг. На вопросы отвечал односложно, затем стал несколько оживленнее. Сказал, что сейчас у него чувство душевной пустоты, потеря «смысла жизни», настроение снижено, пропал аппетит, плохо спит, хуже себя чувствует утром, к вечеру немного оживает. Отмечает вялость, нежелание чем-либо заниматься. Считает себя стеснительным, неуверенным. С подросткового возраста часто были периоды пониженного настроения разной продолжительности, во время которых считал себя неудачником, никчемным. Настоящее состояние принципиально от тех не отличается, но более продолжительно и сильно. Рассказал, что, поступив в институт, рассчитывал стать лучшим студентом, однако «программа оказалась сложнее, чем ожидал», запустил учебу сначала по нескольким предметам, потом по всем, после чего перестал ходить на занятия. За две недели до поступления в больницу получил уведомление из университета о том, что он отчислен. Хочет стать музыкантом, планирует собрать группу. Не смущается, что не знает нот, считает, что это ему не помешает. Рассказал, что в мечтах представляет себя выступающим на концертной площадке Красной Площади, испытывает при этом восторг. Неуверенно говорит, что у него, «наверное, душевное расстройство». Тяготеет больничной обстановкой, но на выписке не настаивает. Признал, что боится призыва в армию (госпитализирован во время весеннего призыва). На предплечье свежий след от ожога, объяснил, что сделал его сам, «хотел оставить след на теле». Планов на будущее не строит.

Задание:

1. Перечислите симптомы, определите ведущий синдром, поставьте диагноз (ПК-5).
2. Дайте судебно-психиатрическую оценку состояния пациента (ПК-10).

МОДУЛЬ: ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие определяется как:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) ретардация
- 2) асинхрония развития
- 3) акселерация
- 4) деградация

Задание #2

Вопрос:

Ипохондрическая тематика навязчивых страхов (нозофобия) наиболее типична

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) для дошкольного возраста
- 2) для младшего школьного возраста
- 3) для подросткового возраста
- 4) для любого возраста

Задание #3

Вопрос:

Расстройства поведения в детском и подростковом возрасте характеризуются всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) слабости самообладания, самоконтроля
- 2) частый отказ выполнять требования взрослых
- 3) частая злобность или мстительность
- 4) недостаточной способности приводить манеру своего поведения к меняющимся условиям внешней среды
- 5) эндогенных, внешне не мотивированных сдвигов

Задание #4

Вопрос:

Специфические расстройства развития школьных навыков могут проявляться всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) неспособность правильно читать и понимать прочитанное соответственно возрасту
- 2) обнажением всех основных патологических свойств личности
- 3) затруднения в арифметике с ранних стадий обучения
- 4) нормальным уровнем интеллектуального развития
- 5) затруднения в письменной грамотности с ранних стадий обучения

Задание #5

Вопрос:

В понятии об акцентуированных личностях верно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) заострения определенных черт характера, не доходящих до такой степени выраженности, как при психопатии
- 2) выраженности до степени, нарушающей социальную адаптацию
- 3) черт, которые проявляются не везде и не всегда, а только при определенных условиях
- 4) подразделения на явную и скрытую степень акцентуации
- 5) парциальности, а не тотальности охваченности личности

Задание #6

Вопрос:

Запаздывание или приостановка психического развития определяется как

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) асинхрония развития
- 2) акселерация
- 3) ретардация
- 4) деградация

Задание #7

Вопрос:

Специфические расстройства развития школьных навыков включают все перечисленное, кроме:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) нарушение навыков чтения;
- 2) расстройство спеллингования;
- 3) дискалькулию;
- 4) нарушения, связанные с интеллектуальной недостаточностью;

Задание #8

Вопрос:

Пубертатный период развития характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) функциональной неустойчивостью;
- 2) незавершенностью развития функций ВИД (высшей нервной деятельности);
- 3) незавершенностью развития сердечно-сосудистой системы;
- 4) незавершенностью развития эндокринной системы;
- 5) повышением реактивности тканей к различным факторам внешней среды.

Задание #9

Вопрос:

Среди указанных типов расстройств личности (психопатий) у подростков наиболее подвержен делинквентности:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) диссоциальный тип;
- 2) истерический тип;
- 3) гипертимный тип;
- 4) неустойчивый тип;
- 5) лабильный тип

Задание #10

Вопрос:

Ребенок 7 лет, с раннего детства чрезвычайно подвижен, постоянно бегает, крутится, пытаются куда-то забраться, часто беспокойно двигает руками или ногами и ёрзает на месте. Родители говорят, что он неспособен усидеть на месте, «как будто бы к ним прикрепили мотор». Также они отмечают беспокойство, посторонние движения во время выполнения заданий, требующих усидчивости (ёрзает на стуле, не в состоянии удержать неподвижными руки и ноги). Ребёнок «влезает» в разговор старших. Плохо выполняет задания, которые считает скучными и трудными.

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Гиперкинетическое расстройство
- 2) Мания
- 3) Тревожное расстройство

Задание #11

Вопрос:

Мальчик 10 лет. С раннего детства пассивен, вял, движения неловки, угловаты. Вполне ориентирован в окружающем, имеет достаточный запас сведений, но на вопросы отвечает неохотно, односложно. В школьных занятиях, по мнению педагога, мало продуктивен. Мышление стереотипно, он не понимает новых заданий, плохо осмысливает учебный материал. Тих, мало заметен, вял, безучастный взгляд, мало реагирует на события внешнего мира; играет обычно один: строит из кубиков поезда, бегает по двору, собирает веточки, что-то бормоча.ольшую часть времени мальчик молчалив, с детьми не общается, к взрослым не проявляет никакой привязанности.

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Шизофрения
- 2) Депрессия
- 3) Аутизм

Задание #12

Вопрос:

Мальчик 8 лет. До 5 лет был спокойным, послушным ребенком. В 5 лет впервые появились страхи (стал бояться всех насекомых), в это же время отмечена потеря речи, плохой сон, энурез. Постепенно изменилась походка, движения стали более замедленными. К концу года на фоне лечения страхи прекратились. Улучшение держалось 2 года. В настоящее время ребенок контакту малодоступен, молчалив, на вопросы почти не отвечает; речь тихая и мало выжатая; заикается. При психологическом исследовании отмечается резкое снижение интеллекта, боязливость, нерешительность, неуверенность в себе, полная неспособность сделать какое-нибудь усилие. Комбинирование сложного материала плохо дается и усваивается только после троекратного показа. С детьми не общается, разговаривает сам с собой. Внезапно смеется. Одно и то же действие повторяет много раз. Негативистичен, временами импульсивен (без всякого внешнего повода ударил больного). Окружающим не интересуется, не знает по имени никого из персонала. Заставить мальчика чем-нибудь заняться не ___удается, но сам много рисует, главным образом поезда и пароходы.

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Шизофрения
- 2) Тревожно-депрессивное расстройство
- 3) Олигофрения

Задание #13

Вопрос:

Девочка 14 лет. С детства была послушная, общительная, несколько застенчивая, впечатлительная.

С 13 лет (незадолго до первых менструаций) характер изменился: стала капризной, плаксивой, боялась идти по коридору, казалось, что кто-то ее хватает, крадется за ней. Ночью часто просыпалась, звала к себе мать. Стала упрямой, непоседливой, беспокойной. В беседе девушка напряжена, тревожна, говорит о себе: «Голова стала пустая, ни о чем не думаю, ни о настоящем, ни о будущем; мыслей нет в голове, порой кажется, что волосы дыбом становятся, что мозг цепляется за воздух, что в голове что-то постороннее копошится; голова распухшая, как после ушиба; иногда кажется, что электрический ток проходит по телу, в руках что-то шуршит, как книгу перелистывают, а между пальцами что-то положено, как подушка, а собственные руки кажутся, как палки, и совсем чужие, порой кругом все меняется, лица и предметы кажутся иными, платья на всех другие, вещи иначе окрашены, цветы потеряли свой запах».

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Шизофрения
- 2) Тревножно-депрессивное расстройство
- 3) Ипохондрическое расстройство

Задание #14

Вопрос:

Ребенок 8 лет, периодически становится чрезвычайно подвижным, многоречивым, общительным. Охотно берется за выполнение заданий но быстро отвлекается. Может неподвижно усидеть на стуле и удержать неподвижными руки и ноги, однако при этом возбужден, многоречив, охотно поет песни и читает стихи.

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Гиперкинетическое расстройство
- 2) Мания
- 3) Тревожное расстройство

Задание #15

Вопрос:

Девочка 12 лет, с детства росла застенчивой, робкой и плаксивой. В школе учится на отлично, добросовестно и старательно. После того как пришло извещение о смерти отца испытала сильное потрясение. Стала очень тревожной, тоскливой, высказывала опасения, что бабушка умрет, мать не перенесет этой потери и тогда она останется совсем одна. С тех пор стала сильно волноваться и опасаться за свое здоровье. Появился страх ездить в метро, говорила, что ей трудно там дышать, опасалась крушения. На высоте приступа резкой тревоги, плачет, уверена в том, что ее ожидает какое-то несчастье.

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Шизофрения
- 2) Реактивная депрессия
- 3) Тревножно-фобическое расстройство

Ситуационные задачи

Задача № 1

12-летний мальчик отличался чрезмерной впечатлительностью, нерешительностью, мнительностью, обидчивостью, ему всегда казалось, что отец предъявляет к нему слишком большие требования, несправедливо его ругает. В школе плохо справлялся с занятиями, быстро уставал, болела голова, плохо соображал. Из-за этого учился ниже своих возможностей. А отец требовал только хорошей успеваемости и обвинял сына в симуляции. Однажды отец был пьян и избил сына. Убежав из дома, мальчик сначала скрывался у бабушки, а потом на вокзале, домой был

доставлен милицией. С тех пор он часто убегал из-за малейшего замечания. Иногда он бродил под окнами школы, стал всё больше отставать от программы, вскоре появились друзья с неправильным поведением, с которыми уединялись на чердаке и нюхали клей. Утром болела голова, нюхать клей не хотел, но старался не показывать свою слабость перед товарищами.

При осмотре: физически отстаёт от сверстников, бледен, пониженного питания. При беседе избегает зрорового контакта, на глазах быстро появляются слёзы, особенно при упоминании конфликтов с отцом. Все виды ориентировки сохранены. Продуктивной психотической симптоматики нет. Память без грубых нарушений. В интеллектуальной сфере отмечается педагогическая запущенность. При госпитализации в детское отделение был упорядочен, общался со сверстниками без конфликтов, был активен на занятиях у педагога. Охотно помогал персоналу.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 2.

Больной Н., 17 лет. Отец страдал алкоголизмом, умер от алкогольной интоксикации. Родился здоровым, рос послушным, покладистым, уравновешенным, добрым, но легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Поступил в ПТУ, там, в возрасте 15 лет в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина. Мать сразу это заметила, принимала профилактические меры, но всё было напрасно. Вдыхал ежедневно в течении недели, потом делал перерыв на 2 дня и вновь неделями вдыхал. Занятия в ПТУ прогуливал, потому был вскоре отчислен. Находился на стационарном лечении в наркологическом отделении для подростков, оттуда сбежал через две недели, продолжал интенсивно вдыхать пары бензина, под их воздействием смотрел «мультики», общался с голосами знакомых. Через полгода вновь был госпитализирован в подростковое наркологическое отделение. Находился там два месяца. Был выписан вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении также был вял, безразличен к ситуации, незаинтересован в происходящем. Заторможен, погружён в себя. Мимика очень бедная, речь монотонная, невыразительная. Все вопросы врача понимает, отвечает после пауз. Без смущения рассказывал о вдыхании паров бензина, о том, что делал это сразу после выписки из наркологического отделения, в отсутствие матери дома. Мышление конкретное, замедленное по темпу. В отделении не спал ночи, был неряшлив, походка шаткая, плохо осмыслял инструкции. Был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними, смеялся. Настроение было сниженным, эмоции маловыразительные, однообразные.

Неврологом диагностирована: Токсическая энцефалопатия на фоне перинатального поражения ЦНС.

При патопсихологическом исследовании выявлены нарушения динамики мышления – заторможенность, обстоятельность, вязкость, внимание переключается с трудом, мал его объём, снижена концентрация. Ограничена продуктивность кратковременной памяти. Интеллект низкий, снижены критические способности.

На ЭЭГ – дисфункция восходящих активирующих неспецифических срединных структур головного мозга.

Получил мощную дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты. Однако продолжал оставаться бездеятельным, испытывал постоянные истинные слуховые галлюцинации, под влиянием голосов совершал нелепые поступки: прижигал себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по особому болтал ногами и так далее. Был для

продолжения лечения переведен в наркологический стационар. После выписки из этого стационара самостоятельно прекратил вдыхать пары бензина, оставался пассивным, подолгу сидел в одной позе. Не работал, не учился, всё время сидел дома, ни с кем не общался. Несколько месяцев находился дома, затем вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был напряжён, возбуждён, не отвечал на вопросы. На другой день стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит голоса, которые приказывают «бегать голым по огороду», голоса стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «качать». На фоне терапии нейролептиками нового поколения симптоматика сохранялась длительное время, затем расстройства постепенно купировались, был выписан домой.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 3.

Иван И., 15 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Был желанным ребенком. К моменту его рождения матери было 32 года, отцу – 59 лет. Беременность у матери протекала тяжело, был токсикоз беременности, длительное время находилась в больнице. Родился весом 1,5 кг вторым из двойни, первой родилась сестра. Родители по характеру спокойные, уравновешенные. Сестра в настоящее время учится в 10 кл., здорова. В раннем детстве развивался соответственно возрасту. Посещал детский сад, в коллективе адаптировался нормально.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, операция по поводу крипторхизма, в возрасте 13 лет был сбит автомашиной, в течение трех дней находился в коме, был диагностирован ушиб мозга. Однако, процесс восстановления шел быстро и энцефалопатических явлений к настоящему времени не отмечается. Невропатологом выявлены только микроорганические знаки со стороны ЦНС.

Воспитывался с раннего детства в условиях гиперопеки. Взаимоотношения в семье были нормальные. Отец умер от инсульта, когда мальчику было 9 лет. Смерть отца переживал тяжело: было пониженное настроение в течение месяца, но за помощью по этому поводу не обращался. Вскоре мать заболела онкологическим заболеванием, и ей была определена I группа инвалидности. С этого времени его воспитанием почти не занимались. К матери всегда относился тепло, отмечалась чрезмерная привязанность. По характеру мягкий, добрый, поддается чужому влиянию, однако стремится к лидерству, легко дает обещания, но не выполняет их.

С младших классов школы увлекался спортом: играл в баскетбол и большой теннис, участвовал в соревнованиях. Прекратил занятия спортом после того, как стоимость аренды спортивного корта стала непомерно большой. До приобщения к ПАВ к учебе относился положительно, успеваемость была хорошей.

Первую сигарету выкурил в возрасте 7 лет по предложению друзей. В этом же возрасте впервые попробовал алкоголь (случайное употребление – сделал глоток водки вместо воды), опьянения не было. Впервые опьянел в возрасте 11 лет, когда друзья пришли в гости со спиртным. Была тошнота, сонливость и головная боль. Опьянение не понравилось. В дальнейшем спиртное (крепкие напитки и самогон) употреблял 1 раз в неделю «для смелости и общительности». Толерантность к моменту осмотра увеличилась в 2-3 раза, достигла 500 мл водки. Алкоголь употребляет только в компании, чаще на дискотеке. Влечение к алкоголю, АС отрицает, однако отмечает, что «перепивает» достаточно часто.

Впервые попробовал курить коноплю в возрасте 12 лет, угостил старший друг. Испытал приятные ощущения: было психомоторное возбуждение, веселость. Курил периодически в среднем с частотой 1 раз в месяц. Через полгода впервые попробовал самодельный опий по собственной инициативе, хотя друзья его отговаривали. С 13 лет стал употреблять героин сразу же внутривенно. С этого же возраста эпизодически употреблял «винт».

К моменту осмотра основной наркотик - героин, который периодически чередовал с самодельным опиумом. Толерантность увеличилась в 8 раз. Психическое влечение к опиатам почувствовал спустя 1 месяц: вне наркотического опьянения понижалось настроение, становился раздражителен, постоянно возникали воспоминания о наркотике. Абстинентный синдром сформировался спустя 2 месяца после 50 приемов наркотика, оценивает его как тяжело переносимый: проявляется болью в суставах и животе, поносе, нарушении сна. Продолжительность его около 5 дней. На фоне приема наркотиков резко снизилась успеваемость, плохо понимал учебный материал, стал прогуливать занятия. Чтобы достать деньги на наркотики совершал кражи, воровал у незнакомых людей из автомобилей, из собственной квартиры ничего не уносил.

В школе общался с подростками, употребляющими наркотики. Половую жизнь начал в 14 лет, инициатором был сам, партнерша – ровесница. Мотивация- получение удовольствия и самоутверждение – «сразу же побежал рассказывать друзьям». Всего было 7 половых партнеров, связь, как правило, ограничивалась одним половым актом.

За медицинской помощью впервые обратился в возрасте 15 лет по инициативе матери, находился в наркологическом подростковом стационаре 16 дней, проводилось медикаментозное лечение и несколько сеансов индивидуальной психотерапии. К лечению относился формально. С удовольствием рассказывал об эйфорическом эффекте наркотиков, обменивался информацией с другими подростками о местах их продажи. Выписан по настойчивой просьбе с согласия матери. Один раз посетил поликлиническое отделение, некоторое время принимал пикамилон. В течение 4 месяцев воздерживался от употребления наркотиков, потом решил попробовать «уколоться один раз для проверки», в результате оказался в реанимационном отделении из-за передозировки. Выписан домой после выведения из комы. Вторая госпитализация в наркологическую больницу - по инициативе самого больного: «чтобы не расстраивать мать», находился на лечении 24 дня. Получал медикаментозное лечение и психотерапию. Установка на будущее неясная.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 4.

Михаил Я., 13 лет. Родители пробанда, а также их родственники, страдают алкоголизмом. Мать с юности отличалась неустойчивым характером, часто меняла мужчин, уезжала в другие города, забеременела во время одного из отъездов. Пробанд родился от внебрачной связи. Мать, будучи беременной, вернулась в Иваново. Беременность протекала с токсикозом. Родной отец ребенком никогда не интересовался. Раннее развитие соответствовало возрасту. Посещал детский сад, адаптировался хорошо.

С раннего детства и до настоящего времени воспитывается малограмотной прабабушкой, которая раздражительна, кричит на правнука, он её слушается плохо. Последние 6 лет мать жила со вторым мужем, который также злоупотреблял алкоголем, дома были конфликты. Несколько месяцев назад он умер от черепно-мозговой травмы (обстоятельства неизвестны). Мать стала пьянствовать ещё больше, дома появлялась только для того, чтобы получить детское пособие, которое пропивала. Тяжелыми заболеваниями не болел, перенес грипп. Посещал детский сад, адаптировался в коллективе хорошо.

По характеру спокойный, обидчивый, упрямый со взрослыми, но легко поддавался влиянию сверстников. В школу пошёл в срок, учился посредственно, было неинтересно. Поведение нарушилось с 11 лет: стал непослушен, целые дни проводил на улице с друзьями, конфликтовал со взрослыми, никакие меры воздействия не помогали. Из-за прогулов снизилась успеваемость, дважды дублировал обучение в 5 и 6 классах. Увлечений не имел. Практически все время семья находилась в стеснённых материальных условиях, а последние годы жили в нищете.

Курить стал с 9 лет под влиянием друзей, в настоящее время выкуривает по 5-10 сигарет в день. Алкоголь не пробовал. Клей «Спрут» впервые предложили друзья в возрасте 12 лет. Вдыхал

его, налив в пластиковый мешок. Состояние одурманивания понравилось, испытывал удовольствие: «балдел», «видел мультики». В это время был заторможен, окружающее не воспринимал. Вдыхал клей вместе с друзьями несколько раз в неделю. В последнее время стал отмечать, что количество клея, необходимого для получения удовольствия, увеличилось примерно в два раза. Спустя 2-3 месяца стал испытывать влечение к ЛОВ, которое проявлялось аффективным компонентом (понижалось настроение) и ассоциативным (воспоминания и фантазии на тему употребления ЛОВ).

Впервые был направлен к наркологами милицией в возрасте 13 лет, согласился на лечение под давлением обстоятельств, т.к. был поставлен на учет в ИДН. В подростковом стационаре находился 13 дней, получал медикаментозное лечение. Выписан по настойчивой просьбе. После выписки из стационара амбулаторно не наблюдался, лечения не принимал, продолжает периодически вдыхать клей, но реже. Прабабушка пытается его контролировать, регулярно «обнюхивает».

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 5

Наташа, 16 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец имеет высшее техническое образование, мать – среднее педагогическое, отношения в семье доброжелательные, равноправные.

Родилась в срок первым ребенком в семье, есть еще сестра 6 лет. Раннее развитие соответствовало возрасту. Семья состоятельная: родители занимаются бизнесом. Воспитывалась по типу «кумира семьи» с элементами гиперопеки: родители контролировали строго её поведение, но удовлетворяли все её требования, окружающие её «постоянно восхищались». Ситуация изменилась после рождения младшей сестры 6 лет назад: ей стали меньше уделять внимания, что её не устраивало.

Страдает с 9 лет хроническим пиелонефритом, с 11 лет – хроническим гастродуоденитом. Заболевания протекают с периодическими обострениями. В детский сад ходила только в подготовительную группу. В школу пошла 7 лет, училась хорошо. В компании была лидером, стремилась быть на виду. Оценивая свой характер, говорит, что она «стрелец»: упрямая, «меня ничего не остановит».

Впервые действие наркотиков увидела в компании знакомых. Её друг страдал наркоманией и предостерегал от употребления наркотиков, описывая мучительное состояние ломки («плакал и просил меня не колоться»), вскоре он умер от передозировки героина. После его смерти решила попробовать наркотик, так как считала, что «с одного раза ничего не будет». Начала употребление в 14 лет сразу с внутривенного введения героина. Эйфория продолжалась около 3 часов. Состояние было похоже на опьянение. Повторное употребление героина – через 1,5-2 месяца. Быстро появилось психическое влечение преимущественно в виде навязчивых мыслей и представлений о наркотиках. Абстинентный синдром сформировался после 30 инъекций. Продолжительность его около 5 дней, средней степени выраженности в виде типичной «ломки». С 15 лет эпизодически курит анашу, как правило, делает это для усиления действия героина. При отсутствии наркотиков эпизодически употребляла для эйфории реланиум и фенозепам.

Спиртное впервые попробовала в 15 лет: выпила около 300 г водки для снятия героиновой «ломки», с тех пор практически его не употребляет. Курит с 15 лет, в среднем в день выкуривает 10-12 сигарет. Испытывает влечение к сигаретам.

В интимные отношения впервые вступила в 15 лет, обстоятельства помнит плохо (в отличие от первой инъекции наркотиков), поскольку была в наркотическом опьянении. Половые контакты редкие и не доставляют удовольствия.

Впервые за помощью обратилась в областной наркологический диспансер в возрасте 14 лет (зимой 2000 г.) по инициативе родителей, но убежала из поликлинического отделения раздетая. По

настоянию родителей весной 2000 г. находилась на стационарном лечении в областной психиатрической больнице в течение 1 месяца. Получала медикаментозное лечение, проведено три беседы с психологом. Еще во время лечения была уверена, что продолжит наркотизацию. После выписки три раза посетила психолога в Центре психолого-педагогической помощи, но «не нашла с ним общего языка». Возобновила наркотизацию через 1 месяц, как только родители стали отпускать ее одну из дома.

В ноябре 2000 г. находилась 7 дней на лечении в наркологической больнице, выписалась по своему настойчивому требованию. Возобновила употребление наркотиков в январе 2001 г. В марте 2001 г. отдыхала с родителями в Египте, где развился АС, который она «перекумарила всухую». Со слов больной в это время «мать поняла, насколько я серьезно больна». Вернувшись домой, возобновила наркотизацию. В мае вновь госпитализирована, лечилась 1 месяц, от лечения уклонялась. В июле родители вновь уговорили на лечение в стационаре. После купирования АС неохотно согласилась на курс «психотерапевтического марафона». В группе вела себя активно, делала своевременные замечания. В частности, при обсуждении темы ответственности за данное другим людям обещание, когда все участники группы заявили, что всегда их выполняют, единственная обратила внимание на неоднократные нарушения своих заверений об отказе от наркотиков, которые давались родителям. При выполнении рисунка «Я в начале лечения, сейчас и через месяц», вторая ситуация отличается появлением положительных эмоций, в третьей ситуации рисует себя за решеткой, объясняя, что «папа не будет выпускать из дома».

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 6.

Дмитрий А., 16 лет. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился вторым ребенком, есть еще брат 25 лет. Беременность протекала нормально. Раннее развитие протекало своевременно. Посещал детский сад, с 7 лет пошел в школу, учиться в основном с оценками «хорошо». В семье доминирует мать. Проживает с родителями. С раннего детства был очень привязан к отцу, который с ним много занимался. Отношения охладели в последние годы, после того, как у отца возникли проблемы на работе (приватизация предприятия, смена собственника) и он стал злоупотреблять алкоголем. На протяжении последних 3 лет редко бывает трезвым. Мать не может на отца повлиять, так как большую часть времени вынуждена проводить в другой квартире, ухаживая за своим тяжело больным отцом.

По характеру общительный, спокойный, доброжелательный, инициативный. К пьянству отца относится критически, однако, большого возмущения не высказывает, не знает, как ему помочь, поскольку отец от лечения отказывается. С окружающими не очень откровенен, свои проблемы чаще обсуждает со старшим братом, который живет отдельно. Считает, что родителям его проблемы безразличны. В то же время хотел бы быть более откровенен с окружающими. Участвует в школьной самодеятельности, занимается в кружке танцев, успешно выступает на конкурсах, играет в шахматы, футбол, любит путешествовать.

Алкоголь в небольшом количестве впервые попробовал в 11 лет с друзьями за компанию. Состояние опьянения испытал в 12 лет, когда выпил с друзьями. Сначала опьянение понравилось: отмечалось возбуждение, веселость, но закончилось оно тошнотой. После этого несколько недель не мог смотреть на спиртное. В настоящее время выпивает 2-3 раза в месяц преимущественно крепкие напитки («левую» водку) и пиво. Толерантность возросла в 2 раза и составляет 200 мл водки, АС отсутствует. Передозировки отмечаются редко. Алкоголь преимущественно употребляет в компании. Некоторое время назад познакомился с пенсионером, который приглашает к себе молодежь, угощает их алкоголем. Подростки охотно ходят к нему, называют его «дедом».

Тяжелыми заболеваниями не болел, страдает хроническим гайморитом, оперирован, но существенного улучшения нет. Не курит, наркотики не употребляет. Половую жизнь отрицает.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 7.

Больной М., 17 лет. Отец страдал шизофренией, мать с ним развелась, когда ребёнку было 1,5 года. Родился здоровым, развивался нормально. Воспитывался с участием отчима, рос старшим из 2-х детей. Посещал детский сад, был эмоциональным, подвижным, общительным. Учился посредственно, закончил 9 классов общеобразовательной школы. Был добросовестным, спокойным, уравновешенным, с одноклассниками складывались дружеские отношения. На критику реагировал адекватно, в драках не участвовал. Поступил в училище по специальности ювелир, но учебу прекратил. Большую часть времени проводит дома, помогает матери и сестре. В семье отношения хорошие. Алкоголь употребляет очень редко. Серьезных заболеваний, травм головы не было.

Когда мальчику было 15 лет, осенью вместе с семьей подвергся ограблению. При этом отчим получил ранение ножом в живот, мать после попыток была вынуждена отдать деньги, накопленные для покупки квартиры. Впоследствии семье угрожали убийством из-за ситуации опознания. Отчим после этого ушел из семьи. На этом фоне у больного понизилось настроение, испытывал тревогу, страх за свою жизнь и жизнь близких. Нарушился сон, аппетит, понизилась работоспособность. Прекратил учебу в училище. В памяти навязчиво всплывали воспоминания о ситуации нападения, ранения отчима, угроз. Часто видел сны, в которых ему кто-то угрожал, был вынужден бежать, спасаться, прятаться, ложился спать с ножом или топором. Просыпался с сильным чувством страха, сердцебиением. К лету переживания стали ослабевать, чувствовал себя спокойно. Но с наступлением осени состояние вновь ухудшилось, усилились страхи, тревога, нарушения сна. Лечился в отделении неврозов, был выписан в хорошем состоянии. Иногда ближе к вечеру возникало чувство тревоги, возникали кошмарные сновидения. Через несколько месяцев на фоне возобновившегося уголовного дела тревога усилилась. Стала более раздражительной, обидчивой, мнительной. Был повторно госпитализирован.

При поступлении охотно беседовал, при затрагивании ситуации ограбления становился тревожным, появлялись вегетативные реакции. Ухудшение состояния связывал с возобновлением уголовного дела, возобновившимися угрозами со стороны нападавших. Подтвердил, что «переживания травмы сохраняются», что часто вспоминается и снится случившееся.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

По результатам опросника Шмишека преобладают экзальтированный и тревожный типы.

Методика УНП: повышен уровень невротизации

После проведенного лечения состояние улучшилось, но сохраняется фиксация на психотравмирующей ситуации, повышен уровень тревожности, эмоциональная лабильность.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 8

Мальчик 11 лет. Родился от беременности, протекавшей с сильной рвотой, отеками,

головными болями. В конце беременности мать перенесла тяжелое простудное заболевание, принимала много лекарств. Раннее развитие ребенка было своевременным, но он много болел. Во время болезни (и особенно при высокой температуре) у него появлялись галлюцинации, он плохо засыпал, испытывал страхи, что-то видел, куда-то в ужасе бежал, иногда возникали судорожные подергивания мышц рук и ног. С 3-4-летнего возраста эти явления стали проходить, но мать заметила, что ребёнок плохо переносит жару, духоту, езду в транспорте, быстро устаёт. Если ребёнок простужался, то болезнь протекала длительно, он становился еще более утомляемым и вялым.

Мальчик был повышенно суетлив, раздражителен, плаксив. Все это стало особенно заметным, когда он пошёл в школу: быстро уставал, к концу урока плохо соображал. Если не удавалось отдохнуть, то запоминал с трудом, становился неусидчивым, внимание его рассеивалось. Если поздно ложился спать, то утром был обидчивый и вспыльчивый. В ответ на легкие обиды начинал драться. Однажды его толкнули, он упал, ушиб голову. В больнице пробыл неделю, кружилась и болела голова. Потом эти явления уменьшились. Учился мальчик все хуже и хуже. Это стало очевидным в 4 классе, когда нагрузка возросла. Ребенка направили на консультацию к врачу.

В психическом статусе: астенизирован, утомляем, малоактивен в беседе. Речь с нечётким звукопроизношением, словарный запас ограничен. Память и интеллект снижены, но без грубых нарушений (общий IQ по Векслеру: 85). Эмоционально лабилен, на глазах часто появляются слезы. Внимание отвлекаемо.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 9.

12-летний мальчик отличался чрезмерной впечатлительностью, нерешительностью, мнительностью, обидчивостью. Ему всегда казалось, что отец предъявляет к нему слишком большие требования, несправедливо его ругает. В школе плохо справлялся с занятиями, быстро уставал, болела голова, плохо соображал. Из-за этого учился ниже своих возможностей. а отец требовал только хорошей успеваемости и обвинял сына в симуляции. Однажды отец был пьян и избил сына. Убежав из дома, мальчик сначала скрывался у бабушки, а потом на вокзале, домой был доставлен милицией. С тех пор он часто убегал из-за малейшего замечания. Иногда он бродил под окнами школы, стал всё больше отставать от программы, вскоре появились друзья с неправильным поведением, с которыми уединялись на чердаке и нюхали клей. Утром болела голова, нюхать клей не хотел, но старался не показывать свою слабость перед товарищами.

При осмотре: физически отстаёт от сверстников, бледен, пониженного питания. При беседе избегает зорового контакта, на глазах быстро появляются слёзы, особенно при упоминании конфликтов с отцом. Все виды ориентировки сохранены. Продуктивной психотической симптоматики нет. Память без грубых нарушений. В интеллектуальной сфере отмечается педагогическая запущенность. При госпитализации в детское отделение был упорядочен, общался со сверстниками без конфликтов, был активен на занятиях у педагога. Охотно помогал персоналу.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 10.

Семилетний мальчик с ранних лет отличался крайней возбудимостью и вспыльчивостью: если что-то делалось не по нему, он быстро обижался, дрался и старался всегда отомстить своему обидчику. Обиду помнил по 2-3 месяца. Особенно страдали от неуравновешенности ребенка его родители и бабушка, которых он терроризировал постоянно и изо щренно мстил им. Во всем остальном мальчик ничем не выделялся: был физически и интеллектуально развит так же, как и сверстники, мало болел, не ушибался головой.

Когда ребёнок пошёл в школу, первое время он держался спокойно, но потом начались постоянные ссоры с одноклассниками, во время которых дрался, переставая давать себе отчёт в своих поступках. Однажды во время драки мальчик от злости стукнул одноклассника в глаз, из-за чего тот едва не ослеп. Педагоги потребовали от родителей, чтобы те проконсультировали сына у детского психиатра.

При выяснении особенностей характера у ближайших родственников пациента врач обнаружил, что у многих из них имелись точно такие же свойства личности.

При госпитализации: в отделении несдержан, упрям, требователен в исполнении своих желаний. Склонен к аффективным вспышкам. Устраивает драки, грубит персоналу. При неудачах в классе может швырнуть тетрадь, сломать ручку. Интеллект соответствует возрасту. На фоне лечения уменьшилась раздражительность, снизилась возбудимость, но нуждается в постоянном контроле за поведением и психокоррекционной работе.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

МОДУЛЬ: МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Нарушение пищевого поведения в форме нервной анорексии чаще требует дифференциального диагноза с расстройствами при:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) алкоголизме
- 2) маниакально-депрессивном психозе
- 3) шизофрении
- 4) эпилепсии

Задание #2

Вопрос:

Выберите из нижеперечисленного психосоматические заболевания:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) системная красная волчанка
- 2) посттравматическое стрессовое расстройство
- 3) ишемическая болезнь сердца

Задание #3

Вопрос:

Для невротического синдрома нарушения дыхания характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) приступы экспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышными на расстоянии
- 2) одышка усиливается при незначительной физической нагрузке и сопровождается цианозом
- 3) периодически возникает чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценности воздуха; цианоз и хрипы отсутствуют
- 4) приступы одышки возникают в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижнезадних отделах легких

Задание #4

Вопрос:

Причинами невротического расстройства не являются:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) внутриличностный конфликт
- 2) аддиктивные расстройства
- 3) психотравмирующая ситуация
- 4) биологическая предрасположенность индивида

Задание #5

Вопрос:

Какой тип стресса наименее характерен для развития язвенной болезни?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) перемещение и переезды за пределы привычного жизненного пространства
- 2) переживание потери значимого объекта
- 3) ситуация ожидания
- 4) страх потерять работу, чье-то расположение, признание

Задание #6

Вопрос:

Хроническая психическая травма вызывает:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) невротическое расстройство
- 2) шизофрению
- 3) деменцию
- 4) эпилепсию

Задание #7

Вопрос:

Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к еде в большей степени характерны для:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) больных с обсессивно-фобическим расстройством
- 2) больных с депрессией
- 3) больных с нервной булимией

Задание #8

Вопрос:

Для конверсионных расстройств наименее характерен конфликт:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) между уровнем притязаний и уровнем возможностей
- 2) между потребностью проявить себя и отсутствием положительного подкрепления
- 3) между сексуальными потребностями и требованиями среды
- 4) между потребностью в независимости и зависимым положением

Задание #9

Вопрос:

К симптомам неврастения не относятся:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) раздражительность
- 2) быстрая утомляемость
- 3) устойчиво тоскливое настроение
- 4) расстройства настроения

Задание #10

Вопрос:

Для невротической депрессии характерно:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) пессимистическое отношение не ограничивается зоной психо-травмирующей ситуации, наличие идей самообвинения
- 2) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, отчетливые суточные колебания настроения
- 3) выраженный компонент борьбы с болезнью, отражение в симптомах психотравмирующей ситуации

Задание #11

Вопрос:

Признаком, позволяющим заподозрить аффективное расстройство, лежащее в основе потребления психоактивных веществ, является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гедонистическая мотивация
- 2) групповая психическая зависимость
- 3) эйфория в момент приема
- 4) нерегулярный сезонный характер потребления веществ

Задание #12

Вопрос:

Больные с невротическим спазмом пищевода:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) с трудом глотают как твердую, так и жидкую пищу
- 2) легче глотают твердую пищу
- 3) легче глотают жидкую пищу

Задание #13

Вопрос:

Из указанных препаратов к транквилизаторам относится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) миансерин
- 2) диазепам
- 3) эглонил
- 4) прозак
- 5) тиоридазин

Задание #14

Вопрос:

Для соматизированной эндогенной депрессии характерно:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) стойкость клинических проявлений болезни, хороший эффект при лечении антидепрессантами, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органических нарушений, ранние пробуждения
- 2) понимание связи своего состояния с психотравмирующей ситуацией
- 3) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, выраженный компонент борьбы с болезнью

Задание #15

Вопрос:

Для обсессивно-фобических расстройств характерны невротические конфликты между:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) потребностью в быстром достижении успеха и адекватными усилиями
- 2) желаниями и долгом
- 3) потребностью в независимости и зависимым положением
- 4) потребностью достижения успеха в различных областях жизни и невозможностью совместить эти потребности

Задание #16

Вопрос:

Аутоагрессивные действия более характерны для больных:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) с дисморфоманией
- 2) с дисморфофобией
- 3) с арахнофобией

Задание #17

Вопрос:

Какой тип внутриличностного конфликта наиболее характерен для психосоматических заболеваний?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) между желаниями и долгом
- 2) между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями
- 3) между возможностями личности и её завышенными требованиями к себе

Задание #18

Вопрос:

Как соотносятся понятия «механизмы совладания» и «механизмы психологической защиты»?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) понятия близки по своему содержанию, их отличие в параметре активности /конструктивность/ - пассивности /неконструктивность/
- 2) понятия являются синонимами, совпадающими по значению друг с другом
- 3) диаметрально противоположные и исключают друг друга

Задание #19

Вопрос:

Холиолитический синдром включает в себя следующие нарушения, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) повышенной температуры тела
- 2) делирия с дезориентировкой
- 3) ажитации
- 4) мидриаза
- 5) потливости

Задание #20

Вопрос:

Для больных неврастений не характерно:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) перекладывание ответственности за свои проблемы на окружающих
- 2) завышенная самооценка
- 3) превышение требований к себе над личными ресурсами

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной Я., 31 года, безработный. Наследственность не отягощена. Единственный ребёнок в семье. Живёт с родителями и бабушкой. Рос и развивался правильно. Посещал детские дошкольные учреждения, плохо привыкал, плакал, просился домой. В школе учился хорошо по гуманитарным дисциплинам, точные науки давались хуже, боялся «этих уроков», нередко заболел перед контрольными. Отношения со сверстниками складывались неровно, часто подвергался насмешкам, не мог постоять за себя, панически боялся драк и физической боли. Был боязливым, необщительным, мнительным. В то же время в глубине души сверстников презирал за отсутствие душевной тонкости, приземлённость интересов, грубость. С подросткового возраста стал сочинять стихи, маленькие рассказы, никому их не показывал, так как боялся оценки, мечтал о карьере журналиста, представлял, как будет писать «обличительные» статьи, выводить на чистую воду «пороки и мерзость окружающих», в воображении рисовал картины своего триумфа, популярности, славы. Поступил учиться на филологическое отделение университета. В группе чувствовал себя крайне неуверенно, напряжённо, не мог общаться. Обращался к другим студентам только в случае крайней необходимости. Учиться начал «с жаром», но скоро обнаружил, что преподаватели не оценивают в полной мере его способности, занижают оценки, придираются. Быстро сник, появились задолженности, стал пропускать занятия. В это же время много продолжал писать «в стол». Стеснялся знакомиться с девушками. Из-за робости и боязливости не мог подойти первым, сами девушки к нему интереса не проявляли. Очень переживал из-за этого, чувствовал свою ущербность, в то же время считал, что современные девушки, «грубые, бесчувственные, меркантильные», не способны оценить тонкость его натуры.

Часто жаловался на слабость, головные боли, нарушения сна, колебания настроения. В связи с этим несколько раз лечился в психиатрической больнице на отделении невротозов. После выписки

обычно лечение принимал нерегулярно, врача посещал изредка. В последствии из института был отчислен. Не учился, не работал. Изредка писал в газеты небольшие заметки «философски-злободневного содержания». Почти ничего не зарабатывал. С одной из газет порвал отношения из-за неприятия линии газеты. Жил дома с родителями, относился к ним тепло, сопереживал их неприятностям и проблемам. С девушками знакомился по объявлениям в газете, переписывался, лично встречаться боялся. Был увлечён дочерью семьи врачей Р., которые жили в соседнем доме, она приветливо с ним здоровалась, когда попытался с ней заговорить, она засмеялась, понял. Что он ей не интересен. Нашёл общение в литературном кружке «эзотерического направления». Выступал там с сообщениями, в кружок входили в основном женщины, общался с ними как с «коллегами-единомышленниками».

Незадолго до поступления в психиатрическую больницу отец больного потерял работу, а матери долго не выплачивали зарплату. Очень переживал за них. Однажды услышал по радио выступление врача Р., которое ему не понравилось, задело своей «амбициозностью», почувствовал ненависть к Р, «которые хорошо живут, купаются в деньгах», тогда как родители больного бедствуют, неудачники. Несколько раз видел дочь Р. в окне напротив, когда она переодевалась, не задёрнув занавески. Вспомнил, что когда-то она «отвергла» его, решил, что теперь она специально издевается над ним, устраивает «сексуальные провокации». Написал несколько писем Р. с угрозами и требованием «убраться из их района». В связи с таким поведением был повторно госпитализирован. В стационаре охотно рассказывал о своём состоянии, старался поразить врача своей эрудицией, мышление резонёрское с элементами паралогии. Согласился с тем, что написал Р. «идиотское письмо», но оправдывает себя тем, что он человек «особого склада, впечатлительный», а Р. «взяла в своём выступлении антимедицинский уклон», чем «задела его обострённое восприятие в момент душевного отчаяния». Сказал, что он вообще любит всем писать, это легче, чем общаться. Память, интеллект сохранены. Манерен, внешние проявления эмоций обеднены. В отделении подчеркнута вежлив и корректен. Соматически здоров.

В неврологическом статусе выявлены резидуальные явления родовой травмы и постгипоксической энцефалопатии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 2

Больной М., 17 лет. Отец страдал шизофренией, мать с ним развелась, когда ребёнку было 1,5 года. Родился здоровым, развивался нормально. Воспитывался с участием отчима, рос старшим из 2-х детей. Посещал детский сад, был эмоциональным, подвижным, общительным. Учился посредственно, закончил 9 классов общеобразовательной школы. Был добросовестным, спокойным, уравновешенным, с одноклассниками складывались дружеские отношения. На критику реагировал адекватно, в драках не участвовал. Поступил в училище по специальности ювелир, но учебу прекратил. Большую часть времени проводит дома, помогает матери и сестре. В семье отношения хорошие. Алкоголь употребляет очень редко. Серьезных заболеваний, травм головы не было.

Когда мальчику было 15 лет, осенью вместе с семьёй подвергся ограблению. При этом отчим получил ранение ножом в живот, мать после пыток была вынуждена отдать деньги, накопленные для покупки квартиры. Впоследствии семье угрожали убийством из-за ситуации опознания. Отчим после этого ушел из семьи. На этом фоне у больного понизилось настроение, испытывал тревогу, страх за свою жизнь и жизнь близких. Нарушился сон, аппетит, понизилась работоспособность. Прекратил учебу в училище. В памяти навязчиво всплывали воспоминания о ситуации нападения, ранения отчима, угроз. Часто видел сны, в которых ему кто-то угрожал, был вынужден бежать, спасаться, прятаться, ложился спать с ножом или топором. Просыпался с сильным чувством страха,

сердцебиением. К лету переживания стали ослабевать, чувствовал себя спокойно. Но с наступлением осени состояние вновь ухудшилось, усилились страхи, тревога, нарушения сна. Лечился в отделении неврозов, был выписан в хорошем состоянии. Иногда ближе к вечеру возникало чувство тревоги, возникали кошмарные сновидения. Через несколько месяцев на фоне возобновившегося уголовного дела тревога усилилась. Стал более раздражителен, обидчив, мнителен. Был повторно госпитализирован.

При поступлении охотно беседовал, при затрагивании ситуации ограбления становился тревожным, появлялись вегетативные реакции. Ухудшение состояния связывал с возобновлением уголовного дела, возобновившимися угрозами со стороны нападавших. Подтвердил, что «переживания травмы сохраняются», что часто вспоминается и снится случившееся.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 3

Больной Т., 37 лет.

Наследственность отягощена алкоголизмом у отца. Рос и развивался правильно. Окончил среднюю школу, учился хорошо, поступил в военное училище, впоследствии много лет служил в воинской части, имел звание майора. Женат, двое детей, отношения в семье спокойные. Алкоголь употреблял в праздники и выходные дни. Был спокойным, старательным, не любил конфликтовать, придавал серьезное значение мнению о себе окружающих. Взысканий по службе не имел. 3 года назад при проверке пистолета- ракетницы случайным выстрелом убил мальчика на территории части. Было возбуждено уголовное дело, родные пострадавшего требовали серьезную материальную компенсацию. Тяжело переживал случившееся, хотя виновным себя не считал. Стал плохо спать, пропал аппетит, нервничал, отмечались колебания артериального давления, Появилась неуверенность, тревожность, замечал, что сослуживцы смотрят на него и сочувственно и неуважительно одновременно. От службы на время расследования был отстранен. Находился на лечении в отделении неврозов, после выписки стал немного спокойнее, но сохранялась повышенная тревожность, чувство внутреннего напряжения, настроение легко менялось в зависимости от ситуации, Из армии был комиссован. Был даже рад этому обстоятельству, так как отношения с сослуживцами начали его тяготить, «все время как невидимая черта между мной и ими». Работал мастером по ремонту телефонного оборудования, с работой справлялся, но давалось это с напряжением, нервничал, часто испытывал неуверенность, обостренно воспринимал любые замечания по работе. Сон был беспокойным, с частыми пробуждениями. В последующие годы произошло несколько серьезных для больного событий: болела жена, затем в семье несколько месяцев до своей смерти жила требовавшая постоянно ухода теща, Эти обстоятельства приводили к тому, что усиливалась тревога, напряжение, беспокоили колебания артериального давления, боли в сердце. В эти периоды обостренно воспринимал отношение к себе окружающих, казалось, что его не уважают, не ценят. Возрастала неуверенность в себе, становился растерянным на работе, нервничал, переставал справляться с делами, еще трижды госпитализировался в отделение неврозов, после лечения состояние улучшалось, но повышенный уровень тревожности, неуверенность сохранялись.

Во время последнего поступления беспокоен, с плачущими интонациями в голосе рассказывает о своем состоянии, говорит, что ему стыдно перед мед.персоналом, «думают, что я не могу справиться с собой». Несколько ипохондричен, описывает чувство, «как будто вдохнул, а выдохнуть не могу». Настроение снижено, плохо спит.

В процессе лечения стал спокойнее, наладился сон, улучшилось настроение, помогал в хозяйственных делах на отделении. Перед выпиской волновался, говорил врачу, что не знает, как будет справляться дома.

В соматическом статусе язва 12-ти перстной кишки в стадии ремиссии.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 4

Больной С., 28 лет.

С раннего детства отличался чувствительностью, ранимостью, робостью, неуверенностью. Был тревожно-мнительным, боязливым, неуравновешенным, нервным. Всегда имело большое значение мнение о нем окружающих. Начиная с детского сада плохо адаптировался в детских коллективах. Везде подвергался насмешкам и издевательствам со стороны сверстников. С детства не мог есть в присутствии чужих людей, ходить в туалет в общественных местах. С подросткового возраста начал полнеть, стеснялся этого. Всегда стеснялся девочек, не решался познакомиться с ними и заговорить. Близкого общения и сексуального опыта с девушками не имел, хотя девушки его интересовали.

Во время учебы в лицее однокурсники стали говорить, что, если он не встречается с девушками, значит у него гомосексуальная ориентация. Очень переживал по этому поводу, лицей из-за этого оставил. Поработал в строительной бригаде с взрослыми мужчинами, там чувствовал себя лучше. Однако по дороге на работу встречал девушек из своего района, они с ним заигрывали, общаться с ними не решался и стал бояться, что они также его посчитают гомосексуалистом, и уволился. Около 3-х лет сидел дома, там чувствовал себя в большей безопасности. В январе этого года встретил знакомых ребят, они опять над ним посмеялись. После этого стали развиваться мысли о собственной неполноценности. Стал считать, что его половой член меньших размеров, чем у других мужчин. Поэтому перестал ходить в баню. Начал с ненавистью относиться к другим мужчинам, старшему брату, так как у них половой орган был больше, чем у него. По этой причине не мог видеть изображений обнаженного мужского тела. Выключал телевизор, когда были передачи о гомосексуалистах. Настроение было сниженным. Боялся, что окружающие замечают его неполноценность, на улице подсмеиваются. Из дома совсем не выходил. Начал думать, что поэтому окружающие заинтересуются, что он делает, сидя постоянно дома, начнут подсматривать, поэтому закрывал и занавешивал окна. Испытывал неприятные ощущения в половых органах, копчике и заднем проходе. Появились мысли о возможности венерического заболевания. Думал, что мог иметь интимную связь с женщиной и забыть об этом. Стал прикрывать подушкой свои половые органы, чтобы самому их не видеть. После этого был госпитализирован.

В отделении при поступлении испытывал резкую тревогу, боялся находиться среди больных, требовал особых условий для себя. Отказывался есть в столовой, ходить в общий туалет. Довольно быстро на фоне лечения нейролептиками симптоматика купировалась. Стал более упорядочен, адаптировался в отделении, начал общаться со сверстниками, выровнялось настроение.

При беседе приветлив, доброжелателен, охотно рассказывает о себе и своих переживаниях. Хотя при описании болезненных расстройств смущается, краснеет, пытается некоторые подробности утаить.

Сейчас свое состояние оценивает с критикой, считает ряд своих действий «глупостью», критично оценивает особенности своего характера. Настроение хорошее. Планирует в дальнейшем встречаться с девушками, при этом рассчитывает, что его познакомит мама.

Невролог диагностирует гипоталамический синдром на фоне ММД.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача 5.

Больная Г., 20 лет.

Впервые в жизни уехала из провинциального города в большой город учиться. Вначале чувствовала себя неплохо, училась хорошо, жила в общежитии.

На втором курсе возникла конфликтная ситуация с преподавателем, начала не справляться с рядом предметов, «преподаватель говорил, что я не справляюсь». Растерялась, не знала, что делать с ситуацией, нервничала. В это время познакомилась с молодым человеком, влюбилась, недолго встречалась с ним, однако отношения распались по его инициативе. С этого времени резко ухудшилось настроение, стала пассивной, вялой, плакала. Вернулась домой, много лежала, ничем не хотела заниматься, настроение было сниженным. При каких-то позитивных событиях настроение улучшалось. По инициативе родителей была госпитализирована в психиатрическую больницу на психотерапевтическое отделение.

В отделении вначале была пассивна, много лежала, плакала. Затем начала чаще выходить в коридор, общаться с больными. Кокетливо одета, причесана, использует косметику. Последние дни в вечернее время часто сидит в коридоре с больным М., разговаривает с ним, улыбается.

При беседе охотно отвечает на вопросы, демонстративна. Вспоминая о молодом человеке, сказала, что уже забыла эту ситуацию, однако, на глазах сразу появились слезы. Говорит о том, что разочаровалась в людях. Настроение остается сниженным с оттенком экзальтированности.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больной. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача 6

Больная Б., 55 лет.

В возрасте 26 лет после родов перенесла психоз с тревожно-депрессивной симптоматикой, расцененный как соматогенный. Вскоре после этого ребенок умер во сне от остановки дыхания (со слов больной), переживала, была «депрессия», но менее выраженная, к врачам не обращалась. В дальнейшем на протяжении почти 30 лет была здоровой, с мужем рассталась, семью не создавала, жила с родителями, успешно работала, была энергичной, самостоятельной. В последние годы после смерти родителей жила одна. В возрасте 55 лет вышла на пенсию, размер пенсии был маленьким. Через месяц поведение больной изменилось. Стала испытывать тревогу, «неусидчивость», бегала по улицам, «была неутомимой», появились мысли о своей греховности, реальные события трактовала в плане своих умышленных злонамеренных действий, считала себя хуже других людей. Несколько месяцев считала, что она виновата в различных катастрофах, происходящих в мире. Чувствовала себя несостоятельной, неспособной прожить на пенсию, не могла планировать свои поступки, перестала справляться с бытовыми обязанностями, чувствовала себя поглупевшей, отмечала снижение памяти. Из-за чувства греховности возникали мысли покончить с собой, чтобы «не накопить еще больше грехов». Совершала в связи с этим нелепые поступки, жгла себе волосы свечой, объясняя это сейчас тем, что хотела причинить себе повреждения кожи, чтобы занести инфекцию и быстрее умереть. Некоторое время замечала на улице особые взгляды окружающих. Перед поступлением пыталась выброситься с балкона, в квартире больной по ее вине произошел пожар.

В отделении симптоматика сохранялась длительное время. Попросила об оформлении ее в дом-интернат, мотивируя тем, что жить одна не сможет. Наблюдались обострения тревожно-депрессивной симптоматики, в разное время давала разные объяснения своего поведения в психозе. Через три месяца пребывания в стационаре была несколько вялой, отмечает значительное улучшение самочувствия, но не полное исчезновение расстройств. О своих переживаниях рассказывала откровенно, частично критична к ним, признавала, что «наговаривала на себя».

Продолжала испытывать чувство своей несостоятельности по жизни, невозможности дальше жить самостоятельно. Просила о помещении в дом интернат для душевнобольных.

Невролог определил признаки церебрального атеросклероза.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача 7.

Больной Я., 30 лет.

До начала заболевания характеризует себя как уравновешенного и спокойного, хорошо адаптировался, полностью отслужил в армии. Отмечает, что был осторожен и трусоват, в детстве и подростковом возрасте избегал социально опасных ситуаций. В подростковом возрасте в течение нескольких лет были симптомы ВСД, периодически жаловался на головные боли. В возрасте 22-х и 24-х лет перенес ЧМТ с сотрясением головного мозга. После получения 2-й травмы волновался из-за отъезда любимой девушки на год за границу, сам в это время готовился поступать в институт в Москве. Сразу после травмы беспокоили головные боли. Через несколько месяцев головные боли усилились, появились вегетативные пароксизмы, боли в сердце, страх смерти. В медицинской документации описаны расстройства чувствительности диссоциативного характера. Лечился у неврологов без эффекта, «обиделся на врача невролога за грубое замечание», с тех пор на амбулаторный прием не ходил. Начал наблюдаться у психиатров по совету знакомого. Регулярно посещал врача, многократно лечился в дневном стационаре. Резко ограничил сферу активности, боялся один выходить из дома, не мог работать, по своей инициативе прекратил отношения с девушкой после ее возвращения. Был фиксирован на состоянии здоровья. Часто испытывал головные боли, постепенно стал отмечать ослабление памяти, интеллектуальные затруднения. Читал медицинскую литературу. Как правило, бывал недоволен результатами лечения, но в то же время отличался невысоким уровнем комплайенса, мог прекратить самостоятельно прием лекарств, если считал, что они ему не помогают. Была установлена 2 группа инвалидности по психиатрическому заболеванию.

Настоящее поступление связано с ухудшением самочувствия. В стационаре психиатрической больницы был довольно активен, избирательно общителен, периодически жаловался на головные боли, светобоязнь. Вегетативных пароксизмов не наблюдалось. Настроение было неустойчивым. Спал и ел хорошо. Во время беседы вначале был несколько насторожен и напряжен. Охотно и подробно рассказывает о своей болезни, считает себя тяжело больным вследствие перенесенной ЧМТ, говорит, что у него «спайки, повреждены сосуды мозга», вычитал это в медицинской литературе и так говорили врачи. Уверен, что в медицинских учреждениях ему помочь не могут, считает, что надо «выбираться самому». Заметил, что стал более агрессивным. Испытывает страх смерти. Настроение ровное с оттенком недовольства.

Заключение невролога: Посттравматическая энцефалопатия. Синдром вегето-сосудистой дистонии с симпатoadреналовыми пароксизмами. Внутричерепная гипертензия.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача 8.

Больной П., 18 лет.

Наследственность отягощена неизвестным психическим расстройством у сестры матери, другая сестра покончила жизнь самоубийством. Родился старшим ребенком в семье, с детства

отличался замкнутостью, не находил общего языка со сверстниками. Не смог приспособиться к детскому саду, в школе с одноклассниками общался мало, с учителями был хороший контакт. По словам матери, его считали «умным, спокойным, замкнутым мальчиком». Учился хорошо, в младших классах был отличником. Около 4-х лет самостоятельно обучился игре на гитаре, любит «тяжелый рок», сам нигде не выступал. Поступил в университет на математический факультет, с программой первого курса не справлялся, стал пропускать занятия, был из университета отчислен. С однокурсниками отношения также не сложились, держался особняком. Дружил с девушкой, несколько месяцев назад она с ним рассталась без объяснения причин. В последние месяцы стал грустным, понизилось настроение, хуже спал и ел. Нанес себе поверхностные порезы на запястьях, после чего по инициативе матери был госпитализирован на отделение неврозов.

В отделении первое время был хмурым, держался одиноко, жаловался на плохое настроение. На фоне лечения антидепрессантами стал немного активнее, начал играть в настольные игры, общается с молодой женщиной старше себя.

При беседе вначале выглядел хмурым, мрачным, смотрел исподлобья. На нижней губе пирсинг. На вопросы отвечал односложно, затем стал несколько оживленнее. Сказал, что сейчас у него чувство душевной пустоты, потеря «смысла жизни», настроение снижено, пропал аппетит, плохо спит, хуже себя чувствует утром, к вечеру немного оживает. Отмечает вялость, нежелание чем-либо заниматься. Считает себя стеснительным, неуверенным. С подросткового возраста часто были периоды пониженного настроения разной продолжительности, во время которых считал себя неудачником, никчемным. Настоящее состояние принципиально от тех не отличается, но более продолжительно и сильно. Рассказал, что, поступив в институт, рассчитывал стать лучшим студентом, однако «программа оказалась сложнее, чем ожидал», запустил учебу сначала по нескольким предметам, потом по всем, после чего перестал ходить на занятия. За две недели до поступления в больницу получил уведомление из университета о том, что он отчислен. Хочет стать музыкантом, планирует собрать группу. Не смущается, что не знает нот, считает, что это ему не помешает. Рассказал, что в мечтах представляет себя выступающим на концертной площадке Красной Площади, испытывает при этом восторг. Неуверенно говорит, что у него, «наверное, душевное расстройство». Тяготеет больничной обстановкой, но на выписке не настаивает. Признал, что боится призыва в армию (госпитализирован во время весеннего призыва). На предплечье свежий след от ожога, объяснил, что сделал его сам, «хотел оставить след на теле». Планов на будущее не строит.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача 9.

Больная С. 20 лет.

Отец злоупотреблял алкоголем, несколько лет назад умер в связи с несчастным случаем: курил пьяным и «сгорел». Больная живет с матерью, с ней непростые отношения. Училась на 2-м курсе училища культуры. Начиная с подросткового возраста не могла установить хорошие отношения со сверстниками ни в школе, ни в училище. Подвергалась насмешкам, унижениям. Около 3-х лет появились страхи задохнуться и умереть, страхи тошноты во время еды, что привело бы к «смерти от обезвоживания». При этом аппетит оставался хорошим, ела достаточно.

В связи с этими переживаниями была впервые госпитализирована в психотерапевтическое отделение. В отделении была неконфликтна, но периодически обнаруживала упрямство, капризность. Была эмоционально лабильна. Симптоматика страхов то затихала, то актуализировалась. Грубо разговаривала с матерью на свиданиях и по телефону. После беседы с врачом на короткое время успокаивалась в отношении своих страхов, затем они возобновлялись.

При беседе держалась активно, охотно рассказывала о своем состоянии, хотя сказала, что испытывает смущение. Одета в яркий костюм, на ногтях яркий лак. Сказала, что считает себя

уродиной, хотя «все говорят обратное». Считает себя лучше, моральнее сверстников, так как не выпивает, не курит, не встречается с молодыми людьми. Отмечается невысокий интеллектуальный уровень в рамках интеллектуальной нормы. Боится, что аудитория посчитает ее «дурой» (был клинический разбор с группой интернов), при этом улыбается. На прямой вопрос о возможности смертельного исхода от удушья или от обезвоживания прямо не отвечает, начинает мяться, смущаться, уклончиво говорит: «надеюсь, что этого не должно бы случиться...». Настаивает на выписке из отделения, хотя считает, что улучшение незначительно, и она не поправится, плачет при этом. Суждения инфантильны и примитивны. Уровень притязаний высокий.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача 10

Больная Г., 32 года.

Наследственность отягощена: бабушка по линии матери покончила жизнь самоубийством на почве ревности, другая бабушка лечилась у психиатров. Родилась в срок от нормально протекающей беременности, была для матери нежеланным ребенком и с младенчества воспитывалась бабушкой и дедушкой. Отец рано ушел из семьи, некоторое время мать жила с другим мужчиной, который пьянствовал и скандалил. Воспитывалась бабушкой по принципу «кумира семьи». С детства по характеру была общительная, обидчивая, мнительная. Всегда стремилась быть на виду, вступала в конфликты с одноклассниками, т.к. не давала им списывать задания, при волнении возникало чувство комка в горле и покалывание в кончиках пальцев. В школе адаптировалась удовлетворительно, окончила 8 классов и поступила в экономический техникум, но ушла с 3 курса по причине беременности и родов. Замужем (брак не регистрировали) с 18 лет. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ушиб головы, «ударилась головой о батарею, когда толкнул отчим». Спиртное начала употреблять в 16 лет, в последние 3 года вместе с мужем стала алкоголизироваться регулярно. Толерантность увеличилась в 2 раза до 500 мл водки. Пьет так же самогон и пиво. Пьянство носит запойный характер. Сформирован абстинентный синдром: головная боль, дрожь в руках, тревога. Опохмеляется пивом. В последние месяцы находилась в напряженном состоянии из-за конфликтных отношений с мужем и его матерью. На этом фоне возникла острая психотравмирующая ситуация (неизвестная женщина по телефону сообщила о супружеской неверности мужа). После этого «потеряла сознание» на короткое время, упала, ударилась головой. В дальнейшем для компенсации психологического неблагополучия в течение нескольких дней систематически алкоголизировалась. В это же время возник конфликт со Свидетелями Иеговы, которым отказала в участии в их организации, и которые пригрозили ей грядущими неприятностями. Стали беспокоить головные боли. Обращалась к неврологу, было проведено обследование с помощью ЯМР, где были определены признаки незначительной наружной гидроцефалии. Стала испытывать неприятные ощущения в теле, появился страх за свое здоровье, предположила, что ее могли сглазить или навести порчу Свидетели Иеговы. На фоне злоупотребления алкоголем стала видеть силуэты в темных плащах, слышала «голоса» мужа и ребенка. Была госпитализирована в наркологический стационар, откуда выписана через 3 дня по ее настойчивой просьбе. После выписки оставалась тревожной, настроение было пониженным, жаловалась на боли в сердце. Психическое состояние прогрессивно ухудшалось, нарастало возбуждение, в теле появились мигрирующие необычные неприятные ощущения. Стала говорить, что в нее вселился Демон, который подает ей команды. Металась по дому. Через неделю обратилась к участковому психиатру, было назначено лечение, эффекта от которого не было. Выпила с целью успокоения большую дозу разных лекарств, но потом вызвала у себя рвоту. Была госпитализирована в психиатрическую больницу по собственной просьбе.

При поступлении находилась в возбужденном состоянии, говорила о воздействии, описывала неприятные ощущения в различных частях тела. В психическом статусе отмечалась

демонстративность поведения: при исследовании частоты дыхания начинала часто и шумно дышать. Неприятные ощущения в теле носили мигрирующий характер и не подтверждались объективными данными. О «вселении Демона» говорила уклончиво, что ей так «показалось». Алкогольный анамнез сообщала непоследовательно, говорила, что не хочет об этом вспоминать, при настойчивых вопросах обиженно хмурилась, на глазах появлялись слезы. Во время нахождения в отделении легко «подхватывала» внушенные ей симптомы, была навязчива с различными просьбами к персоналу, стремилась преувеличить собственную значимость, много говорила о своих способностях и успехах в школе, что явно не соответствовало действительности. Запас знаний не соответствует полученному образованию, круг интересов сужен, плохо ориентируется в важнейших общественно-политических событиях, суждения примитивны, абстрактное мышление в ограниченном объеме.

После проведенного лечения быстро успокоилась, поведение стало упорядоченным. Считает, что имевшиеся у нее расстройства были вызваны серьезными психическими переживаниями и в настоящее время чувствует себя хорошо. Фон настроения во время беседы сохраняется ровным, эмоциональные реакции живые.

Заключение невролога: вегето-сосудистая дистония с нарушением венозного оттока из полости черепа.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

МОДУЛЬ: ОСНОВЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ПК-5, ПК-10

Задание #1

Вопрос:

Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) заключение врачебной комиссии с участием врача - психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.
- 2) только решение суда.
- 3) решение администрации специализированного психоневрологического учреждения.
- 4) заключение врачебной комиссии в любом составе.
- 5) решение органа опеки и попечительства.

Задание #2

Вопрос:

Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям "беспомощности" (п.«б» части 4 статьи 23) или «существенного вреда здоровью» (п.«в» части 4 статьи 23), врач-психиатр:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) направляет в суд своё письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы.
- 2) направляет своё письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании главному психиатру данной территории.
- 3) направляет это заявление в суд.
- 4) направляет это заявление прокурору.
- 5) принимает решение об освидетельствовании лица самостоятельно.

Задание #3

Вопрос:

Вопрос о даче санкции на психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя решается судьёй:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) в трёхдневный срок с момента получения всех материалов от врача-психиатра.
- 2) в течение суток с момента получения заключения от врача-психиатра.
- 3) в пятидневный срок с момента получения заключения от врача-психиатра.
- 4) в течение 48 часов с момента получения всех материалов от врача-психиатра.
- 5) в течение 10 дней с момента получения заключения от врача-психиатра.

Задание #4

Вопрос:

Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Учреждением, организацией, предприятием.
- 2) министерством или ведомством (соответственно характеру деятельности).
- 3) Правительством РФ.
- 4) органом местного самоуправления.
- 5) Министерством здравоохранения РФ.

Задание #5

Вопрос:

Заключение врача, не являющегося психиатром по специальности, о состоянии психического здоровья лица:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) носит предварительный характер и не является основанием для применения ограничений, однако в ряде случаев может служить основанием для предоставления льгот.
- 2) вообще является незаконным.
- 3) носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении прав и законных интересов данного лица, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.
- 4) носит окончательный характер, но не является основанием для применения ограничений и для предоставления льгот.
- 5) носит предварительный характер, однако в ряде случаев может служить основанием для ограничения прав и законных интересов данного лица.

Задание #6

Вопрос:

Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, когда у обследуемого имеется тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.
- 2) обязан во всех случаях представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр.
- 3) обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, когда у обследуемого имеется тяжёлое психическое расстройство, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих.
- 4) обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, предъявив при этом копию приказа главного врача психоневрологического диспансера о проведении освидетельствования данного лица.
- 5) не обязан представляться как врач-психиатр.

Задание #7

Вопрос:

Психиатрическое освидетельствование больного, находящегося под диспансерным наблюдением, может проводиться:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только с согласия больного или его законного представителя, за исключением случаев обострения хронического или затяжного психического расстройства.
- 2) независимо от согласия больного или его законного представителя.
- 3) только с согласия больного или его законного представителя, за исключением случаев, когда тяжёлое психическое расстройство обуславливает: а) непосредственную опасность больного для себя или окружающих, или б) его беспомощность, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи.
- 4) только с согласия больного или его законного представителя, за исключением случаев, когда больной представляет опасность для себя или окружающих.
- 5) только с согласия самого больного или его законного представителя.

Задание #8

Вопрос:

Факт нахождения лица, страдающего психическим расстройством, под диспансерным наблюдением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) даёт ему право на льготы при приобретении лекарств.
- 2) лишает его права на отказ от психиатрического лечения.
- 3) лишает его права на отказ от госпитализации в психиатрический стационар.
- 4) не имеет установленных Законом юридических последствий, за исключением того, что психиатрическое освидетельствование может проводиться без его согласия или без согласия его законного представителя.
- 5) является достаточным основанием для ограничения его прав в социальной сфере.

Задание #9

Вопрос:

Основаниями для прекращения установленного ранее диспансерного наблюдения являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) окончание приступа психического заболевания.
- 2) госпитализация пациента в психиатрический стационар.
- 3) выздоровление или значительное и стойкое улучшение психического состояния.
- 4) улучшение состояния психического здоровья пациента.
- 5) отказ пациента или его законного представителя от амбулаторного лечения.

Задание #10

Вопрос:

Решение о непригодности гражданина вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, принимается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) врачом любой специальности единолично.
- 2) прокурором
- 3) врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения.
- 4) судом.
- 5) врачом-психиатром единолично.

Задание #11

Вопрос:

Лицо, страдающее психическим расстройством, для реализации своих прав и законных интересов может получить сведения о состоянии его психического здоровья и об оказанной ему психиатрической помощи:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только по запросу учреждения, организации, предприятия.
- 2) только по запросу суда или прокурора.
- 3) по его личной просьбе либо по просьбе его законного представителя.
- 4) только по запросу органа здравоохранения.
- 5) по просьбе ближайших родственников.

Задание #12

Вопрос:

Форма заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) должна быть только письменной.
- 2) может быть любой (как устной, так и письменной), поскольку в Законе это не установлено.
- 3) может быть устной в неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, а при отсутствии такой опасности - заявление должно быть письменным.
- 4) должно быть письменным в неотложных случаях и может быть устным в остальных случаях.
- 5) может быть устной, если заявление исходит от родственников при их личном обращении к врачу-психиатру, и должна быть письменной, если заявление исходит от других лиц.

Задание #13

Вопрос:

Психиатрическое освидетельствование больного, находящегося под диспансерным наблюдением, может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только с санкции судьи.
- 2) только с разрешения главного психиатра данной территории.
- 3) врачом-психиатром диспансера без получения дополнительного разрешения с чьей-либо стороны.
- 4) только с разрешения главного врача диспансера.
- 5) только с санкции прокурора.

Задание #14

Вопрос:

Установив, что в заявлении о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя отсутствуют предусмотренные Законом основания для такого освидетельствования, врач-психиатр:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) отказывает заявителю мотивированно в письменном виде.
- 2) отказывает заявителю в письменном виде и извещает суд о своём отказе.
- 3) направляет это заявление прокурору.
- 4) направляет это заявление в суд.
- 5) отказывает заявителю устно.

Задание #15

Вопрос:

Заявление о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя может быть подано:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только родственниками обследуемого или руководителем учреждения (организации, предприятия), где работает лицо, подлежащее освидетельствованию.
- 2) только родственниками обследуемого.
- 3) родственниками лица, подлежащего освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.
- 4) только участковым врачом-терапевтом территориальной поликлиники.
- 5) только родственниками, проживающими совместно с обследуемым.

Задание #16

Вопрос:

Для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым Законом о психиатрической помощи, лица, страдающие психическими расстройствами, вправе пригласить:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) своего близкого родственника.
- 2) только врача-психиатра со стажем работы по специальности не менее 5 лет.
- 3) только специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи на территории обслуживания данного психиатрического учреждения.
- 4) любого специалиста.
- 5) любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи.

Задание #17

Вопрос:

Добровольное психиатрическое освидетельствование проводится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) по письменному заявлению родственников обследуемого независимо от согласия последнего.
- 2) по устной просьбе или с устного согласия родственников обследуемого.
- 3) по просьбе или с согласия обследуемого, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным по просьбе или с согласия его законного представителя.
- 4) с санкции судьи независимо от согласия обследуемого или его законного представителя.
- 5) только с письменного согласия обследуемого или его законного представителя.

Задание #18

Вопрос:

Срок, на который гражданин может быть временно признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, составляет:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) не более 5 лет.
- 2) не более 1 года.
- 3) до 3 лет.
- 4) не более 7 лет.
- 5) не менее 5 лет.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Большая Л., 43 лет,

Живёт в районном городе, безработная. Поступила в психиатрическую больницу повторно. У ряда родственников были какие-то психические нарушения. Росла и развивалась правильно, окончила общеобразовательную школу, рано начала встречаться с мужчинами, отношения были поверхностными, вела беспорядочную половую жизнь. Родила дочь, которую воспитывали ее родители. С 16 лет начала употреблять алкоголь, употребление очень быстро стало постоянным, сформировался абстинентный синдром, выросла толерантность. Дважды лечилась у наркологов без эффекта. В состоянии алкогольного опьянения убила мужчину, два года скрывалась от милиции. В этот период замечала милицейские машины на улице, которые следили за ней, «устала от ситуации». Была задержана, проходила СПЭ, признавалась вменяемой, 7 лет провела в местах лишения свободы, там хорошо адаптировалась, пользовалась послаблениями режима. Дважды лечилась у психиатра медсанчасти после смерти родственников. Жаловалась на усиление раздражительности, агрессивность, злобность, желание ударить кого-нибудь.

После освобождения, по её словам, прекратила употребление алкоголя, изредка пила пиво. Общалась с группой наркоманов, хотя сама наркотики не употребляла, они склоняли её к продаже квартиры. Жила вместе с дочерью. Начались конфликты. Дочь в состоянии алкогольного опьянения пригрозила больной убийством. Стала раздражительна, плохо спала, читала книги «про убийства», боялась, что «выстрелят в дверь». Сама обратилась к психиатрам с просьбой о госпитализации. В отделении рассказывала о том, что ранее замечала преследование и опасность со стороны мужчины, что это послужило причиной совершенного ею убийства. Говорила о желании самой убить дочь, чтобы «опередить её». С момента поступления была спокойна, высокомерно и пренебрежительно вела себя с больными, подчёркивала, что у неё моложавый вид, хорошая фигура. Затем призналась, что «придумала» симптоматику, чтобы уйти от конфликтной ситуации дома.

Невролог определял признаки хронической алкогольной интоксикации.

Настояла на выписке, узнав, что дочь продала вещи, собирается уезжать в Москву.

После выписки переехала в Ивановскую область, вышла замуж, за мужчину моложе себя на 24 года. Жила в его квартире и за его счёт, свою квартиру сдавала квартирантам. Не работала, была

довольна жизнью. Имела 3 беременности, которые закончились абортами, около полугода нарушения менструального цикла. Полгода назад муж разорвал отношения с ней, выгнал из квартиры. Уехала к дочери, но с ней не смогла ужиться, вернулась домой, попыталась выселить квартирантов, но с ними также возник конфликт. Обратилась к психиатру с жалобами на плохое настроение, «голоса» неприятного содержания, под влиянием которых совершала нелепые поступки (поездка в Москву и обратно без цели), страх, замечаемом ею преследовании. Была повторно госпитализирована в психиатрическую больницу. В отделение поступила в пониженном настроении, первое время продолжала говорить о наличии психических расстройств, поведение не соответствовало описываемой симптоматике. В отделении пыталась лидировать, в палате командовала больными, выражала недовольство помещением в палату неприятных ей больных. Ударила больную.

При беседе говорит, что была больна, при этом «голоса» описывает схематично, о «преследовании» говорит вскользь, мало убедительно, настроение ровное. Сказала, что за время пребывания в стационаре продумала, как ей жить дальше, планы реальны. Настроение ровное. Выразила желание продолжить лечение, просит отпустить её в длительный пробный отпуск для устройства личных дел.

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

Задача № 2.

Больной Я., 31 года, безработный. Наследственность неотягощена. Единственный ребёнок в семье. Живёт с родителями и бабушкой. Рос и развивался правильно. Посещал детские дошкольные учреждения, плохо привыкал, плакал, просился домой. В школе учился хорошо по гуманитарным дисциплинам, точные науки давались хуже, боялся «этих уроков», нередко заболел перед контрольными. Отношения со сверстниками складывались неровно, часто подвергался насмешкам, не мог постоять за себя, панически боялся драк и физической боли. Был боязливым, необщительным, мнительным. В то же время в глубине души сверстников презирал за отсутствие душевной тонкости, приземлённость интересов, грубость. С подросткового возраста стал сочинять стихи, маленькие рассказы, никому их не показывал, так как боялся оценки, мечтал о карьере журналиста, представлял, как будет писать «обличительные» статьи, выводить на чистую воду «пороки и мерзость окружающих», в воображении рисовал картины своего триумфа, популярности, славы. Поступил учиться на филологическое отделение университета. В группе чувствовал себя крайне неуверенно, напряжённо, не мог общаться. Обращался к другим студентам только в случае крайней необходимости. Учиться начал «с жаром», но скоро обнаружил, что преподаватели не оценивают в полной мере его способности, занижают оценки, придираются. Быстро сник, появились задолженности, стал пропускать занятия. В это же время много продолжал писать «в стол». Стеснялся знакомиться с девушками. Из-за робости и боязливости не мог подойти первым, сами девушки к нему интереса не проявляли. Очень переживал из-за этого, чувствовал свою ущербность, в то же время считал, что современные девушки, «грубые, бесчувственные, меркантильные», не способны оценить тонкость его натуры.

Часто жаловался на слабость, головные боли, нарушения сна, колебания настроения. В связи с этим несколько раз лечился в психиатрической больнице на отделении неврозов. После выписки обычно лечение принимал нерегулярно, врача посещал изредка. В последствии из института был отчислен. Не учился, не работал. Изредка писал в газеты небольшие заметки «философски-злободневного содержания». Почти ничего не зарабатывал. С одной из газет порвал отношения из-за неприятия линии газеты. Жил дома с родителями, относился к ним тепло, сопереживал их неприятностям и проблемам. С девушками знакомился по объявлениям в газете, переписывался, лично встречаться боялся. Был увлечён дочерью семьи врачей Р., которые жили в соседнем доме, она приветливо с ним здоровалась, когда попытался с ней заговорить, она засмеялась, понял, что он ей не интересен. Нашёл общение в литературном кружке «эзотерического направления». Выступал там с сообщениями, в кружок входили в основном женщины, общался с ними как с «коллегами-единомышленниками».

Незадолго до поступления в психиатрическую больницу отец больного потерял работу, а матери долго не выплачивали зарплату. Очень переживал за них. Однажды услышал по радио выступление врача Р., которое ему не понравилось, задело своей «амбициозностью», почувствовал ненависть к Р, «которые хорошо живут, купаются в деньгах», тогда как родители больного бедствуют, неудачники. Несколько раз видел дочь Р. в окне напротив, когда она переодевалась, не задернув занавески. Вспомнил, что когда-то она «отвергла» его, решил, что теперь она специально издевается над ним, устраивает «сексуальные провокации». Написал несколько писем Р. с угрозами и требованием «убраться из их района». В связи с таким поведением был повторно госпитализирован. В стационаре охотно рассказывал о своём состоянии, старался поразить врача своей эрудицией, мышление резонёрское с элементами паралигии. Согласился с тем, что написал Р. «идиотское письмо», но оправдывает себя тем, что он человек «особого склада, впечатлительный», а Р. «взяла в своём выступлении антимицинский уклон», чем «задела его обострённое восприятие в момент душевного отчаяния». Сказал, что он вообще любит всем писать, это легче, чем общаться. Память, интеллект сохранены. Манерен, внешние проявления эмоций обеднены. В отделении подчеркнута вежлив и корректен.

Соматически здоров.

В неврологическом статусе выявлены резидуальные явления родовой травмы и постгипоксической энцефалопатии.

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

Задача № 3.

Больной Т., 37 лет.

Наследственность отягощена алкоголизмом у отца. Рос и развивался правильно. Окончил среднюю школу, учился хорошо, поступил в военное училище, впоследствии много лет служил в воинской части, имел звание майора. Женат, двое детей, отношения в семье спокойные. Алкоголь употреблял в праздники и выходные дни. Был спокойным, старательным, не любил конфликтовать, придавал серьезное значение мнению о себе окружающих. Взысканий по службе не имел. 3 года назад при проверке пистолета-ракетницы случайным выстрелом убил мальчика на территории части. Было возбуждено уголовное дело, родные пострадавшего требовали серьезную материальную компенсацию. Тяжело переживал случившееся, хотя виновным себя не считал. Стал плохо спать, пропал аппетит, нервничал, отмечались колебания артериального давления, Появилась неуверенность, тревожность, замечал, что сослуживцы смотрят на него и сочувственно и неуважительно одновременно. От службы на время расследования был отстранен. Находился на лечении в отделении неврозов, после выписки стал немного спокойнее, но сохранялась повышенная тревожность, чувство внутреннего напряжения, настроение легко менялось в зависимости от ситуации. Из армии был «комиссован». Был даже рад этому обстоятельству, так как отношения с сослуживцами начали его тяготить, «все время как невидимая черта между мной и ими». Работал мастером по ремонту телефонного оборудования, с работой справлялся, но давалось это с напряжением, нервничал, часто испытывал неуверенность, обостренно воспринимал любые замечания по работе. Сон был беспокойным, с частыми пробуждениями. В последующие годы произошло несколько серьезных для больного событий: болела жена, затем в семье несколько месяцев до своей смерти жила требовавшая постоянно ухода теща. Эти обстоятельства приводили к тому, что усиливалась тревога, напряжение, беспокоили колебания артериального давления, боли в сердце. В эти периоды обостренно воспринимал отношение к себе окружающих, казалось, что его не уважают, не ценят. Возрастала неуверенность в себе, становился растерянным на работе, нервничал, переставал справляться с делами, еще трижды госпитализировался в отделение неврозов, после лечения состояние улучшалось, но повышенный уровень тревожности, неуверенность сохранялись.

Во время последнего поступления беспокоен, с плачущими интонациями в голосе рассказывает о своем состоянии, говорит, что ему стыдно перед мед.персоналом, «думают, что я не

могу справиться с собой», описывает чувство, «как будто вдохнул, а выдохнуть не могу». Настроение снижено, плохо спит.

В процессе лечения стал спокойнее, наладился сон, улучшилось настроение, помогал в хозяйственных делах на отделении. Перед выпиской волновался, говорил врачу, что не знает, как будет справляться дома.

В соматическом статусе язва 12-ти перстной кишки в стадии ремиссии.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

По результатам психологического исследования определяется повышенный уровень невротизации (методика УНП).

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

Задача 4.

Больная В., 30 лет.

Отягощенную наследственность отрицает. По характеру энергичная, деятельная, активная, жизнерадостная. Работает в частном банке. На протяжении жизни, начиная с 10 лет, было несколько эпизодов пониженного настроения, связанных с травмирующими ситуациями.

Два года назад больную «наильно вытащили на работу» из декретного отпуска, дали нереалистичное, невыполнимое задание. Работала очень много. Стала чувствовать усталость. Обращалась к нескольким психологам и психотерапевтам, эффекта не было. Настроение было плохим, хуже соображала. Сейчас говорит, что чувствовала даже отчаяние. Вместе с тем на этом фоне стали смешить некоторые события и обстоятельства, которые раньше смешными не казались. Ела много мороженого. Стали мешать старые вещи дома, хотела их выкинуть, но не дал муж. Повысилась работоспособность. Летом одна уехала отдыхать на юг, что для нее не типично. В конце этого периода, продолжавшегося 1- 1,5 месяца, настроение опять понизилось. Несколько дней замечала, что за ее машиной ездит и останавливается одна и та же машина, испытывала тревогу, считала, что за ней следят. Считает сейчас, что это было реально и связано с ее работой: начальник (находящийся в другом городе) испытывал к ней интерес и симпатию как к женщине. Было несколько моментов, когда у нее возникали проблемы по работе, она их с кем-то обсуждала, и вскоре получала по эл. почте инструкцию по этому вопросу от начальника. Узнавание мыслей отрицает, считает, что, возможно, прослушивались помещения банка. Сейчас расценивает то состояние в целом как депрессию, которая прошла самостоятельно после того, как узнала, что снова беременна, «мобилизовалась», чтобы родить ребенка.

В последующем чувствовала себя хорошо. Была очень загружена по работе и дома. С начала текущего года стала чувствовать усталость, «загнанность». Настроение в тот момент было нормальным. Через месяц в разговоре с различными людьми по телефону периодически их голос становился голосом ее начальника. Испытывала в связи с этим страх. Была «сильная грусть». Настроение то было пониженным, то появлялась «смешливость». Всплывали смешные воспоминания. Через полтора месяца настроение стало устойчиво повышенным и больше не снижалось. Начала выбрасывать вещи, которые казались ненужными. В церкви заметила свое портретное сходство с Иисусом Христом. Возникали мысли, уж не его ли она дочь, одновременно понимала нелепость этих предположений. Считала, что у нее особая миссия – «делать людям добро». Говорит, что многие знакомые раньше называли ее «блаженной», так как она многим по своей инициативе помогала. При поступлении в психиатрическую больницу и во время пребывания в стационаре настроение было приподнятым.

При беседе больная весела, настроение «замечательное», беседует охотно и оживленно, жестикулирует, глаза блестят. Речь ускоренная, мышление непоследовательное, перескакивает с мысли на мысль, путается в датах, невнимательна при ответах на вопросы. Бредовые идеи выявить не удастся. Фон настроения приподнят, хотя субъективно считает, что это ее обычное настроение. Состояние, бывшее 2 года назад, расценивает как депрессию, настоящее – как «сумасшествие». Собственно повышенное настроение воспринимает без критики.

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

Задача 5.

Больная Н., 36 лет.

По характеру уравновешенная, спокойная, в меру общительная. Имеет два высших образования. Работает по специальности юристом на предприятии, успешно справляется. Разведена с мужем 3 года назад, одна воспитывает дочь. После развода были депрессивные переживания, которые купировались самостоятельно. Настоящие расстройства появились полгода назад. Перед этим составляла иски в судебном процессе фабрики против ряда уволенных сотрудников охраны, бывших работников УВД, которые должны фабрике крупную сумму денег. Уверяет, что о собственной безопасности тогда не волновалась. Постепенно стала замечать, как в разговорах оставшиеся на фабрике друзья бывших охранников намекают, что им известны подробности ее жизни дома. Затем дома стала по ночам слышать щелчки в телевизоре. Поняла, что там помещено подслушивающее устройство. Считала, что щелчками специально будят ее, чтобы она не высыпалась. Делают это для того, чтобы «вывести ее из дела». Уносила телевизор на кухню. Однажды почувствовала «хруст» внутри головы, «мелькнула» мысль, что это может быть результатом действия ее врагов, но тут же эту мысль отбросила, поняла, что это болезненные переживания и обратилась к врачу. Была госпитализирована в психиатрическую больницу.

При беседе держится формально, несколько скованна, что объясняет действием лекарств, мимика обеднена. Рассказывает о переживаниях неохотно, впечатления их психологической понятности и связанности с ситуацией для больной не складывается. Критика носит формальный характер. Считает, что это психические расстройства, поскольку врач назвал ее переживания «играми разума».

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

Задача 6.

Больная С., 47 лет.

Заболела в возрасте примерно 30 лет. До начала заболевания себя характеризует как в меру общительную, спокойную. Работала несколько лет директором дома культуры, с увлечением ставила спектакли, создавала кружки и т.д. После рождения 2-го ребенка перенесла, как теперь считает, «депрессию». Испытывала вялость, слабость, тоску, потерю интереса к окружающему. Такое состояние было несколько месяцев, вышла из него без лечения. Однако с этого времени по субъективной самооценке изменилась. Стала пассивной, более замкнутой, работать директором уже «не могла». Многие годы работает санитаркой, что ее устраивает, так как по графику много выходных дней. В семье, несмотря на травмирующую ситуацию (муж и дети злоупотребляют алкоголем), адаптировалась. Считает себя главой семьи, решает все основные вопросы, распоряжается деньгами, ведет все домашние дела. В возрасте 34-х лет перенесла психоз со снижением настроения, идеями самоуничтожения и ипохондрическими, суицидальными мыслями. Испытывала воздействие «гипноза» со стороны знакомого мужчины, он читал ее мысли, вызывал половое возбуждение. В последующем подобной симптоматики уже не наблюдалось. Прогрессирования негативных изменений не было. Перенесла за последующие годы несколько приступов с депрессивной симптоматикой, в структуру которых иногда включались неразвернутые идеи отношения. Лечилась несколько раз в психиатрической больнице.

Настоящий приступ начался за неделю до поступления. Настроение ухудшилось без причины, «вроде все в это время было нормально», члены семьи не пили, устроились на работу. Описывает вялость, нежелание что-либо делать, физическую заторможенность, снижение настроения. Рассказывает, что в подъезде большинство соседей общается, вместе отмечают праздники, выпивают. Ее не приглашают, так как она не пьет. Считают, что к ней и ее семье могут относиться не особенно хорошо, так как члены семьи злоупотребляют алкоголем, она лечится у психиатров. Поэтому с ней специально не здоровались, косо смотрели, игнорировали. Считает, что больна

шизофренией, относится к этому, по ее словам, скорее позитивно, так как «известно, что больные шизофренией люди умные и одаренные».

По результатам психологического исследования не выявлено явной негативной симптоматики.

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

Задача 7.

Больная Б., 44 года.

Наследственность психопатологически не отягощена. Однако известно, что среди родственников по линии матери были люди, называвшие себя «экстрасенсами». Брат матери погиб от суицида. Раннее развитие без особенностей, своевременно пошла в школу, окончила 8 классов и художественное училище. Работала по специальности, последние годы не работает после сокращения штатов. Живет на средства родственников и случайными заработками. По характеру спокойная, покладистая, добрая. С окружающими всегда хорошо уживалась. Тяжелыми заболеваниями не болела. Дважды была замужем, с первым мужем развелась из-за его пьянства, от брака имеет сына 21 года. Со вторым мужем прожили 11 лет, от этого брака имеет сына 7 лет.

Осенью прошлого года неожиданно для себя узнала от мужа, что он от нее уходит, т.к. полюбил другую женщину. Тяжело перенесла эту новость, почувствовала, что все рухнуло. Обратилась за помощью к «колдунье», которая сообщила, что поможет вернуть мужа. Провела с ней несколько сеансов магии и обучала ее различным приемам, но эффекта не было. В феврале этого года появились сильные головные боли необычного характера. Через короткое время стали в голове звучать «голоса», сообщившие, что они из параллельного мира. Называли себя «останцами». Ощущала на себе их воздействие: они вмешивались в ее мысли, вызывали у нее болезненные ощущения в теле, руководили ее движениями, показывали внутри головы фильмы. В марте стала слышать «голоса инопланетян», видела сидящего на диване сатану, похожего на обезьяну. Через три месяца инопланетяне сообщили ей о существовании «плазмонов», которые разрушают клетки людей. Больная считала себя экстрасенсом, ездила в Москву для участия в телешоу «Битва экстрасенсов», но не прошла по конкурсу. Была госпитализирована в психиатрическую больницу с собственного согласия по инициативе подруги.

При госпитализации рассказывала о вышеописанных переживаниях. Поведение было упорядоченным, с окружающими малообщительна, продолжала испытывать вербальные галлюцинации. Под влиянием лечения состояние больной постепенно улучшилось и к настоящему времени галлюцинаторно-бредовая симптоматика полностью купирована. Больная критически оценивает перенесенный психоз, а так же свое увлечение экстрасенсорикой. Высказывает сожаление, что будет вынуждена жить без младшего сына, поскольку его забрал к себе отец. Согласна с тем, что ребенку у отца будет лучше. При беседе гипомимична, голос слабо модулирован. Однако больная положительно реагирует на шутку, способна оценить чувство юмора. Имеет реальные планы на будущее. При обследовании психологом явных структурных расстройств мышления не выявлено.

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

Задача 8.

Больная В., 39 лет.

Наследственность отягощена психическим заболеванием у бабушки, которая в позднем возрасте лечилась в психиатрической больнице. Родилась в срок, раннее развитие своевременное, посещала ДДУ, в школе училась хорошо, окончила экономический факультет ИвГУ. Несколько лет работала по специальности, в дальнейшем находилась в декретном отпуске и занялась частным предпринимательством. По характеру спокойная, покладистая, мнительная. Перенесенные заболевания: в детстве болезнь почек, в настоящее время диагностирована миома матки, предложена операция. Была замужем, имеет взрослого сына 15 лет, с которым проживает

совместно. Последний год с мужем не живет из-за конфликтов по поводу ведения совместного бизнеса. Спиртным не злоупотребляет.

Психическое заболевание развилось за неделю до госпитализации. В это время решила прекратить бизнес в Москве и заниматься им только в Иванове. Готовясь к отъезду из Москвы, стала испытывать тревогу, казалось, что окружающие разыгрывают перед ней какой-то спектакль, задают ей странные вопросы, пытаются что-то выяснить. Из Москвы уехала с большой суммой денег, боялась, что ее могут ограбить, казалось, что водитель ведет себя подозрительно, что за ними едут в машине бандиты, а ее телефон прослушивается. Постоянно звонила по телефону сестре, со слов сестры речь была сбивчивой, нелепой. Почувствовав жжение в теле, решила, что ее отравили, боялась, что у нее СПИД, разлагаются внутренние органы, выпадают зубы. Стала обследоваться у различных специалистов. Нарастало возбуждение, была госпитализирована по «СП» в психиатрическую больницу.

В отделение приведена с принуждением, контакт формальный, говорила о преследовании и отравлении. После введения нейролептиков стала спокойнее, согласилась на лечение. В течение нескольких дней состояние больной значительно улучшилось, она стала спокойна, поведение упорядоченное, общается с окружающими, критически оценивает пережитое психотическое состояние. Однако критика формальная, объясняет свои переживания стрессом, связанным с переездом из Москвы в Иваново. Строит реальные планы на будущее. На вопросы отвечает по существу, мышление в основном последовательное, не всегда может правильно интерпретировать переносный смысл метафорических выражений. Улавливает юмористический смысл высказываний.

При психологическом обследовании выявлены единичные соскальзывания на латентные признаки.

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

Задача 9.

Больная М., 73 года.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась 3 ребенком в семье. О течении беременности, родов у матери не знает. Детское развитие без отставаний от сверстников. Окончила среднюю школу и бухгалтерские курсы. Работала в районной поликлинике регистратором, контролером на фабрике, с работой справлялась. Находится на пенсии по возрасту. Страдает хроническим пиелонефритом, гипертонией. Травм головы не было. Алкоголем не злоупотребляет. Курит. Была 1 раз замужем. 20 лет не живет с мужем из-за его пьянства, развод официально не оформлен. Было 4 беременности, 4 родов. Имеет 4 взрослых детей. По характеру спокойная, малообщительная. Живет в 1-комнатной квартире с младшей дочерью. Отношения с детьми хорошие. Помогала детям в воспитании внуков. Последние 1-2 года стала бестолково вести домашнее хозяйство, забывчива, стала более замкнутой. Несколько дней назад стала возбужденной, суетливой, куда-то порывалась убежать, слышала внутри головы «голос», который говорил: «Твою квартиру никто не заберет». В связи с таким состоянием была госпитализирована в психиатрическую больницу.

По наблюдению медперсонала при поступлении была растеряна, вставала на весы и тут же сходила с них, суетлива. Не понимала, где находится. В палате пыталась что-то искать, рвалась к двери, говорила, что ей нужно к детям. На вопросы отвечала не по существу. Слышала «голоса», разговаривала то с мамой, то с братом. От ужина отказалась.

На другой день во время беседы в кабинете врача в месте нахождения, собственной личности была ориентирована правильно, во времени дезориентирована, неправильно назвала год, месяц, дату. Контакт формальный. На вопросы отвечает не всегда по существу. Настроение неустойчивое, при беседе то улыбается, то начинает плакать. Эмоционально лабильна. Память снижена как на прошлые, так и на текущие события: не смогла подробно сообщить анамнестические сведения, путает даты своей биографии. Плохо осмысляет ситуацию, не может ответить на самые простые вопросы. Круг интересов ограничен. Критики к заболеванию нет.

Невролог диагностирует дисциркуляторную энцефалопатию.

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

Задача 10.

Больной М., 55 лет.

Ранее психических расстройств не наблюдалось. Имеет высшее техническое образование. Работал по специальности, около года назад с работы уволился, ничего не объяснив родным. Говорил, что ищет новое место работы, покупал газеты с объявлениями, что-то подчеркивал в них, но никуда не звонил, не обращался. Имел семью, жена ушла от больного несколько месяцев назад, мотивируя тем, что не хочет его содержать. Живет с матерью в частном доме на ее пенсию. Несколько месяцев назад нарушился сон, появилась раздражительность, беспокойство. Начал сооружать дома какие-то устройства, путано объяснял, что это «для нейтрализации волн». Стал конфликтовать с соседом, напал на него, после чего был госпитализирован в психиатрическую больницу.

При поступлении был возбужден, активно рассказывал о своих болезненных переживаниях, относился к ним без критики, возмущался «происходящими безобразиями». В отделении в процессе лечения стал спокойнее, переживания дезактуализировались.

Через месяц во время беседы приветлив, оживлен. Эмоциональные проявления адекватны, отмечается эмоциональная лабильность. Мышление логически связное, склонен к обстоятельности, "застревает" на эмоционально значимых темах. Становится непоследователен, когда пытается скрыть какие-либо сведения. При обсуждении темы увольнения с работы стал раздражителен. Сообщил, что развод с женой и увольнение с работы были его собственными поступками. Крайне неохотно признался, что с работы его попросили уволиться, так как он не справлялся. Отмечает, что в течение 1,5 - 2-х лет стал испытывать слабость, резко снизилась память, стал рассеянным. Все эти проявления объяснял электромагнитным воздействием. Отмечает появление слабодушия. С соседом по улице всегда имел неприязненные отношения. Рассказал, что еще лет 30 назад прочитал статью о вредном влиянии электричества на человека, она его еще тогда «потрясла». Воздействие электромагнитных волн стал замечать около полугода. и ретроспективно оценил события прошлой жизни, как результат этого воздействия, "раньше не обращал внимания". Чувствовал движение "биотоков" в голове, управление его действиями. Рассказывает подробно, с деталями о проводах, идущих к его дому от дома соседа, о "будках-излучателях", замаскированных под трансформаторы, установленных в его районе. Предполагает, что все это дело рук соседа, который, скорее всего не тот, за кого себя выдает, "наверное, шпион". Аффективно заряжено, с обидой рассказывает о разных бытовых ситуациях, где сосед причинил ему вред: украл сумку, сгубил яблоню, не вернул газовые баллоны. Критики к переживаниям нет, сказал, что сможет оценить, были ли эти события, только когда вернется домой и увидит, есть или нет воздействие. Уверен, что таким образом действуют на многих людей и на животных. В частности из-за этого резко снизилась память у его матери, стал гадить в доме кот.

Невролог диагностирует начальные явления церебрального атеросклероза.

При психологическом исследовании выявлено снижение объема кратковременной памяти, нарушения концентрации внимания, динамические расстройства мышления.

Задание:

1. Поставьте диагноз (ПК-5).
2. Проведите оценку трудоспособности пациента (ПК-10).

МОДУЛЬ: ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Какая из перечисленных групп препаратов наиболее эффективна при лечении маскированных депрессий ?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) транквилизаторы
- 2) психостимуляторы
- 3) в-адреноблокаторы
- 4) нейролептики
- 5) антидепрессанты

Задание #2

Вопрос:

К антидепрессантам относятся:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) производные бензодиазепа
- 2) ингибиторы моноаминоксидазы
- 3) производные бутирофенона

Задание #3

Вопрос:

Противопоказаниями к назначению транквилизаторов являются:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) ажитированная депрессия
- 2) алкогольный делирий
- 3) эпилептический статус
- 4) дыхательная недостаточность

Задание #4

Вопрос:

Галоперидол показан для лечения:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) депрессивного синдрома
- 2) апато-абулических состояний
- 3) параноидного синдрома
- 4) астенического синдрома

Задание #5

Вопрос:

Как осложнение задержка мочи может быть вызвана при назначении:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) леривона
- 2) амитриптилина
- 3) пиразидола
- 4) прозака

Задание #6

Вопрос:

Вероятность развития лекарственного холинолитического делирия выше при передозировке:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) прозака
- 2) мелипрамина
- 3) пиразидола
- 4) димедрола

Задание #7

Вопрос:

К преимуществам атипичных нейролептиков относят:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) быстрая редукция психотических симптомов
- 2) антидепрессивный эффект
- 3) малая выраженность экстрапирамидных побочных эффектов

Задание #8

Вопрос:

К экстрапирамидным побочным эффектам при применении традиционных нейролептиков не относятся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) дистония
- 2) акатизия
- 3) лекарственный паркинсонизм
- 4) атетоз
- 5) поздняя дискинезия

Задание #9

Вопрос:

Побочный эффект, не свойственный аминазину:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) выраженная гипотензия
- 2) депрессия
- 3) инфильтраты и флебиты в местах введения
- 4) гепатит
- 5) лихорадка

Задание #10

Вопрос:

К преимуществам терапии пролонгированными формами нейролептиков относятся:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) отсутствие побочных эффектов
- 2) облегчение контроля за приемом назначенного препарата
- 3) большая антипсихотическая активность
- 4) меньшая вероятность возникновения побочных эффектов

Задание #11

Вопрос:

Вероятность развития лекарственного холинолитического делирия выше при передозировке:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) амитриптилина
- 2) рисполепта
- 3) коаксила
- 4) димедрола

Задание #12

Вопрос:

Изменение картины крови при применении психотропных препаратов чаще всего может быть вызвано:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) циклодолом
- 2) галоперидолом
- 3) азалептином
- 4) амитриптилином
- 5) феназепамом

Задание #13

Вопрос:

Для лечения больных, находящихся в кататоническом ступоре в первую очередь показаны:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) антидепрессанты
- 2) психостимуляторы
- 3) нейролептики
- 4) транквилизаторы
- 5) ноотропы

Задание #14

Вопрос:

Для лечения алкогольного делирия нежелательно использовать:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) галоперидол
- 2) феназепам и диазепам
- 3) дезинтоксикационную терапию
- 4) Витамины группы В

Задание #15

Вопрос:

Противопоказанием для назначения бензодиазепиновых транквилизаторов является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) судорожный синдром в анамнезе
- 2) гипотензия
- 3) алкогольный делирий
- 4) дыхательная недостаточность

Задание #16

Вопрос:

В отношении каких симптомов эффективны транквилизаторы

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) сниженное настроение
- 2) тревога
- 3) галлюцинации
- 4) бред

Задание #17

Вопрос:

Селективные ингибиторы ацетилхолинэстеразы (Экселон, Реминил) применяются при:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) алкоголизме
- 2) эпилепсии
- 3) лекарственном паркинсонизме
- 4) болезни Альцгеймера

Задание #18

Вопрос:

Какое из перечисленных средств не используется для купирования эпилептического статуса:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) люмбальная пункция
- 2) общий наркоз с миорелаксантами
- 3) феназепам и диазепам
- 4) аминазин

Задание #19

Вопрос:

К селективным ингибиторам обратного захвата серотонина относятся:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) amitriptilin
- 2) сертралин
- 3) миансерин

Задание #20

Вопрос:

К холинолитическим побочным эффектам психотропных препаратов не относятся:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) запоры
- 2) увеличение внутриглазного давления
- 3) задержка мочи
- 4) явления лекарственного паркинсонизма

Задание #21

Вопрос:

Какой из препаратов относится к нейролептикам-"препаратам резерва" при терапевтической резистентности у больных шизофренией:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) галоперидол

- 2) оланзапин (зипрекса)
- 3) азалептин (клозапин)
- 4) клопиксол (зупентиксол)

Задание #22

Вопрос:

Назовите некоторые отличия атипичных нейролептиков по сравнению с типичными:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Вызывают гиперпролактинемию
- 2) Вызывают снижение массы тела
- 3) Вызывают вторичный сахарный диабет
- 4) Больше влияют на негативные симптомы шизофрении по сравнению с типичными

Задание #23

Вопрос:

Какие из групп препаратов чаще всего могут вызвать лекарственную зависимость:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) нейролептики
- 2) транквилизаторы
- 3) ноотропы
- 4) антидепрессанты

Задание #24

Вопрос:

К небензодиазепиновым транквилизаторам относится:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) сибазон
- 2) грандаксин
- 3) атаракс
- 4) клоназепам

Задание #25

Вопрос:

Какие из нижеперечисленных групп препаратов предпочтительны для купирования психомоторного возбуждения в условиях соматического стационара?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) барбитураты
- 2) амитриптилин
- 3) нейролептики
- 4) транквилизаторы

Задание #26

Вопрос:

В лечении эндогенной депрессии наиболее эффективны:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) терапия нейролептиками
- 2) аутогенная тренировка
- 3) лечение антидепрессантами

- 4) гипноз
- 5) психостимуляторы

Задание #27

Вопрос:

Что из перечисленного предпочтительнее использовать для купирования галлюцинаторно-бредового возбуждения?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) пирацетам
- 2) карбамазепин
- 3) оксибутират натрия
- 4) амитриптилин
- 5) галоперидол

Задание #28

Вопрос:

Какие из перечисленных препаратов используются для лечения маниакального состояния ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) клопиксол
- 2) галоперидол
- 3) лития карбонат
- 4) циклодол

Задание #29

Вопрос:

Какие из перечисленных препаратов применяются в качестве корректора при нейролептической терапии ?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) реладорм
- 2) кофеин
- 3) ноотропил
- 4) циклодол
- 5) фентанил

Задание #30

Вопрос:

Какой из перечисленных препаратов является предпочтительным при купировании соматогенного делириозного синдрома?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) циклодол
- 2) амитриптилин
- 3) галоперидол
- 4) соли лития
- 5) ноотропил
- 6) финлепсин

Задание #31

Вопрос:

Для лечения ажитированной депрессии показан:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) amitriptilin
- 2) mepipramin
- 3) triflazin

Задание #32

Вопрос:

Для купирования эпилептического статуса наиболее эффективно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) в\в введение седуксена
- 2) в\в введение аминазина
- 3) в\в введение оксибутирата натрия
- 4) в\в введение магнезии

Задание #33

Вопрос:

Мелипрамин относится к антидепрессантам:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) трициклического ряда
- 2) тетрациклического ряда
- 3) ингибиторам МАО
- 4) обратного захвата серотонина

Задание #34

Вопрос:

Амитриптилин относится к антидепрессантам:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) трициклического ряда
- 2) тетрациклического ряда
- 3) ингибиторам МАО
- 4) обратного захвата серотонина

Задание #35

Вопрос:

К противопоказанию к лечению amitriptilinom не относится:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) глаукома
- 2) гипертрофия простаты
- 3) мерцательная аритмия
- 4) туберкулез легких

Задание #36

Вопрос:

Феназепам может быть использован при лечении:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) фобических расстройств
- 2) корсаковского синдрома

- 3) ажитированной депрессии
- 4) маниакальный синдром

Задание #37

Вопрос:

Длительность терапии солями лития с профилактической целью составляет:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) несколько дней
- 2) несколько недель
- 3) несколько месяцев
- 4) несколько лет
- 5) многие годы

Задание #38

Вопрос:

Какой из перечисленных нейролептиков в большей степени способен вызвать лекарственный гепатит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) аминазин
- 2) галоперидол
- 3) зипрекса
- 4) трифтазин
- 5) клопиксол

Задание #39

Вопрос:

Для лечения дистимии используются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нейролептики
- 2) антидепрессанты
- 3) ноотропы
- 4) транквилизаторы
- 5) противосудорожные

Задание #40

Вопрос:

Какая из групп препаратов наиболее эффективна при лечении соматизированных депрессий:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нейролептики
- 2) транквилизаторы
- 3) антидепрессанты
- 4) психостимуляторы
- 5) ноотропы

Задание #41

Вопрос:

К трициклическим антидепрессантам относится:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) amitriptilin
- 2) fluoksetin
- 3) sertralin
- 4) maprotilin

Задание #42

Вопрос:

При нарушениях сна в виде поздних засыпаний в рамках невротической депрессии показан:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) аминазин
- 2) пирацетам
- 3) миансерин
- 4) азалептин

Задание #43

Вопрос:

Какой из перечисленных антидепрессантов обладает большим стимулирующим эффектом по сравнению с другими:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) amitriptilin
- 2) циталопрам
- 3) fluoksetin
- 4) имипрамин

Задание #44

Вопрос:

Какие препараты относятся к атипичным антипсихотикам:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) галоперидол
- 2) аминазин
- 3) эглонил
- 4) оланзапин

Ситуационные задачи

Задача №1

Большая П., 28 лет. Не работает, живёт в районном центре с матерью, бабушкой и сестрой. Поступила в психиатрическую больницу для решения вопроса о трудоспособности.

Родилась после кесарева сечения недоношенной. Росла слабой, «нервной», капризной. Часто болела. Сидеть начала к 10 месяцам, стоять после года, ходить после 1 года и 4-х месяцев. Посещала детские дошкольные учреждения, начинала обучение в общеобразовательной школе, не справилась, закончила обучение в коррекционной школе. Недолго проработала на фабрике, была очень медлительной, быстро уставала, и была уволена. С этого времени не может найти работу. Дома помогает по хозяйству после напоминаний матери, также медлительна, ленива. Была замужем, развелась, родила недоношенного ребёнка, который сразу умер. В школе характеризовалась как трудолюбивая, ответственная, прилежная. С детства наблюдалась у психиатра из-за раздражительности. В отделении быстро освоилась, общается с молодыми больными, следит за внешностью, опрятна. Помогает в хозяйственных делах. Несколько неловка в движениях, мимика обеднена. Охотно вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу,

несколько обстоятельна. Суждения поверхностны и примитивны, ограничен круг интересов, мал запас знаний. В отделении в целом режим соблюдает, но бывает капризна, конфликтна, издевается над больными, при замечаниях даёт бурные аффективные реакции.

Была направлена с реабилитационной целью в швейный цех. Шила медленно, часто ломала иголки, работала без желания. Легко вступала в контакт с больными, была навязчива, конфликтна, поучала других больных, делала им замечания.

Результаты психологического исследования: инструкции понимает, темп работы невысок, ориентирована в бытовых вопросах, мышление тугоподвижное с признаками обстоятельности. Уровень абстрагирования снижен. Пословицы трактует буквально, словарный запас ограничен. Читает бегло, смысл прочитанного понимает недостаточно. Продуктивность мнестической функции недостаточна. Внимание истощаемо, неустойчиво.

Заключение невролога: резидуальная перинатальная энцефалопатия.

Заключение окулиста: расходящееся содружественное косоглазие ОД, амблиопия ОД.

Результаты электроэнцефалографии: замедление альфа ритма с обеих сторон, признаки дисфункции подкорковых структур. Снижен порог судорожной готовности.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача №2

Больной Ш., 43 лет. В течении 2-х лет страдал обострениями хронического, гнойного правостороннего гайморита, был оперирован, после чего воспалительный процесс прекратился. Однако с этого времени стал крайне ипохондричен, акцентирует своё внимание на тягостных телесных ощущениях, которые возникают всегда вслед за любым звуком /исключая обычную разговорную речь/, зрительным раздражителем или за определёнными двигательными актами. В связи с этим стремится к уединению, тишине, избегает двигаться. Стоит больному на фоне тишины услышать хотя бы тиканье часов, как в теле «всё начинает дрожать», всего обдаёт «шорохом», под кожей начинают «вздуваться пузырьки», «всё тело горячим паром надувается». При сильном звуке /сигнал поезда, автомашины/ «всё тело деревенеет», в анальное отверстие проходит продолговатый стержень, «как гвоздь или карандаш», который быстро поднимается вверх, а затем выходит обратно, будто кто вытягивает его. В голове постоянный лёгкий звон, который под влиянием резкого звука перерастает в оглушительные «взрывы» и стрельбу.

При действии зрительных раздражителей возникают аналогичные состояния.

«Смотрю человек споткнулся, уборщица окна протирает– по моему телу сразу же шорох проходит». Когда закрывает глаза, отчётливо ощущает, как правый глаз «под веком чёрная плёнка закрывает», в левом глазу появляется «ровный столбик света, который постепенно рассыпается». Считает, что это появилось у него после исследования глазного дна.

Некоторые двигательные акты вызывают неприятные тягостные ощущения в теле. При наклоне головы вправо «ударяет током по всему телу». Если двигает правой рукой, в области лопатки «распухает», в концах лопатки «появляются колики», которые затем с закономерной последовательностью перемещаются в левую лопатку и далее в подмышечную область.

По данным неврологического клинического обследования и результатам дополнительных исследований (компьютерная томография мозга) выявлены признаки хронического арахноидита.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 3

Больная Ш., 48 лет. Родилась первым ребёнком в семье. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие соответствовало возрастной норме. Окончила 11

классов и педагогический институт, 26 лет, работала программистом, справлялась. Была весёлой, общительной. Год назад уволена с работы по сокращению, находилась на учёте в службе занятости. Была в браке, последний год в разводе из-за измены мужа. В 6-ти летнем возрасте перенесла сотрясение головного мозга, много лет жаловалась на головные боли, но к врачам не обращалась. Менструации регулярные. Жила с детьми, отношения с ними были хорошими. Самостоятельно вела домашнее хозяйство, справлялась, была аккуратной хозяйкой, читала, смотрела телевизионные передачи. Два года назад после перенесённого гриппа развилась аносмия.

Психическое состояние изменилось в течении года. Стала бездеятельной, перестала заниматься ведением домашних дел. Появилась прожорливость, пропало чувство брезгливости, ела отходы из мусорного ведра, сырую картошку, ходила по подъезду, выпрашивая еду, собирала у соседей хлеб, совершала нелепые действия. Неоднократно задавала одни и те же вопросы, сразу же забывала ответы на них. В течении последних 6-ти месяцев перестала следить за своим внешним видом, отказывалась мыться, причёсываться. Целыми днями лежала ничего не делая. Стала говорить детским голосом. Иногда говорила нелепости: «Родные живут напротив, зять под окном пляшет чечётку, сосед дочери под окном трясёт половики». Спала с включённым светом, объясняя это тем, что придут большие тараканы, которые едят людей. При попытке одеть её и вывести на улицу начинала сопротивляться и кричать. Дочь обратилась к психиатру.

На отделение пошла с принуждением, отказывалась раздеваться, сказала, что не останется в больнице. Оглядывалась по сторонам, была суетливой, многоречивой. Неадекватно улыбалась. Говорила, что ничего не понимает. На беседу в кабинет пришла самостоятельно, ориентирована полностью правильно. Сознание не помрачено. Неряшлива, санитарно запущена, не причёсана, ногти не подстрижены, грязные, от больной запах мочи. Во время беседы отмечалась эхомимия, подмигивала, неадекватно улыбалась. С усмешкой говорила, что в течении 6-ти месяцев не занимается домашними делами, не видит в этом смысла, «...замечательно, когда ребёнок занимается этими делами». Заявила, что грязное бельё в квартире сначала «копилось тазиками, затем целлофановыми пакетами, затем его стала стирать дочь». Наблюдались паралогичные высказывания, символика, считала, будто родные живут напротив, т.к. «дом напротив строился буквой Р, затем его стали строить буквой П». Способность к абстрагированию существенно не нарушена. Память без грубой патологии. Эмоционально неадекватна. Безразлично говорила о разводе с мужем, холодно рассказывала о детях. Говорила детским голосом, растягивая слова, неряшлива, самостоятельно себя не обслуживала, мочилась в постель, аппетит повышен.

Заключение невролога: Атрофическое заболевание головного мозга?

Объёмный процесс головного мозга? /лобной доли левого полушария/? Дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 степени.

ЭХО-ЭГ: желудочковые комплексы незначительно усилены, без смещения.

ЭЭГ: ирритация медио-базальных образований с обеих сторон. ЭЭГ свидетельствует об ирритации межэнцефальных структур; о наличии общемозговых изменений.

Заключение нейрохирурга: Гигантская опухоль ольфакторной ямки.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача №4

Больная А., 25 лет, продавец. Поступила повторно. Наследственность не отягощена. Родилась и росла здоровой. Окончила 9 классов и железнодорожный техникум. Несколько лет живёт в гражданском браке с мужчиной. Частным предпринимателем. Работает у него продавцом на рынке. Общительная, впечатлительная, мнительная, упрямая. Полгода назад отношения с мужем расстроились, некоторые родственники мужа были ею недовольны, резко критиковали. Муж также обвинял её в недостаточном внимании к себе, невыполнении обязанностей по дому. Обращалась к гадалкам, которые сообщили ей, что на неё «наведена порча». В день госпитализации муж заявил, что окончательно разрывает с ней отношения и предложил покинуть квартиру. С этого времени

стала растерянной, плохо понимала происходящее, не могла справиться с работой. Бегала в часовню, выбегала на улицу, с целью «защиты от порчи» (по совету гадалки) кричала: «Не подходите ко мне, вокруг меня огонь!» Считала, что из-за «порчи» сожитель и его родственники преследуют её и хотят с ней расправиться. По инициативе родных была госпитализирована в психиатрическую больницу.

При поступлении была тревожной, напряжённой, испытывала страх, не хотела отпускать от себя мужа. Сопротивлялась осмотру, отвечала не на все вопросы, отказывалась от лечения, ходила босиком. Заявляла, что на неё наведена «порча», боялась быть убитой, при введении лекарства заявила, что ей сделали смертельный укол. Отказывалась от еды, в поведении отмечались черты демонстративности. После терапии нейролептиками и антидепрессантами поведение быстро стало упорядоченным, была приветливой, общительной, появилась критика к болезненным переживаниям.

Сомато-неврологически: без патологии.

Заключение психолога: личность инфантильная, примитивная, зависимая, с истероидными чертами.

Была выписана домой, в течении 4-х месяцев чувствовала себя хорошо, психиатра не посещала, иногда принимала соннапакс. Продолжала работать продавцом на рынке, справлялась, продолжала жить с мужем, отношения с ним нормализовались.

Последнюю неделю чувствовала слабость во всём теле, перестала есть, выгибалась дугой, с шумом выдыхала воздух, ходила в церковь, молилась, снова ходила к гадалкам и говорила о наведении «порчи». Была повторно госпитализирована. При поступлении: заторможена, разговаривает с закрытыми глазами, назвала свои паспортные данные, текущую дату, отвечает кратко, после пауз, при постоянном побуждении к ответу, иногда не в плане спрошенного. При расспросе о переживаниях перестала отвечать, очень скупо сообщила, что «внутри меня от горла до низа едет поезд и рубит кишки на куски». Несколько тревожна, периодически на лице появляется страдальческое выражение, начинает выгибаться в постели. Критики к переживаниям нет. В последующие дни была то отрешённой и малоподвижной, то возбуждённой. Пела песни, кричала, пищу выплёвывала, мочилась в постель. В последующие дни то лежала с закрытыми глазами, то вскакивала, бормотала, повторяла стереотипные фразы, инструкции не выполняла, при попытке накормить её сжимала зубы, временами становилась импульсивной. В последние два дня отрешена, контакту не доступна, совершает хаотичные движения руками, взгляд застывший, иногда что-то неотчётливо бормочет, отказывается от пищи, попросила напоить её, пила много и жадно. Тонус мышц не изменён, температура тела нормальная.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача №5

Больная Ж., 32-х лет, военнослужащая. Поступила в психиатрическую больницу впервые, для проведения военно-психиатрической экспертизы.

С детства росла бойкой и своенравной девочкой, привыкла получать то, что хотела. отличалась высокой самооценкой, умела настоять на своём. Была трудолюбивой, упорной в достижении цели, в школе её ценили, хвалили, ставили в пример окружающим. Занималась общественной работой. Высшее образование получать не стала, так как семья имела материальные трудности. Поступила на работу в воинскую часть, аттестовалась. Дисциплинарные требования переносила легко, так как её пунктуальность и исполнительность всегда замечались и поощрялись. Вышла замуж, родила двоих детей. В муже быстро разочаровалась, так как он оказался несамостоятельным, «рохлей», начал злоупотреблять алкоголем. Без сожалений развелась с ним. гордилась, что одна успешно справляется с воспитанием детей. Дети росли довольно болезненными, выяснилось, что они нуждаются в дорогостоящем лечении. Чтобы заработать денег

решила поступить по контракту в ограниченный контингент войск за рубежом. Была направлена в лагерь для подготовки к службе. В лагере жила в комнате с двумя молодыми девушками, которые, по мнению больной больше внимания уделяли не работе, а мужчинам. Девушки пользовались успехом, поздно приходили ночевать. С неприятным чувством обнаружила, что на неё мужчины мало обращают внимания. Стала делать девушкам замечания, ходила жаловаться на них командованию, возникла конфликтная ситуация. Руководство части в связи с этим отказало ей в заключении контракта.

В характеристиках из в/части описано поведение больной после того, как ей сообщили об этом решении. Поздно вечером больная подошла к солдату-часовому, отобрала у него автомат, под угрозой оружия на протяжении нескольких часов заставляла его делать нелепые поступки: перерезать сигнальную проводку на КПП, перелезть через забор части и на частном огороде выкопать морковь на грядке, ползти по пластунски под кустами. При этом была возбуждена, глаза блестели, непрерывно говорила. Когда её задержали, с воодушевлением объяснила, что изобразила имитацию нападения партизан, что продемонстрировала свои исключительные способности: ловкость, быстроту мышления и принятия решений, бесстрашие, силу. Сделала это для того, чтобы командование пожалело о потере «ценного кадра» в её лице, раскаялось, пересмотрело своё решение и заключило с ней контракт.

При поступлении в психиатрическую больницу в первые несколько дней была возбуждённой, охотно говорила о своих способностях к «разведывательной и антидиверсионной деятельности», темп мышления был ускорен, демонстрировала мускулы на руках, вспоминала, что занималась в школе легкой атлетикой, «была лучшей». При этом на лице часто появлялось «оскорблённое» выражение, многократно повторяла: «...они ещё пожалеют!...». Была подвижной, постоянно ходила по палате. Садилась на койку на несколько минут, снова вскакивала и начинала ходить. С трудом засыпала. Ситуацию. помещения в психиатрическую больницу воспринимала без критики, как бы «не замечала её».

Больной были назначены нейролептики, быстро успокоилась, начала понимать, что поведение было неадекватным, описывала его как «ажитацию». Начала осознавать ситуацию с помещением в больницу, чувствовала себя обиженной в связи с этим, испытывала тревогу по поводу экспертного решения, беспокоилась, сможет ли остаться в армии.

Физически здорова.

По результатам психологического исследования патологии психических функций не выявлено, Личность с чертами демонстративности.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача №6.

Больная Ф., 55 лет, инвалид 2 группы по соматическому заболеванию. Поступила впервые в психиатрическую больницу для уточнения состояния и лечения.

Наследственность не отягощена, имеет среднее образование, долгие годы работала прядильщицей. Спокойная, уравновешенная. Живёт с мужем, отношения в семье хорошие, имеет взрослых детей, живущих отдельно. 2 года назад была прооперирована по поводу злокачественной опухоли матки. На фоне гормональной терапии развился тромбоз мелких ветвей легочных артерий, отмечались вегетативно-вестибулярные нарушения, синкопальные расстройства сознания. Наблюдалась у невролога, гинеколога-онколога, ставился диагноз церебрального атеросклероза, артериальной гипертензии, патологического климакса. Ещё до операции, уже зная об опухоли, обратилась к «бабке», которая сказала, что болезнь «сделал кто-то из соседей». Стала меньше встречаться с соседями, обдумывала, кто это мог быть. После операции стала пассивной, безразличной, иногда говорила, что соседи за спиной обсуждают состояние её здоровья. Была установлена 2 группа инвалидности по соматическому заболеванию. Год назад родственники стали замечать, что она

постоянно повторяет одно и то же, забывая, что рассказывала перед этим. Была вялой, безучастной, ничего не делала в саду, но постоянно давала советы. Жаловалась на головные боли, принимала много лекарств, часто вызывала СП, но предъявляла очень неопределённые жалобы. На очередном переосвидетельствовании во МСЭК ей сказали о возможности «снятия» группы инвалидности, так как онкологи своей патологии больше не находили. Была встревоженной, без конца переспрашивала у родных, может ли такое быть, имеют ли врачи право так поступить. За три месяца до поступления написала «прощальную записку». Периодически говорила, что не хочет жить, что если она умрёт, то умрут и все окружающие. Перестала узнавать родных по телефону, а затем и при встрече. Иногда совершала нелепые бесцельные действия. После улучшения состояния уже в психиатрическом отделении рассказала, что в тот момент не узнавала свою квартиру, «казалось, что что-то не так». Говорила, что записку написала не она, а ей её «подбросили». За несколько дней до поступления ушла гулять с собакой и не вернулась, родные нашли её через 1,5 суток, грязную, с синяками на лице, говорила, что «потеряла кошку». В последующем рассказала, что не узнала дом, не могла открыть кодовый замок, бродила вокруг. Такое состояние послужило поводом для госпитализации.

В отделении первое время была безучастна, плохо доступна контакту, говорила, что ничего не помнит, повторяла «я чего-то боюсь...». Временами на лице появлялось скорбное выражение.

По данным компьютерной томографии обнаружено некоторое расширение боковых желудочков и расширение субарахноидальных пространств в лобно-теменной области.

Невролог диагностировал дисциркуляторную энцефалопатию 3 ст., атрофию вещества головного мозга, нормотензивную гидроцефалию.

В отделении первое время не находила свою палату, мочилась на пол, не узнавала родных. Постепенно на фоне лечения начала ориентироваться, поведение упорядочилось, узнавала родных, интересовалась домашними делами, сообщила анамнестические сведения о себе. При этом оставалась астенизированной, жаловалась на плохое самочувствие, фон настроения был немного снижен. Была выписана домой. Через полгода после выписки, известно, что дома в основном лежит, ничем не интересуется, не занимается домашними делами, ни с кем не общается, не помнит события своей жизни, текущие события так же не запоминает.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача №7

Больной А., 31 года, поступил в психиатрическую больницу впервые в связи с нелепым поведением.

Бабушка по линии матери умерла от онкозаболевания в возрасте 30 лет. Мать умерла в 37 лет, за 3 года до этого у неё появились психические расстройства. На работе танцевала и пела, стала фамильярной, раздражительной, начала курить, употреблять алкоголь. Неоднократно перечитывала и пересказывала детские книги. Не помнила фамилий и имён своих сотрудников, забыла таблицу умножения, стала ко всему безразличной, перестала интересоваться сыном, последнее время больше лежала, иногда тяжело вздыхала.

Единственный ребёнок, рос спокойным, был адаптирован. Закончил школу, ПТУ по специальности слесарь КИПа, закончил военное авиационное училище, служил на аэродроме. В последние годы работал оперуполномоченным УВД, затем переведён в участковые милиционеры, т.к. с обязанностями не справлялся. Год назад контракт с ним не был возобновлён, после этого не работал. Женат, имеет дочь 6 лет, отношения с женой были хорошими, но после того как уволился с работы и появились материальные проблемы, жена попросила отца больного взять его к себе около 9 месяцев живёт с отцом и мачехой. Соматических заболеваний, травм головы не было. Алкоголем не злоупотреблял. Около 2-х лет назад постепенно стал хуже справляться с работой, в дальнейшем не предпринимал попыток к трудоустройству, хотя семья испытывала материальные проблемы. Дома был пассивен, целыми днями бездумно смотрел телевизор. Если отец запрещал ему, то читал

художественную, преимущественно мистическую литературу. При этом не мог сказать, что читает и пересказать прочитанное. Начал всё меньше общаться с окружающими, появилась ранее не свойственная неряшливость, не брился, не мылся, отказывался сменить одежду. Летом в жару одевал зимние сапоги и утеплённую куртку, не ходил к жене, не интересовался дочерью. Речь стала совсем бедной, чаще лишь односложно отвечал на вопросы, забывал название предметов обихода «дай то, чем режут». Начал как маленький ребёнок рассказывать, что видел на улице карлика, людей без ног, с отрезанными руками. Был госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении был эмоционально монотонен, не мог объяснить своего поведения дома. Во время инъекции возбудился, кричал, стал тревожным, беспокойным, сам рассказал, что примерно 1,5 месяца назад увидел на улице несколько человек с отрезанными руками и ногами, «понял, что существует организация, которая этим занимается. Из-за этого не выходил из дома, но при этом страх отрицает. Ориентирован верно, понимает, что находится в больнице. В последующем стал спокоен, пассивен, медлителен, безразличен к пребыванию в больнице, временами не мог сказать, где находится. При подсказке говорил, что он в больнице, но не знает в какой и как долго лечится. В последний месяц поведение стало стереотипным после завтрака сидел в столовой, ждал обеда, после тихого часа также сидел и ждал ужина. Ни с кем не общался, лицо амимично, не интересовался домашними делами, семьёй, своей судьбой, нет планов на будущее. Речь крайне обеднилась с момента поступления, фразовой речи почти нет, отмечается стереотипное повторение одних и тех же слов.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9)

Задача № 8

Больная Л., 45 лет, предъявляет жалобы на тревогу, подавленность, слабость, на приступообразные боли в животе, на периодические мысли о наличии тяжёлого заболевания.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в семье служащих. Беременность у матери протекала без особенностей, роды – кесаревым сечением. Родители развелись, когда больной было 6 лет, воспитывалась, преимущественно, бабушкой. Была стеснительной, впечатлительной, тревожно-мнительной девочкой. Закончила 10 классов общеобразовательной школы, техникум по специальности экономист. В 19 лет вышла замуж, отношения с мужем складывались хорошо, родила двух дочерей. Старшая из них страдала врождённой патологией сосудов, часто болела, требовала постоянного ухода, из-за чего больная не смогла трудоустроиться. После её смерти в 8 летнем возрасте сосредоточилась на воспитании младшей дочери и на муже, который служил военным моряком. Пыталась работать секретарём-машинисткой, рассчиталась из-за постоянных переживаний за выполняемые обязательства. По характеру оставалась тревожно-мнительной, эмоциональной, склонной к навязчивым опасениям, сомнениям, к легко возникающим страхам.

Ухудшение состояния впервые возникло после смерти дочери, которой была неудачно выполнена операция. Снизилось настроение, нарушился сон, аппетит, похудела, усилилась тревога за состояние здоровья близких, тогда же впервые появились боли в животе приступообразного характера, что было расценено как результат нарушения питания. Впоследствии настроение улучшилось, тревога уменьшилась, однако, боли в животе легко возобновлялись при волнениях за близких, при попытке трудоустроиться, при этом периодически сопровождалась тошнотой. Стала фиксировать внимание на ощущениях в животе – периодически чувствовала «брожение», «раздувание» в животе, появились мысли о наличии нераспознанных заболеваний. Обследовалась, был выявлен калькулёзный холецистит вне обострения, прооперирована в плановом порядке, но неприятные ощущения в животе периодически возобновлялись, сопровождалась тревогой, активным обращением к врачам различных специальностей.

Настоящее ухудшение в течении месяца после очередной психотравмирующей ситуации – муж был в плавании, а по телефону периодически звонил неизвестный и заявлял, что «муж не вернётся»,

что «муж погиб». После возвращения супруга, вновь, появились боли в животе, стала ощущать как «пища движется», ощущала страх за собственное здоровье, стала голодать, появились мысли о раке. Обращалась к онкологу, патологии не выявлено. По инициативе участкового терапевта была направлена к психиатру в диспансерное отделение, где дала согласие на стационарное лечение в психиатрической больнице.

При поступлении – астенизирована, тревожна, фиксирована на ощущениях в животе «болит», «схватывает» отмечает периодическую тошноту, просит назначить активное лечение – «чтобы уснуть и всё забыть». Вместе с тем высказывает недоверие ранее проведённым обследованиям. Сознание ясное. Ориентирована. Активной психотической симптоматики нет. Мышление, интеллект, память – без патологии. Эмоционально лабильна, тревожна, фон настроения снижен. Критична.

Соматически: в анализах крови и мочи – норма.

Заключение терапевта: Постхолецистэктомический синдром?

Неврологически: ЧМИ – без очаговой симптоматики.

В отделении большую часть времени лежит, выражение лица страдальческое, вместе с тем тщательно следит за своей внешностью, аккуратна. Отказывается от больничной пищи, избирательно ест пищу, приносимую мужем из дома. Сохраняется фиксация на неприятных ощущениях в животе, строит различные предположения о наличии соматической патологии. К лечению относится добросовестно охотно принимает медикаментозную терапию, к психотерапии относится формально.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача №9

Больной Т., 20 лет, находился на стационарном лечении в отделении неврозов. Наследственность не отягощена, родился здоровым, рос и развивался нормально. Воспитывался в условиях конфликтных отношений между родителями из-за пьянства отца. Семья жила в Киргизии, в сельской местности. Когда больному было 10 лет, вместе с семьей переехал в Россию. Причина переезда заключалась в межнациональных конфликтах. Жили так же в сельской местности. Получил среднее специальное образование, освоил профессию механизатора. В настоящее время работает в совхозе механизатором, живёт с матерью и сестрой, отношения хорошие. Выпивает 1-2 раза в неделю по 1 бутылке пива. Был призван в армию 2 года назад, служил в артиллерийских войсках, 15 месяцев участвовал в боевых действиях на территории Чечни. В начале испытывал страх, потом адаптировался. Чтобы снять нервное напряжение ежедневно выпивал по 100- 200 гр. водки. В последнем бою получил ранение в область живота, на его глазах произошла гибель товарища. Лечился в госпитале, после чего вернулся домой. В течение месяца продолжал ежедневно выпивать, потом устроился на работу и частый приём алкоголя прекратил. Вскоре после этого каждую ночь стал видеть кошмарные сновидения с воспроизведением боевых действий, гибели товарища, угрозой собственной гибели. В течение ночи часто просыпался, не мог выспаться, отсутствовало чувство бодрости, отдыха после сна. Появились головные боли, раздражительность, неустойчивое настроение, такое состояние продолжалось около месяца, после чего сам обратился в поликлинику ЦРБ, был госпитализирован в отделение неврозов. В отделении быстро освоился, легко общался, был приветлив, дружелюбен, настроен на лечение. Отмечалось лёгкое снижение фона настроения, в первые дни пребывания – утомляемость.

Соматический и неврологически здоров.

По данным опросника Шмишека определялось усиление дистимических и тревожных черт. После проведённого лечения состояние улучшилось, кошмарные сновидения исчезли. Находился в лечебном отпуске дома, там чувствовал себя хорошо. Был выписан домой.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).

2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача №10

Мальчик 11 лет. Родился от беременности, протекавшей с сильной рвотой, отеками, головными болями. В конце беременности мать перенесла тяжелое простудное заболевание, принимала много лекарств. Раннее развитие ребенка было своевременным, но он много болел. Во время болезни (и особенно при высокой температуре) у него появлялись галлюцинации, он плохо засыпал, испытывал страхи, что-то видел, куда-то в ужасе бежал, иногда возникали судорожные подергивания мышц рук и ног. С 3-4-летнего возраста эти явления стали проходить, но мать заметила, что ребёнок плохо переносит жару, духоту, езду в транспорте, быстро устаёт. Если ребёнок простужался, то болезнь протекала длительно, он становился еще более утомляемым и вялым.

Мальчик был повышенно суетлив, раздражителен, плаксив. Все это стало особенно заметным, когда он пошёл в школу: быстро уставал, к концу урока плохо соображал. Если не удавалось отдохнуть, то запоминал с трудом, становился неусидчивым, внимание его рассеивалось. Если поздно ложился спать, то утром был обидчивый и вспыльчивый. В ответ на легкие обиды начинал драться. Однажды его толкнули, он упал, ушиб голову. В больнице пробыл неделю, кружилась и болела голова. Потом эти явления уменьшились. Учился мальчик все хуже и хуже. Это стало очевидным в 4 классе, когда нагрузка возросла. Ребенка направили на консультацию к врачу. В психическом статусе: астенизирован, утомляем, малоактивен в беседе. Речь с нечётким звукопроизношением, словарный запас ограничен. Память и интеллект снижены, но без грубых нарушений (общий IQ по Векслеру: 85). Эмоционально лабилен, на глазах часто появляются слезы. Внимание отвлекаемо.

Задание:

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения (ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

МОДУЛЬ: ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-8

1. Согласно отечественному определению психотерапия – это:
 - а) особая профессия, требующая специальной подготовки;
 - б) взаимодействие между пациентом (пациентами) и терапевтом (терапевтами) с целью устранения нарушений поведения и болезненных состояний;
 - в) исцеление душой;
 - г) метод активизации процесса научения;
 - д) система лечебного воздействия на психику и через психику – на организм больного.
2. Актуальность теоретического наследия родоначальников отечественной нейрофизиологии для психотерапии связана с тем, что:
 - а) был заложен фундаментальный рефлексологический подход к изучению высшей нервной деятельности, обосновывающий поведенческий подход к психотерапии;
 - б) было обосновано современное понимание феномена гипноза;
 - в) было разработано используемое в настоящее время понимание феномена внушения;
 - г) было обосновано актуальное в настоящее время понимание рациональной психотерапии;
 - д) их исследования способствовали развитию психоаналитической психотерапии.

3. Из всех типов нервной системы считается наиболее совершенным (И.П.Павлов):

- а) сильный уравновешенный тип;
- б) сильный неуравновешенный тип;
- в) слабый неуравновешенный тип;
- г) слабый уравновешенный тип;
- д) сангвинический тип.

4. В доказательной медицине показана клиническая эффективность следующих методов психотерапии:

- а) психоанализа З.Фрейда и группанализа;
- б) клинической психотерапии и психодрамы;
- в) трансперсональной психотерапии и символдрамы;
- г) когнитивно-поведенческой психотерапии и частично гипнотерапии;
- д) трансактоного анализа и арттерапии.

5. В последующей жизни индивида имеют значение:

- а) врожденные особенности его телесной организации;
- б) врожденные особенности его духовной организации;
- в) наследственные творческие способности;
- г) то, что включается в жизненный стиль индивида, формирующийся в первые 3-5 лет;
- д) врожденная склонность к религиозности.

6. Психоаналитическая регрессия определяется:

- а) вытеснением либидо;
- б) психическим процессом, благодаря которому психический акт способный быть осознанным, перемещаясь в систему бессознательного;
- в) психическим процессом, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему;
- г) возвратом сексуальности к архаическим основам;
- д) возвратом либидо на более ранние ступени его развития.

7. Жизненный стиль индивида определяется:

- а) проявляющимися в общении с людьми архетипами;
- б) властным отношением к людям;
- в) проявлением в творчестве врожденных характерологических черт;
- г) способом решения проблем возникающих в основных жизненных сферах;
- д) способом деритуализации.

8. В отличие от театра в психодраме участник исполняет предписанную роль:

- а) наедине с психотерапевтом, чтобы показать ему нагляднее, через театральное преувеличение, свои симптомы;
- б) в импровизированном представлении, активно экспериментируя с теми значимыми для него ролями, которые он играет в реальной жизни;
- в) невротика, а психотерапевт – роль здорового;
- г) не на сцене, а специальной психотерапевтической комнате;
- д) невротика в семье, перед знакомыми по заданию психотерапевта.

9. Гештальттерапия ставит своей целью:

- а) проведение анализа вместе с членами группы своего индивидуального отношения к живой и неживой природе;
- б) изучение вместе с участниками этого процесса психологических и логических закономерностей в группе;

- в) изучение вместе с участниками различных характерологических вариантов для возможности прогнозировать переживания и поведение партнера в различных ситуациях;
- г) пробуждение организмических процессов участников путем поощрения расширения осознания и продвижения по направлению достижения зрелости;
- д) самоактуализацию духовной сексуальности.

10. Логотерапия, предложенная В. Франклом, направлена на:

- а) придание смысла жизни пациенту;
- б) помощь пациенту разобраться в характерах людей по особенностям их речи и на основании этого строить с людьми дружеские отношения, смягчая свою душевную напряженность;
- в) помощь пациенту спонтанно найти свой смысл жизни;
- г) придание цели жизни пациента;
- д) побуждение пациента к религиозному переживанию.

11. Теория игр в транзактном анализе определяется основным принципом:

- а) игра целебно смешит человека;
- б) игра может огорчить человека (в случае проигрыша) и вызвать болезнь;
- в) игра несет в себе древнюю жизнь наших предков;
- г) любое общение полезно и выгодно для людей;
- д) игры претворяют в себе работу «коллективного бессознательного».

12. Холотропная дыхательная техника – это метод:

- а) применения галлюциногенов при погружении в транс;
- б) применения психоделических растений при лечении депривации сна;
- в) соединения в себе дыхательной гимнастики йогов и музыкотерапии;
- г) соединения безлекарственного действия гипервентиляции и музыки;
- д) действия холотропно-соматически на организм.

13. К методам психоаналитической психотерапии относятся:

- а) имаготерапия;
- б) ортодоксальный психоанализ;
- в) бихевиоральная психотерапия;
- г) когнитивная психотерапия;
- д) гештальт-терапия.

14. К методам когнитивной психотерапии относятся:

- а) рационально-эмотивная психотерапия;
- б) клиент-центрированная психотерапия;
- в) символдрама;
- г) поведенческая психотерапия;
- д) нейролингвистическое программирование.

15. Особенность клинической психотерапии состоит в том, что:

- а) истинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением;
- б) для клинического психотерапевта имеет смысл вопрос, какой психотерапевтический метод сильнее, эффективнее;
- в) используются методы «глубинной», психоаналитической, трансперсональной психотерапии;
- г) это психотерапевтическое лечение довольно тяжелых больных в клинике или врачебной амбулатории.

16. Формируя первые научные представления о гипнозе, Д Брэд:

- а) полагал, что личность гипнотизера не оказывает серьезного воздействия на развертывающиеся перед ним явления;
- б) выдвинул «психонейрофизиологическую» теорию гипнотизма;
- в) полагал, что различные гипнотические феномены могут возникать в результате словесного внушения;
- г) считал, что гипнотизер подобен механику, приводящему в действие организмические силы организма;
- д) отбросил идею флюида.

17. Психологическая и психотерапевтическая помощь при переживании утраты в первую очередь направлена на:

- а) работу с личностью пациента;
- б) проработку чувств пациента по отношению к объекту привязанности;
- в) нейтрализацию негативных чувств по отношению к объекту привязанности;
- г) активизацию психологических процессов переживания горя и утраты;
- д) работу с детскими конфликтами, лежащими в основе привязанности к объекту;

18. Содержание терапевтического контакта в процессе психологического консультирования и психотерапии наиболее точно отражает термин:

- а) особый интимно-личностный контакт;
- б) эмпатический контакт;
- в) терапевтический перенос;
- г) терапевтический альянс;
- д) глубокий эмоциональный контакт.

19. Контрперенос в консультировании и психотерапии проявляет себя в поведении консультанта:

- а) состояниями «сверхвключенности» в ситуацию консультирования;
- б) переживанием ярких позитивных или негативных чувств по отношению к пациенту;
- в) различными чувствами и спонтанными ассоциациями в процессе консультирования;
- г) активизацией переживаний, сопряженных с личными проблемами;
- д) неосознанными действиями, искажающими терапевтический контакт;

20. Стойкая терапевтическая резистентность аддиктивного расстройства, как правило, сопряжена с:

- а) коморбидными психическими расстройствами;
- б) проблемами созависимости в семье пациента;
- в) расстройством личности пациента;
- г) недостаточной эффективностью проводимой психотерапии;
- д) низкой мотивацией пациента;

21. Психотерапевтическая тактика лечения хронического алкоголизма - это все перечисленное, кроме:

- а) преобразование алкогольной позиции больного;
- б) осознание необходимости меняться в процессе динамики жизненного процесса особенно при наличии решения лечиться;
- в) формирование мотива к трезвости;
- г) адаптация больного к его микросреде на уровне трезвенности;
- д) формирование у больных свойств трезвенника.

22. В психотерапевтическом кабинете психоневрологического диспансера проводится лечение пациентов, кроме:

- а) с нарушениями физиологических функций психогенной этиологии;

- б) с острыми реакциями на стресс;
- в) с нарушениями семейного функционирования;
- г) с манифестными психотическими расстройствами;
- д) с расстройствами личности.

23. Влияет ли степень мотивации к отказу от табакокурения на эффективность лечения?

- а) да
- б) нет

24. Тактика ведения пациента при неудачной попытке отказа от курения

- а) запретить отказ от курения
- б) назначить повторный курс лечения
- в) направить пациента к психиатру
- г) увеличить дозу лекарственных препаратов

25. Основные принципы проблемно-ориентированной психотерапии:

- а) ориентированность на проблему
- б) ориентированность на пациента
- в) плюрализм методов
- г) структурированность
- д) все перечисленные выше

26. Основными видами эмоционально-стрессовых воздействий являются все перечисленные, кроме

- а) психогенных воздействий
- б) тимогенных воздействий
- в) психосоматических и эндогенно-процессуальных воздействий
- г) стрессогенных воздействий

27. Самая примитивная ступень развития либидо - это

- а) садистско-анальная
- б) генитальная
- в) комплекс Электры
- г) оральная
- д) кишечная

28. Регрессия - это (З.Фрейд)

- а) вытеснение либидо
- б) процесс, благодаря которому психический акт, способный быть осознанным, делается бессознательным, перемещаясь в систему бессознательного
- в) процесс, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему
- г) чисто психический процесс возврата сексуальности к архаическим основам
- д) возврат либидо на более ранние ступени его развития

29. Работа сна состоит (Юнг)

- а) в маскировке бессознательных желаний
- б) сон продуцирует определенную мысль
- в) с помощью сна инстинктивные силы влияют на активность сознания; символы сна есть проявления той сферы, которая вне контроля разума
- г) в работе сна нет смысла и целенаправленности

30. Появление чувства неполноценности особенно сильно способствуют (А.Адлер)

- а) физические недостатки у детей, воспринимающих их как жизненные препятствия
- б) изнеженность в детстве, побуждающее видеть повсюду врагов
- в) упорство и терпеливость ребенка
- г) выраженная "взрослая" самостоятельность ребенка
- д) правильно а) и б)

31. В рамках какой теоретической ориентации дано следующее определение психотерапии: "Психотерапия - это процесс взаимодействия между двумя или более людьми, один из которых специализировался в области коррекции человеческих отношений"?

- 1) динамической
- 2) гуманистической
- 3) когнитивной
- 4) поведенческой

32. Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на:

- а) переучивание
- б) осознание
- в) приобретение нового опыта
- г) переработку иррациональных установок

33. Клиент-центрированная психотерапия предполагает:

- а) использование свободных ассоциаций
- б) директивное отношение психотерапевта к пациенту
- в) работу с иррациональными установками личности
- г) изменение системы отношений пациента

34. Понятия "перенос" и "контрперенос" относятся к следующим направлениям психотерапии:

- а) когнитивной
- б) позитивной
- в) психодинамической
- г) гуманистической

35. В "триаду Роджерса" входят все элементы, кроме:

- а) аутентичность
- б) директивность
- в) безусловная положительная оценка (принятие) пациента
- г) эмпатия

36. Основное в учении Карла Роджерса:

- а) психоанализ
- б) гештальт-терапия
- в) терапия, центрированная на пациенте
- г) индивидуальная психотерапия
- д) аналитическая психотерапия

37. Психология малой группы включает в себя все нижеперечисленное за исключением понятий:

- а) роль
- б) норма
- в) лидерство
- г) индивидуальность
- д) групповой процесс

38. Оптимальным стилем руководства психотерапевтической группой является:

- а) авторитарный
- б) демократический
- в) либеральный
- г) анархический
- д) антиавторитарный

39. Рациональная психотерапия в классическом своем варианте особенно эффективна для лечения

- а) атактичных переживаний
- б) душевно ограниченных пациентов с истеро-невротическими расстройствами
- в) психастеников
- г) всевозможных навязчивостей и мягких параноидальных
- д) ни одно из перечисленных

40. Конфронтация направлена на то, чтобы заставить другого:

- а) осознать свои межличностные отношения
- б) изменить их
- в) проанализировать их
- г) исследовать себя
- д) все перечисленное

41. Материалом для психоанализа, по Фрейду, может служить все нижеперечисленное за исключением:

- а) свободных ассоциаций
- б) реакций переноса
- в) состояния сомнамбулы
- г) сопротивления
- д) сновидений

42. Трансфер - это:

- а) особое состояние сознания
- б) термин из техники психоанализа
- в) перенос на врача чувств пациента
- г) перенос врачом чувств на пациента
- д) ошибочное понимание настоящего посредством прошлого

43. Основателем транзактного анализа является:

- а) Адлер
- б) Берн
- в) Роджерс
- г) Перлс
- д) Юнг

44. Сертификация личности, по Берну, следующая:

- а) Отец, Мать, Ребенок
- б) Взрослый, Ребенок, Родитель
- в) Родитель, Наставник, Ребенок
- г) Врач, Родитель, Ребенок
- д) Отец, Сын, Врач

45. Процесс развития "психодрамы" предусматривает:

- а) раскрепощение двигательной активности участников
- б) стимуляцию спонтанных поведенческих реакций
- в) фокусировку членов группы на конкретной теме
- г) психодраматическое действие и его последующее обсуждение
- д) все перечисленное в совокупности

46. В основе гештальт-терапии лежит:

- а) психоанализ
- б) бихевиоризм
- в) экзистенциализм
- г) гештальт-психология
- д) все перечисленное

47. Основами какого метода психотерапии являются понятия "отношение фигуры и фона", "осознание чувств и сосредоточенность на настоящем", "единство и борьба противоположностей", "функции и защиты", "принятие ответственности на себя":

- а) психоанализа
- б) аналитической психотерапии Юнга
- в) индивидуальной психотерапии Адлера
- г) гештальт-терапии
- д) клиентцентрированной терапии Роджерса

48. Рационально-эмоциональная терапия Эллиса представляет собой:

- а) один из способов когнитивного переструктурирования; момент когнитивно-бихевиорального развития ортодоксальной поведенческой терапии
- б) способ диагностики иррациональных убеждений и систематического замещения их рациональными представлениями
- в) "атаку" и разрушение иррациональных компонентов мышления
- г) терапию, основывающуюся на положении о том, что придерживаться рациональной системы убеждений - значит гарантировать себе жизнь, полную фрустраций
- д) правильно 1) и 2)

49. Внушение действует обычно тем сильнее, чем:

- а) критичнее пациент относится к тому, что ему внушают
- б) спокойнее, будничнее держится психотерапевт
- в) тоньше, глубже размышление о механизме совершающегося с ним в это время
- г) сильнее охвачен пациент верой в психотерапевта
- д) более склонен пациент к психоаналитической терапии

50. Для погружения в гипноз лучше применять:

- а) слабые монотонные раздражители
- б) полифонические раздражители
- в) сильные раздражители
- г) словесное внушение
- д) сочетание вербального внушения с воздействием слабых монотонных раздражителей

Ситуационные задачи

Задача 1

Больной Х., 24-х лет.

Наследственность отягощена алкоголизмом у отца, родители рано развелись, воспитывался бабушкой, жил в стесненных материальных условиях. Данных о раннем психомоторном развитии нет. В школе отучился 5 лет, затем школу бросил. Сам объясняет это тем, что в семье было мало

денег, из-за этого не имел нужного количества школьных принадлежностей, подвергался насмешкам одноклассников. Признает, что учиться было трудно, не всегда справлялся. Несколько лет ничем не занимался, «гулял». Более нигде не учился. С 16 лет работал на неквалифицированных работах, затем получил специальность столяра, был продавцом. Сменил несколько мест работы, якобы везде справлялся, менял работу в поисках более высокой зарплаты. Женат, имеет маленького ребенка, живет с семьей жены, отношения с ее родителями конфликтные. По его словам, сам пришел в РВК для постановки на учет, иначе не мог найти работу, при приписке был признан здоровым. Не был призван в срок, так как уклонялся от службы, жил в это время по другому адресу. Два последних года начал играть на игровых автоматах, по его словам делал это почти ежедневно, несмотря на проигрыши. Нравился процесс игры, деньги занимал, сейчас имеет долг около 200000 тысяч рублей. Со слов жены, проигрывал зарплату, играл по несколько часов в день. Прекратил игру, когда жена была беременна, потом возобновил. Уносил из дома деньги, вещи, начал часто алкоголизироваться. За несколько месяцев до призыва в армию работать перестал, мотивируя тем, что «все равно всю зарплату проигрывал». Служить в армию пошел по своей инициативе, «чтобы уйти от всего этого», при этом имел в виду игровую зависимость, жизнь с тещей. Надеялся, что жена будет во время его службы получать пособие. В армии столкнулся с дедовщиной, пособие вовремя не начислили. Тогда самовольно сбежал из воинской части. Находился дома, не работал. В связи с побегом было возбуждено уголовное дело. Жена характеризует мужа как спокойного, заботливого, однако, в последние 2 года он стал раздражительным, вспыльчивым, часто был в плохом настроении, угрожал суицидальными попытками. Сам пациент считает себя вспыльчивым, неуравновешенным, склонным к агрессивным реакциям. Обратился за психиатрической помощью в связи с плохим настроением и игрой на автоматах. Был госпитализирован на отделение неврозов.

При беседе с врачом вначале был напряжен, недоверчив, сказал, что вопросы ему не нравятся, потом стал отвечать немного более охотно. Словарный запас беден, затрудняется в описании своего душевного состояния, мотивов поведения. Некоторые вопросы не может понять, требуется повторять их в более простой формулировке. Круг интересов ограничен, не читает («не любит этого»), по телевизору смотрит только развлекательные передачи. Суждения поверхностны, инфантильны, всерьез не обеспокоен своей судьбой, перспективами семьи. Знает о возбуждении уголовного дела, не информирован точно о грозящем наказании, «наверное, пошлют в дисбат», не представляет, как будет там служить. К ситуации не достаточно критичен.

В отделении был конфликтен, вспыльчив, легко давал аффективные реакции на ситуации, которые ему не нравились.

По результатам психологического исследования выявлена личностная эмоциональная незрелость, черты эксплозивности, высокий уровень агрессивности. Интеллектуальный уровень соответствует низкой границе нормы.

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 2

Больная Г., 34 года.

Наследственность неотягощена. Мать характеризует больную изначально как спокойную, общительную, склонную к капризам и упрямую. Сама пациентка считает себя с детства замкнутой. Говорит о том, что в школе подвергалась насмешкам одноклассников, так как была толстой. С подросткового возраста появились припадки по типу абсансов, с 17 лет присоединились большие судорожные припадки. Был поставлен диагноз эпилепсии. Получила высшее образование, работала. Много лет находится на инвалидности по неврологическому заболеванию. Несколько лет работала уборщицей. Живет с родителями, своей семьи не создала. Получает противосудорожное лечение, по словам матери, последний припадок был 2 года назад. Была несколько лет членом общества больных «Новые возможности».

На протяжении 5 лет появилось сгибание тела влево при ходьбе, иногда «заплетаются» ноги. Чтобы удержать равновесие, ходит, изогнувшись вправо. Описывает самопроизвольное вращение головы. Считает это следствием противосудорожной терапии. По словам матери, стала раздражительной, бывают немотивированные перепады настроения. Госпитализирована в психиатрическую больницу (психотерапевтическое отделение) по собственной инициативе для подбора лекарств.

В отделении общительна. Ходит, вычурно изгибаясь, прихрамывает, опирается на палку. Иногда изогнутым концом палки тянет себя за шею. Отмечается капризность, упрямство и демонстративность в поведении.

Во время беседы охотно и много рассказывает о своей болезни. Говорит с удовольствием, стремится произвести впечатление. Рассказывает о своих необычных способностях (узнавание мыслей), о понимании процессов своего тела и сущности болезни. При этом от конкретных ответов уклоняется или приводит примитивные примеры. Продемонстрировала двигательные нарушения. Сказала, что занимается зарядкой, бегаёт по утрам вокруг отделения, во время бега тело наклоняется меньше, чем при ходьбе.

Считает, что за последние годы она стала гораздо общительнее, превратилась в лидера, любит быть в центре внимания, «душа компании».

Планирует после выписки работать уборщицей, говорит, что ей нужно двигаться. Надеется на получение квартиры, стоит в очереди. Надеется выйти замуж и, возможно, родить ребенка. Настроение характеризует, как хорошее. Интеллект сохранен.

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 3

Больная Т., 16 лет.

Мать лишена родительских прав, сведений об отце нет. По данным медицинских документов известно, что родилась в срок, в детстве часто болела соматическими заболеваниями. Не справилась с программой массовой школы. Обследовалась в детском отделении психиатрической больницы, после чего была переведена в интернат для детей с умственной отсталостью, жила и обучалась там. С учебой справлялась удовлетворительно, вела себя правильно, была активна, занималась художественной самодеятельностью.

Год назад познакомилась с компанией молодых людей старше себя по возрасту, начала половую жизнь, стала выпивать, нюхала клей. Убегала из интерната, возвращали с помощью милиции. Стала дерзкой, грубой, легко возбудимой. По ее словам, полгода назад была избита на улице, теряла сознание, чувствовала тошноту и головокружение. В связи с нарушениями поведения была госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделении вела себя спокойно, соблюдала режим, была трудолюбива, послушна, помогала медицинскому персоналу. Просила врача о продлении стационарного лечения, явно не желала возвращаться в интернат. При беседе была спокойна, отвечала на вопросы быстро, обнаруживала достаточный словарный запас. Здраво судила о житейских событиях. Свое отставание в начальных классах объясняла частыми болезнями, тем, что много лечилась в стационарах, пропускала занятия. Описывала затруднения в чтении, говорила, что ей трудно воспринимать слово целиком, призналась, что и сейчас трудно читать вслух, может пропускать и переставлять буквы. Рассказывала о том, что поддерживала контакт с родителями отца, которые хотели установить опеку над ней, но им отказали в связи с возрастом. Три месяца назад бабушка умерла, считала, что для нее это был «шок». Свои уходы из интерната объяснила тем, что жила у бабушки, помогала ему по хозяйству. Защищала свою компанию, говоря, что там хорошие люди, что они вместе играли, гуляли. Отрицала половую жизнь, ингаляции клея. Подтвердила, что выпивала в компании. В состоянии опьянения становилась злой и агрессивной. Признаков зависимости не выявилось. Конфликты в интернате отрицала, но говорила, что сейчас «налаживает» отношения с классным руководителем. В будущем планировала поступить в

училище, получить специальность швеи. Также хотела поступать в вечернюю школу, учиться музыке. Себя не считала умственно отсталой. Сказала, что знает о диагнозе, что это не мешает ей жить. То, что учиться в специализированном интернате, так же воспринимала спокойно, «я понимаю, что где-то надо получать образование».

По результатам психологического исследования выявлено замедление динамики психических процессов, затруднения концентрации и переключения внимания, ослабление памяти, невысокий уровень абстрагирования. Интеллектуальный уровень расценен, как снижение по типу социально-педагогической запущенности.

Невролог диагностировал резидуальную перинатальную энцефалопатию, легкие остаточные явления ЗЧМТ.

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 4

Больная Н., 47 лет.

Личность инфантильная, несамостоятельная, с чертами зависимости и демонстративности, чувствительная, принимающая все близко к сердцу. Любит находиться в центре внимания, «эмоциональный лидер». С детства отмечает прогрессирующее снижение зрения, которое особенно усилилось после начала работы бухгалтером. Профессию бухгалтера получила по инициативе матери, самой эта работа не нравилась. Сейчас инвалид 2 группы по нарушению зрения. Была замужем, брак распался по инициативе мужа, который оставил больную. Имеет взрослую дочь, которая живет отдельно своей семьей. Считает, что мать, женщина властная, «давила на нее», подчиняла своей воле. Впоследствии также «давил» и муж, отбирал у нее деньги, сам покупал еду. Сейчас и дочь также «давит» на нее. Пыталась устроить жизнь с другим мужчиной, но у него не сложились отношения с ее дочерью, поэтому она с ним рассталась. После этого стала очень религиозной, «пришла в церковь», на общественных началах помогает в работе воскресной школы, «нашла себя в этом». Два года опекает мальчика из неблагополучной семьи. Надеялась помочь ему, «сделать хорошим человеком», вкладывала в него душу. Приводила мальчика к себе домой, играла с ним, занималась. Родные больной были против ее занятий с мальчиком, пытались ее отговорить. В последнее время обстановка стала конфликтной, так как мама мальчика была настроена против больной, сама стала проводить с ним больше времени, познакомилась со своим сожителем. Больная очень переживала из-за этого, замечала, что мальчик как-то отдаляется от нее, вынужден лгать. На этом фоне в последние месяцы появилась тревога, пониженное настроение, пропал аппетит, хуже спала. Несколько раз возникали приступы с дрожью всего тела, особенно кистей рук. Обследовалась у неврологов, патологии не было найдено. Была госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделении поведение упорядоченное, в меру общительна с больными. Посещает реабилитационное отделение.

При беседе с врачом охотно разговаривает, чувствуется, что довольна вниманием. Манера держаться, разговаривать, интонации носят детский характер. Суждения инфантильны, незрелы. Сказала, что по субъективным ощущениям ей около 20 лет. Рассказывая о посещении ПРО, сообщает, что лепила там фигурки из глины: «ангела с крылышками, цыпляток, мальчика». Очень подробно, эмоционально окрашено рассказывает о своих взаимоотношениях с мальчиком и его семьей. О своих родственниках говорит с обидой, как о людях, не понимающих и давящих на нее. Считает, что все расстройства у нее связаны с переживаниями. Оценивает ситуацию таким образом, что она «взяла на себя слишком многое и не справилась». Просит о выписке домой, хочет поскорее вернуться к посещению церкви, занятиям с мальчиком.

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 5

Большая И., 19 лет.

Выросла без отца, до 5 лет в семье был отчим. С 2-х до 4-х лет жила у родителей матери. С 14 лет жила одна, так как мать уехала в Москву. В возрасте 10 лет перенесла ЧМТ, последствий не отмечает. Училась до 9 класса отлично, затем успеваемость снизилась, сама объясняет это тем, что появилась подруга, с которой много времени проводили в прогулках и разговорах. Не смогла поступить в университет на бюджетной основе, учиться на 2-м курсе на хозрасчетной основе, учебу оплачивает бабушка. Мама характеризует больную, как активную, общительную, ранимую. Легко адаптировалась в детском саду. В школе трудно складывались отношения с одноклассниками, были конфликты, ей устраивали бойкоты (со слов мамы). Объясняет это тем, что не давала списывать, хотела быть первой, ей завидовали, завидовали тому, что ей все легко давалось. Окончила муз.школу, там было много друзей.

Мама отмечает изменения в самочувствии больной на протяжении трех месяцев. Хуже училась, понизилось настроение. Была эмоционально лабильна, рассеянна. Устроила дома «истеричку, просила, чтобы ее пожалели». В последние месяцы стала меньше общаться. Последние три года беспокоят головные боли. Около 2-х лет отношения с мамой перестали быть доверительными. Поступила в психотерапевтическое отделение с жалобами неврастенического характера. В отделении обращает на себя внимание диссонанс между тем, как больная ведет себя в отделении (активная, общается с молодыми людьми, играет в карты), и тем, как держится с врачом (много жалоб, слезлива).

При беседе смотрит в основном в сторону. Описывает свое состояние как «пустоту в голове и душе», апатичность, отсутствие радости, желаний. Трудно сосредоточиваться, «мысли не структурированы», на лекциях не улавливает мысли, плохо запоминает. Стала медленнее читать и писать. Болит голова при смене погоды. Испытывает физическую слабость, по утрам трудно встать с постели. Иногда складывается впечатление, что излагает жалобы языком специальной медицинско-психологической литературы: «иногда не осознаю, где я». Рассказала, что с 14 лет «запретила себе чувствовать так, как я чувствую». Стала «слушать подругу, других людей». При просьбе конкретизировать жалобу, начинает путано и непоследовательно описывать, что она путается в «знакомом пространстве», может забыть, зачем шла. Говорит, что ей не хотелось есть, и тут же добавляет, что ела только в случае сильного голода, но старалась при этом есть мало. Объясняет мотивы такого поведения непоследовательно. Не хотелось видеть людей, друзей. Говорит противоречиво, что ей все легко давалось, и в то же время, она многое упустила, мало занималась, не справлялась. Многократно упоминает о чувствах стыда и вины перед собой и близкими людьми, о том, что она прилагала недостаточно усилий, учится недостаточно хорошо, что другие «растут, а она ушла вниз». Сама считает, что у нее проблемы с общением, что не вписывается в общество. Рассказывает о своих душевных переживаниях, что она может испытывать вину из-за того, что чувствует не то, что надо чувствовать в какой-то ситуации. Что таким образом она обманывает окружающих. Многие объяснения запутаны и психологизированы. Рассказала, что «всегда делает то, что не хочется, вырабатывает таким образом волю». При затрагивании болезненным для больной тем, на глазах появляются слезы, речь становится сбивчивой. Очень взволнованно и с напряжением говорила об отношениях с молодым человеком, о чувстве стыда перед дедом, который призывал ее «вести себя достойно», а она, вероятно, нарушила это. Волнуется, говоря о матери, сжимает руки в кулаки. Сказала, что не может жить вместе с матерью, что с ней тяжело, «насилует» себя, боится матери, не хочет, чтобы та вмешивалась в ее жизнь, что мать «ни в чем ее не понимает». Складывается впечатление, что хочет подать поведение матери в негативном свете: «когда мать приходила домой пьяной, она не давала мне спать ночью, приставала с разговорами», «материально не помогала». С раздражением и дрожью в голосе описывает соседку по общежитию, ее отношения с парнем.

В манере держаться и разговаривать есть черты театральности, патетичности: «иногда мне безумно хочется плакать». Сказала, что чувствует себя «маленьким ребенком». Выбор будущей

специальности объяснила тем, что выбирала ЕГЭ для поступления в вуз без экзаменов по физике и математике.

Болезненное состояние описывает с 14 лет, постепенно нарастало, имело волнообразное течение. Четких фаз не описывает.

О сложившейся ситуации с вузом рассказала только после активных расспросов. Скрывала от матери, что учится на платном отделении. Учебу оплачивала бабушка. Вынуждена была работать, чтобы на что-то жить. Несколько дней в неделю работала по ночам, уставала, не высыпалась, стала плохо справляться с учебой. Не смогла получить отметки, нужные для перевода на бесплатное обучение. Договорились с бабушкой, что будут платить за учебу пополам, но не смогла заработать деньги. Выхода из сложившейся ситуации не видит, планов на будущее не строит.

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 6

Больной Б., 34 года.

Личность амбициозная, с высоким уровнем притязаний, перфекционистскими установками. Сотрудник УВД, много и успешно работал, считал, что достиг довольно высокого уровня на работе, собирался продвигаться по службе дальше.

Год назад перенес ЧМТ с ушибом мозга и переломом основания черепа (во время учебы в академии в Москве переносил с другими курсантами сейф и упал с лестницы). Из стационара выписался досрочно, не прошел реабилитационного курса, так как боялся, что не сдаст экзамены и будет отчислен из академии. В дальнейшем продолжал учиться, описывает, что плохо сосредоточивался, плохо запоминал, с трудом отделял главное от второстепенного, были так же церебральные жалобы. Такие переживания прослеживались на протяжении года, Ушел с руководящей работы, так как считал, что не соответствует ей. Сейчас поставил вопрос об отчислении из УВД. В связи с этими обстоятельствами был направлен на стационарное обследование и лечение в психиатрическую больницу.

При беседе несколько напряжен, сам изложил четко и ясно последовательность событий, связанных с травмой, свои внутренние переживания и их анализ. Описывает, что «голова всегда была святое», привык опираться на свою логику, быстроту реакции, хорошую память. Когда перенес травму, обнаружил, что усваивать материал стало труднее, получил «3» на экзамене, что было для него «невероятным». Все это испугало, Перевелся на заочное обучение, вернулся домой, чтобы «в привычной обстановке успокоиться». Чувствовал себя неуверенно. От окружающих тщательно скрывал свое состояние (кроме жены), сам описывает это так: «окружил себя как шаром, чтобы никто не догадался ни о чем». Понимает, что стал много, «академично» говорить, чтобы замаскировать свою несостоятельность. В текстах тщательно осмыслял каждое слово, чтобы ничего не пропустить. Старался много читать. При этом не скрывает, что таким образом постоянно проверял свою память и способность логически мыслить. Считал, что запоминает плохо, что не может выделить суть в тексте. По его словам все это время «был в депрессии». Описывает это состояние как постоянное напряжение, «как на лезвии ножа», нежелание общаться, общение свел и на работе и дома до необходимого минимума. Отмечает раздражительность, потерю интереса и энергии, настроение «на отрицательном уровне». Ставил перед собой «вопросы» о том, что не имеет права занимать свою должность, так как не справляется, а от него «зависит жизнь людей».

В беседе демонстративен, старается произвести хорошее впечатление, говорит о том, что «не хочется быть травмой», «сравниться с массой». Высказывает предположение, что мог сам вызвать у себя болезненное состояние своим отношением к случившемуся, «я понимаю, что у меня психические расстройства». Фон настроения снижен. Признаков астении нет. Фразы действительно формулирует языком служебных документов, сам это замечает и переживает по этому поводу. В конце разговора немного расслабился, и речь сразу стала простой. Признаков интеллектуального и мнестического снижения нет. Считает, что со службой не справляется, но признает, что в действительности хотел бы службу продолжить. Настроен на лечение.

По результатам психологического исследования нарушений когнитивных функций не выявлено.

Заключение невролога: остаточные явления ЧМТ

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 7

Больной Т., 20 лет, находился на стационарном лечении в отделении неврозов. Наследственность не отягощена, родился здоровым, рос и развивался нормально. Воспитывался в условиях конфликтных отношений между родителями из-за пьянства отца. Семья жила в Киргизии, в сельской местности. Когда больному было 10 лет, вместе с семьей переехал в Россию из-за межнациональных конфликтов. Жили так же в сельской местности. Получил среднее специальное образование, освоил профессию механизатора. В настоящее время работает в совхозе механизатором, живёт с матерью и сестрой, отношения хорошие. Выпивает 1-2 раза в неделю по 1 бутылке пива. Был призван в армию 2 года назад, служил в артиллерийских войсках, 15 месяцев участвовал в боевых действиях на территории Чечни. В начале испытывал страх, потом адаптировался. Чтобы снять нервное напряжение ежедневно выпивал по 100- 200 гр. водки. В последнем бою получил ранение в область живота, на его глазах произошла гибель товарища. Лечился в госпитале, после чего вернулся домой. В течение месяца продолжал ежедневно выпивать, потом устроился на работу и частый приём алкоголя прекратил. Вскоре после этого каждую ночь стал видеть кошмарные сновидения с воспроизведением боевых действий, гибели товарища, угрозой собственной гибели. В течение ночи часто просыпался, не мог выспаться, отсутствовало чувство бодрости, отдыха после сна. Появились головные боли, раздражительность, неустойчивое настроение. Такое состояние продолжалось около месяца после чего сам обратился в поликлинику ЦРБ, был госпитализирован в отделение неврозов. В отделении быстро освоился, легко общался, был приветлив, дружелюбен, настроен на лечение. Отмечалось лёгкое снижение фона настроения, в первые дни пребывания – утомляемость.

Соматически и неврологически здоров.

По данным опросника Шмишека определялось усиление дистимических и тревожных черт. После проведённого лечения состояние улучшилось, пугающие сновидения исчезли. Находился в лечебном отпуске дома, там чувствовал себя хорошо. Был выписан домой.

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 8

Больная К. 28 лет.

Живет в поселке городского типа, работает продавцом. Некоторое время проживала с мужем, в настоящее время живут отдельно, ожидает развода. Планирует выйти замуж за мужчину, находящегося в заключении. Курит. Алкоголь употребляет 2-3 раза в неделю, влечение отрицает. С мужем сложились напряженные отношения, он преследует больную, требует, чтобы она вернулась, угрожает ей расправой. Несколько месяцев назад появились приступообразные состояния удушья, во время которых больная не может полностью глубоко вдохнуть, испытывает сильнейший страх задохнуться и умереть. Настроение стало неустойчивым, беспокоит бессонница, плаксивость, тревожность. Самостоятельно принимала корвалол, новопассит. Улучшения не отмечала. Обратилась на прием к участковому психиатру.

При обращении несколько демонстративна, предъявляла многочисленные жалобы на состояние здоровья, приступы удушья, эмоциональную неустойчивость, раздражительность, слабость, плаксивость, головные боли, сложности при концентрации внимания, нарушения сна. Фиксирует внимание на вегетативных нарушениях, длительной бессоннице, кошмарных сновидениях. Считает

себя больной. Настроена на лечение. Ориентирована полностью верно. Сознание не помрачено. Бреда, галлюцинаций нет. Мышление последовательное, в обычном темпе. Эмоционально лабильна. Интеллект, память без снижения. Настроение патологически не изменено.

Неврологическое состояние. Лицо с незначительной асимметрией. Язык прямо. ЧМН без патологии. Сух. рефлексy симметричные. В позе Ромберга устойчива. Отмечается тремор век, кистей, гипергидроз, разлитой красный дермографизм. Заключение невролога: вегетососудистая дистония, смешанный тип.

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 9

Больная К., 32-х лет.

Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие по возрасту. Детский сад посещала только 1 год непосредственно перед школой, до этого с ней сидела бабушка. Закончила 11 классов общеобразовательной школы. Училась хорошо. Была достаточно активной, общительной, имела много друзей. Работала продавцом. Замужем с 18 лет. Проживает с мужем и сыном 3,5 лет. Считает свой брак удачным, но в то же время скучает без романтических отношений с другими мужчинами. Сексуальная жизнь дисгармонична, не испытывает удовлетворения. В 20 лет был выкидыш. Курит. Алкоголь употребляет эпизодически, без признаков зависимости.

Впервые психические расстройства появились около 5 лет назад после ограбления магазина, в котором она работала. После этого длительно сохранялось беспокойство, страх, боялась, что за ней придут грабители. Лечилась с улучшением на отделении невротозов в психиатрической больнице районного центра. Настоящее состояние появилось около года назад. Стали возникать мысли о том, что может причинить вред своему ребенку, убить его. Эти мысли сопровождались чувством вины перед ним, периодическими приступами тревоги и тоски; сон стал поверхностным. Снова лечилась на отделении невротозов в районной психиатрической больнице, у частного психотерапевта. Улучшения не было. По собственной инициативе добилась госпитализации в областную психиатрическую больницу.

При поступлении во время беседы больная была довольно спокойна. Мышление в обычном темпе, последовательное. Говорит о том, что ее преследуют мысли о том, что она своими действиями может причинить вред своему ребенку, «а вдруг я брошу его под машину..., выкину..., столкну с лестницы...» и т.д. Описывает эти мысли как чуждые ей, понимает, что не сделает этого, но в то же время боится, что может сделать. Испытывает сильное беспокойство, когда приходится оставаться дома с ребенком одной, вести его в детский сад. Попросила своих родителей переехать к ним с мужем, чтобы не оставаться одной с ребенком. Когда дома находится кто-то еще, чувствует себя спокойно. Также не может длительное время оставаться без ребенка, испытывает постоянную потребность в нем, скучает без него. На этом фоне периодически возникают приступы тоски, тревоги, чувство сдавления в груди. Часто не хочется ничего делать, хочется, чтобы ее оставили в покое. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не обнаруживает. Во время беседы патологии памяти, внимание, интеллекта не обнаруживает.

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 10

Больная С., 33 года.

Достоверные объективные сведения о больной отсутствуют. С ее слов, родители злоупотребляли алкоголем. Отца помнит плохо, поскольку он рано ушел из семьи. Росла в условиях безнадзорности. Посещала ДДУ. В школу пошла вовремя. По характеру с детства была не очень

общительной, имела одну подругу. В среде окружающих ничем не выделялась. В школе училась плохо, однако классы не дублировала и дисциплину не нарушала. Учиться было неинтересно. Окончила 8 классов, 9-й класс в ШРМ, а также ПТУ, получила специальность швеи. Около 1 года работала швеей, в дальнейшем из-за развала предприятия оформила свидетельство ИП и стала заниматься транспортными перевозками. Начальный капитал получила за счет наследства. Тяжелыми соматическими заболеваниями не болела. Половая жизнь с 17 лет, замуж вышла в 18 лет. К замужеству готова не была, но мать мужа убедила оформить брак и прописаться в их доме, т.к. предполагала, что дом будет снесен, и они получат новое жилье. Брак считает неудачным, поскольку муж злоупотребляет алкоголем и на него нельзя положиться.

С детских лет периодически один-два раза в месяц испытывает сильное напряжение, когда находится в местах, где можно что-либо безнаказанно украсть. В детстве воровала мелкие вещи в гостях (клипсы, одеколон и др.). После кражи напряжение быстро проходило. Украденными вещами, как правило, не пользовалась, прятала их или отдавала кому-либо, т.к. интерес к ним пропадал. Последние годы желание что-либо украсть возникает в супермаркетах. Продолжает воровать ненужные ей вещи, сигареты, ложки, ножницы. Неоднократно задерживалась охраной. Как правило, конфликт заканчивался примирением сторон. Несмотря на то, что охрана ее знала в лицо и следила за ней, продолжала совершать мелкие кражи. В настоящее время против больной возбуждено уголовное дело за очередную мелкую кражу. Сама обратилась на прием к психиатру с жалобами на плохой сон, апатию, безразличие, нервозность, эмоциональную лабильность, а также непреодолимое желание совершать кражи. Была направлена на стационарное лечение в отделение неврозов. Факт возбуждения уголовного дела скрыла. Это обстоятельство стало известным после получения запроса от следователя.

При беседе с врачом контакту доступна, на вопросы отвечает по существу. Настроение несколько тревожное. Эмоционально лабильна. При разговоре об отношениях с мужем на глазах появляются слезы. Активной психотической симптоматики не продуцирует. Сообщила, что в стрессовых ситуациях испытывает волнение, появляется чувство комка в горле, дрожание рук. При конфликтах с мужем кричит, кидает вещи на пол. Круг интересов сужен: общественной жизнью не интересуется, книг и газет не читает, по телевизору смотрит развлекательные телепередачи типа «Пусть говорят» и «Дом 2». Запас знаний ниже полученного образования. Допускает ошибки в элементарных математических операциях, путается в простых географических понятиях (не может назвать столицы крупных европейских государств). Абстрактное мышление доступно в суженном объеме: не всегда может интерпретировать смысл пословиц, распространенные крылатые выражения интерпретирует правильно. Критически оценивает сложившуюся ситуацию. Считает себя вменяемой. Не пытается оправдываться.

По заключению психолога отмечается снижение адаптивных возможностей у незрелой зависимой личности с выраженным истерическим радикалом.

Задание:

1. Определите основные стратегии психотерапевтической работы с больным для реабилитации больного (УК-1, ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицины чрезвычайных ситуаций

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.2

I. Паспорт ОС по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

1.1. Область применения

Фонд оценочных средств – является неотъемлемой частью учебно-методического комплекса дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» и предназначен для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу данной дисциплины и в процессе освоения ее.

1.2. Цели и задачи фонда оценочных средств

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям Федерального образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации с учётом рекомендаций примерной основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры).

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» решаются следующие задачи:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Подготовка врача-специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь при массовом поступлении пораженных из очага массовых санитарных потерь чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
4. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и общеврачебными манипуляциями по оказанию первой, доврачебной и первой врачебной помощи.
5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации медицинского обеспечения населения, пострадавшего в результате чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.

1.3. Контролируемые компетенции

В результате изучения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» предусмотрено формирование следующих компетенций:

Таблица 1

Код	Наименование компетенции
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом

	исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

**1.4. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине
«Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Таблица 2

№ пп	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Контрольное мероприятие (аттестационное испытание), способы его проведения
1	УК-2, УК-3, ПК-3	Знает Безопасность жизнедеятельности. Ее основные задачи, место и роль в подготовке специалиста Медико-биологические аспекты дисциплины «Безопасность жизнедеятельности». Характер системы «человек-среда обитания». Взаимодействие человека со средой обитания. Критерии воздействия негативного воздействия: санитарные потери, безвозвратные потери, сокращение продолжительности жизни. Основные понятия, термины, определения: чрезвычайная ситуация, чрезвычайная ситуация в здравоохранении, авария, катастрофа, стихийное бедствие, пострадавший, пораженный Источники и уровни различных видов опасностей естественного, антропогенного и техногенного характера. Классификация негативных факторов, чрезвычайных ситуаций и катастроф. Вероятность (риск) и уровни воздействия негативных факторов	Комплект тестовых заданий, защита рефератов	Компьютерное и бланковое тестирование по итогам изучения: -Тема 1.1 «Основные положения безопасности жизнедеятельности. Понятия, термины, определения. Общая характеристика ЧС» -Тема 1.2 «Негативные факторы среды обитания и их воздействие на человека» -Тема 1.3 «Бытовые травмы и поражения» -Тема 1.4 «Управление безопасностью жизнедеятельности. Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»
2	УК-2, УК-3,	Знает Основные понятия, термины,	Комплект тестовых	Компьютерное и бланковое

ПК-7	<p>определения: чрезвычайная ситуация, чрезвычайная ситуация в здравоохранении, авария, катастрофа, стихийное бедствие, пострадавший, пораженный</p> <p>Организацию медицинской сортировки на догоспитальном этапе. Организацию работы сортировочной бригады медицинского отряда, организацию внутрипунктовой и эвакуационной сортировки. Организацию медицинской сортировки в больнице при массовом поступлении пораженных из очага. Дорожно-транспортная безопасность. Организация медико-санитарного обеспечения при ДТП, сопровождающимся массовыми санитарными потерями</p> <p>Оказание первой помощи при ликвидации последствий химических аварий, краткая характеристика химических аварий. Оказание первой помощи при ликвидации последствий радиационных аварий, краткая характеристика радиационных аварий. Оказание первой помощи при ЧС на взрыво- и пожароопасного характера, характеристика ЧС взрыво- и пожароопасного характера</p> <p>Оказание первой помощи при террористических актах: краткая характеристика террористических актов Оказание первой помощи при локальных вооруженных конфликтах</p> <p>Оказание первой помощи при ликвидации последствий землетрясений. Принципы оказания медицинской помощи при наводнении, при попадании людей под снеговые лавины, в районе, пострадавшем от селя, при ликвидации медико-санитарных последствий пожаров</p>	заданий, защита рефератов	<p>тестирование по итогам изучения:</p> <p>-Тема 1.3 «Бытовые травмы и поражения»</p> <p>-Тема 1.4 «Управление безопасностью жизнедеятельности. Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»</p> <p>-Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>-Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>-Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>
	<p>Владеет</p> <p>Навыками извлечения пораженных из труднодоступных мест, в том числе и при синдроме длительного сдавления с использованием подручных средств, а также лямки</p>	Отработка навыков на тренажерах в классе практической подго-	Демонстрация ординаторами владения практическими навыками по итогам изучения

	<p>медицинской носилочной и ляжки специальной Ш-4</p> <p>Навыками переноски пострадавших с использованием носилок медицинских, подручных средств, ляжки медицинской носилочной и ляжки специальной Ш-4</p> <p>Навыками оказания первой помощи при попадании инородного тела в дыхательные пути.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при электротравме и поражении молнией.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при утоплении.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при гипотермии.</p> <p>Навыками оценки тяжести поражения при механической травме, ожоге.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при механической травме, ожогах, поражении отравляющими аварийно-опасными веществами и при поражении ионизирующим излучением.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при дорожно-транспортных происшествиях</p> <p>Навыками проведения мероприятий первичного реанимационного комплекса</p>	<p>товки</p>	<p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>- Тема 2.3 «Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>
<p>3</p>	<p>Знает</p> <p>Вероятность (риск) и уровни воздействия негативных факторов</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий химических аварий.</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий радиационных аварий.</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при чрезвычайных ситуациях на взрыво- и пожароопасного характера.</p> <p>Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах.</p> <p>Особенности медико-санитарного обеспечения при локальных</p>	<p>Комплект тестовых заданий, защита рефератов</p>	<p>Компьютерное и бланковое тестирование по итогам изучения:</p> <p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи</p>

	<p>вооруженных конфликтах: условия деятельности органов здравоохранения при локальных вооруженных конфликтах</p> <p>Организацию работы лечебного учреждения при массовом поступлении пораженных из очага техногенной аварии, природной катастрофы</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений.</p>		<p>при ЧС природного характера»</p> <p>Т. 2.3 «Организовать оказание первой и доврачебной помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность.</p>
	<p>Умеет</p> <p>Организовать работу сортировочной бригады медицинского отряда при массовом поступлении пострадавших</p> <p>Организовать внутрипунктовую и эвакуационную сортировку при массовом поступлении пораженных из очага массовых санитарных потерь в лечебное учреждение</p> <p>Организовать оказание первой помощи пострадавшим в очаге техногенной аварии</p> <p>Организовать оказание первой помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах</p> <p>Организовать оказание первой помощи пострадавшим в очаге природной катастрофы (землетрясение, наводнение)</p> <p>Организовать оказание медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях</p>	<p>Комплекты ситуационных задач и сценарии ролевых игр</p>	<p>Решение ситуационных задач и проведение ролевых игр по итогам изучения</p> <p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>- Т. 2.3 «Организовать оказание первой и доврачебной помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>

II. Оценочные средства

2.1 Развернутая беседа и обсуждение рефератов

2.1.1 Содержание

Одна из форм проведения занятий является семинар. Он проводится по наиболее сложным вопросам, темам или разделам. Его цель – формирование и развитие у обучающихся навыков самостоятельной работы, научного мышления, умения активно

участвовать в дискуссии, делать выводы, аргументировано излагать свое мнение и отстаивать его.

Наиболее распространены две формы семинарского занятия: в виде развернутой беседы и в виде обсуждения рефератов и докладов.

Для этой цели при изучении каждой темы определяются вопросы, выносимые для обсуждения на семинарское занятие и предлагаемая тематика рефератов.

Например:

<p>Тема 1.1 «Основные положения безопасности жизнедеятельности. Понятия, термины, определения. Общая характеристика ЧС»</p>	<p style="text-align: center;">Вопросы для обсуждения на занятии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опасность. Номенклатура опасностей. Таксономия опасностей. 2. Понятие о концепции приемлемого (допустимого) риска 3. Управление риском. Системный анализ безопасности 4. Анализ причинно-следственных связей между реализованными опасностями и причинами 5. Логические операции при системном анализе безопасности <p style="text-align: center;">Примерные темы рефератов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Классификация чрезвычайных ситуаций по источнику и по масштабу распространения 2. Концепция приемлемого риска. Ее реализация в Российской Федерации 3. Силы и средства РСЧС. Их краткая характеристика 4. Задачи сил и средств РСЧС 5. Силы и средства наблюдения и контроля. Их краткая характеристика 6. Силы и средства ликвидации чрезвычайных ситуаций. Их краткая характеристика 7. Центроспас. Его задачи, структура и оснащение 8. ППС России. Их задачи, структура и оснащение 9. Поисково-спасательный отряд Ивановской области. Его краткая характеристика и возможности 10. Основные задачи Минздрава России в сфере ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций
---	---

2.1.2 Критерии и шкала оценки

При оценивании работы ординаторов используется следующая система оценки

Таблица 3

Система оценок обучающихся

Характеристика ответа	Баллы	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном ориентировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p>	100-96	5+
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана</p>	95-91	5

<p>совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.</p>		
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	90-86	5-
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	85-81	4+
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью "наводящих" вопросов преподавателя.</p>	80-76	4
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.</p>	75-71	4-
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	70-66	3+
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	65-61	3
<p>Дан неполный ответ. Присутствует нелогичность изложения. Студент затрудняется с доказательностью. Масса существенных ошибок в определениях терминов, понятий, характеристике фактов, явлений. В ответе отсутствуют выводы. Речь неграмотна. При ответе на</p>	60-56	3-

дополнительные вопросы студент начинает понимать связь между знаниями только после подсказки преподавателя.		
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не понимает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	55-51	2+
Не получен ответ по базовым вопросам дисциплины.	50-47	2
Отказ от ответа	46	2-

2.1.3 Методические указания по организации и процедуре оценивания

На каждое семинарское занятие планировать не более 2-х докладов рефератов продолжительностью не более 10 минут каждый. Иногда по инициативе преподавателя или по желанию самих ординаторов можно назначить содокладчика (ов). Из числа ординаторов, не готовивших доклад, назначается группа оппонентов, которые предварительно знакомятся с текстами рефератов. Список рекомендованных тем рефератов обязательно изменять на каждую группу. Можно предложить ординаторам самим выбрать название реферата в соответствии с тематикой занятия.

Заслушивание и обсуждение рефератов обязательно необходимо сочетать с развернутой беседой по теме занятия, чтобы заставить всех обучающихся готовиться к занятию.

Для оценки работы докладчика, содокладчика (ов) и оппонентов должны привлекаться все ординаторы группы.

2.2. Тесты

Контроль знаний тестированием является необходимой частью учебного процесса.

Цель проведения контроля знаний в тестовой форме состоит в том, чтобы повысить объективность оценки уровня знаний. Когда тестирование знаний в группе проводится по пройденному курсу, то полнота его изучения выявляется как для всей группы в целом, так и индивидуально для каждого обучающегося.

В отличие от остальных форм контроля знаний, которое отнимают много времени, тестирование проводится для ординаторов всей группы одновременно и, хотя процесс тестирования в целом менее продолжителен, он дает более объективную картину уровня знаний.

Тестирование, независимо от того, проводится оно в письменной форме или посредством компьютеров, психологически меньше нагружает обучающихся и преподавателей. Результаты тестирования после обработки на компьютере представляются в форме совокупности стандартных статистических показателей, пригодных для установления рейтинга знаний ординаторов и сравнительных характеристик группы в целом.

2.2.1. Содержание

Существуют несколько вариантов тестов.

Бланковые тесты содержат только вариант задания с выбором одного или нескольких правильных ответов.

Например:

<p><u>Задания с выбором одного правильного ответа</u></p>	<p>№ ... Количественная оценка опасности это...? а) Проблема опасности б) Безопасность в) Условия деятельности г) Риск опасности (правильный ответ) д) Безопасность жизнедеятельности</p>
<p><u>Задания с выбором нескольких правильных ответов</u></p>	<p>№ Выберите правильные утверждения об опасности...? а) Опасности носят потенциальный характер (правильный ответ) б) Актуализация опасностей происходит при определенных условиях, именуемых причинами (правильный ответ) в) Опасность включает в себя цель, средства, результат и сам процесс опасности г) Опасность – это часть системы государственных мероприятий, проводимых в целях защиты населения от последствий аварий и стихийных бедствий д) Признаками опасности являются: угроза для жизни; возможность нанесения ущерба здоровью; нарушение условий нормального функционирования систем человека (правильный ответ)</p>

Тесты в компьютерном варианте позволяют использовать кроме выше перечисленных иные варианты заданий.

Например:

<p><u>Задания на установление правильной последовательности</u></p>	<p>№ Укажите последовательность изучения опасностей? а) Ввести ограничения на анализ, т.е. исключить опасности, которые не будут изучаться б) Провести анализ последствий в) Определить части системы, которые могут вызвать эти опасности г) Выявить последовательность опасных ситуаций, построить дерево событий и опасностей д) Выявить источники опасности (правильный ответ) а) Выявить источники опасности б) Определить части системы, которые могут вызвать эти опасности в) Ввести ограничения на анализ, т.е. исключить опасности, которые не будут изучаться г) Выявить последовательность опасных ситуаций, построить дерево событий и опасностей д) Провести анализ последствий</p>
<p><u>Задания на установление соответствия</u></p>	<p>№ Какие определения соответствуют указанным ниже понятиям? 1) Безопасность 2) Опасность 3) Приемлемый риск</p>

	<p>а) Это условия, в которых находится сложная система, когда действие внешних и внутренних факторов не влечет отрицательных действий по отношению к данной системе в соответствии с существующими потребностями и представлениями</p> <p>б) Это негативное свойство живой и неживой материи, способное причинять ущерб самой материи: людям, природной среде, материальным ценностям</p> <p>в) Это такая частота реализации опасностей, которая не влияет на экономические показатели предприятия, отрасли экономики или государства</p> <p>г) Это наука о комфортном и травмобезопасном взаимодействии человека со средой обитания</p> <p>д) Это совокупность факторов среды обитания, воздействующих на человека</p> <p style="text-align: center;">(правильный ответ)</p> <p>а) Это условия, в которых находится сложная система, когда действие внешних и внутренних факторов не влечет отрицательных действий по отношению к данной системе в соответствии с существующими потребностями и представлениями (1)</p> <p>б) Это негативное свойство живой и неживой материи, способное причинять ущерб самой материи: людям, природной среде, материальным ценностям (2)</p> <p>в) Это такая частота реализации опасностей, которая не влияет на экономические показатели предприятия, отрасли экономики или государства (3)</p> <p>г) Это наука о комфортном и травмобезопасном взаимодействии человека со средой обитания</p> <p>д) Это совокупность факторов среды обитания, воздействующих на человека</p>
Задания открытой формы	№..... Химические вещества, предназначенные для борьбы с грибами – возбудителями болезней, разрушающих древесные конструкции и повреждающих хранящиеся материальные ценности это...?

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка тестовых заданий осуществляется по 100 - балльной системе. Стоимость правильного ответа по каждому тесту соответствует количеству тестов в задании, которых должно быть не менее 20. При этом количество вопросов должно исключить дробное оценивание (30, 40 и т.д. вопросов)

- 20 вопросов – 5 баллов за правильный ответ
- 25 вопросов – 4 балла за правильный ответ
- 50 вопросов – 2 балла за правильный ответ

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

При проведении оценки результатов обучения с помощью тестовых заданий компьютерное тестирование предпочтительно.

Для объективной оценки знания материала после каждого занятия компьютер на основе теории случайных чисел должен менять номера вариантов и перечень вопросов в каждом варианте.

При бланковом тестировании необходимо для каждой группы ординаторов подготавливать новые комплекты тестовых заданий с иным перечнем вопросов, что трудоемко и не всегда выполнимо.

Для прочтения вопроса, его осмысления и подбора правильного ответа выделяется время – не более 30 секунд на вопрос.

2.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача – это вид учебного задания, имитирующий ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности.

Основными действиями обучающихся по работе с ситуационной задачей являются:

- подготовка к занятию;
- знакомство с критериями оценки ситуационной задачи;
- уяснение сути задания и выяснение алгоритма решения ситуационной задачи;
- разработка вариантов для принятия решения, выбор критериев решения, оценка и прогноз перебираемых вариантов;
- презентация решения ситуационной задачи (как правило, в устной форме);
- получение оценки и ее осмысление.

2.3.1 Содержание

При составлении ситуационных задач кафедра ориентируется на все возможные типы ситуаций, в которых необходимо принять решение о действии:

1. Ситуация выбора (классическая ситуация реакции выбора, т.е. во всех этих ситуациях человек должен осуществить выбор (селекцию) сигналов, классифицировать их)

Например:

Условия:

На сортировочную площадку медицинского отряда из очага массовых санитарных потерь поступил гражданин С. (жалобы, объективные данные)

Задание:

1. Провести выборочную сортировку (определить очередность оказания медицинской помощи, функциональное подразделение, куда необходимо направить пострадавшего)
2. Провести эвакотранспортную сортировку (определение очередности эвакуации, метода эвакуации и эвакуационное направление)

2. Сложная ситуация (ситуации, в которых человек должен одновременно учитывать сведения, получаемые более чем от одного источника информации, либо выполнять более чем одно действие)

Например:

Условия:

На сортировочную площадку медицинского отряда из очага массовых санитарных потерь поступило 10 пораженных:

1. Гражданин С. (жалобы, объективные данные)

2.....

.

10.....

Задание:

1. Провести внутриспунктовую сортировку (определить: предварительный диагноз, тяжесть поражения, тактику поведения с этим пораженным, прогноз)
2. Заполнить первичную медицинскую карточку Ф.100

3. Вероятностные ситуации (возникают в тех случаях, когда человек выполняет определенные операции при недостаточном объеме имеющейся в его распоряжении информации)
Например:

Условия:

Дан населенный пункт (площадь населенного пункта, количество жителей, количество работающего населения, распределение неработающего и работающего населения на три группы: находящиеся в убежищах, находящиеся в простейших укрытиях, незащищенные). В результате возможного нападения противника дана площадь полных и сильных разрушений.

Задание:

С использованием коэффициента разрушения «Д» рассчитать возможные санитарные потери работающего и неработающего населения

2.3.2 Критерии и шкала оценок

При оценке работы обучающихся по решению ситуационных задач решение может оцениваться по логической составляющей (задачи 1 и 2 типа) или по логической и математической составляющей (задачи 3 типа).

В первом случае оценивается полнота и правильность ответа, умения выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи, знание об объекте, понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей.

Во втором случае к вышеперечисленному добавляется математическая составляющая.

Оценка осуществляется по 100-балльной системе.

- При отсутствии логической и математической ошибок, правильном принятии решения – «отлично» (86-100 баллов)
- При незначительных математических ошибках, но при полном, развернутом ответе на поставленный заданием, при котором прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий – «хорошо» (75-85 баллов)
- При логической ошибке, которая не привела к гибели пострадавшего, незначительных математических просчетах, допущении ошибок в раскрытии понятий, употреблении терминов, нарушении логики и последовательности изложения, отсутствии правильных выводов – «удовлетворительно» (56-74 балла)
- При грубых логических ошибках, которые привели к невыполнению задания – «неудовлетворительно» (55 и менее баллов)

2.3.3 Методические указания по организации и процедуре оценивания

Задачи должны быть составлены таким образом, чтобы на каждую группу был свой комплект задач (кейс) с изменяемыми количественными характеристиками и заданиями.

При выставлении оценки преподаватель должен учитывать:

- полноту знания учебного материала по теме занятия;
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

2.4. Демонстрация ординаторами владения практическими навыками по итогам изучения

2.5.1 Содержание

Обучающиеся в процессе обучения должны овладеть практическими навыками, приведенными в рабочей программе. При демонстрации владения этими навыками учитывается правильность выполнения, четкость, уверенность, очередность проведения мероприятий, а при выполнении навыков, связанных с риском для жизни «пострадавшего» (проведение сердечно-легочной реанимации, временная остановка наружного артериального кровотечения всеми доступными способами и т.п.) – время выполнения.

2.5.2 Критерии и шкала оценки

Для объективной оценки работы обучающегося используются чек-листы, позволяющие быстро и правильно оценить действие студента.

Например:

Чек-лист практического навыка «Базовая сердечно-легочная реанимация»

Ф.И.О. ординатора _____ Группа _____ Дата _____

№	Действие	1*	0.5**	0***
1	Оценка ситуации <ul style="list-style-type: none"> • Оценить безопасность условий оказания помощи (наличие электротока, работающий двигатель автомобиля, опасность взрыва или возгорания, «дорожная» опасность, агрессия со стороны окружающих и т.д.) и по возможности ликвидация опасных факторов или удаление от них; • Оценить анамнез (опрос окружающих) 	5.0	2.5	0
2	Диагностика остановки сердца (10 секунд) <ul style="list-style-type: none"> • Оценить наличие сознания (задать вопрос); • Оценить наличие дыхания («вижу», «слышу», «ощущаю»); • Определить пульс на наружной сонной артерии или бедренной артерии 	10.0	5.0	0
3	Обеспечение помощи и поддержки <ul style="list-style-type: none"> • Вызвать бригаду СМП (МЧС) (набран номер 	5.0	2.5	0

	<p>телефона правильно, сообщены возможные причины происшествия, состояние пострадавшего (пациента), место происшествия, фамилия и имя вызывающего;</p> <ul style="list-style-type: none"> • По возможности – привлечение к оказанию помощи свидетелей (окружающих) 			
4	<p>Подготовка к проведению реанимационных мероприятий</p> <ul style="list-style-type: none"> • Уложить пострадавшего (пациента) на спину, на твердую поверхность; • Расстегнуть одежду, ремень; • По возможности – приподнять ноги реанимируемому 	5.0	2.5	0
5	<p>Последовательность реанимационных мероприятий</p> <ul style="list-style-type: none"> • Комплекс «массаж-ИВЛ» 30:2; • Без определения пульса проведение 5 комплексов (2 минуты) • Определение пульса (10 секунд) 	20.0	10.0	0
6	<p>Оценка качества закрытого массажа сердца</p> <ul style="list-style-type: none"> • Частота компрессий не менее 100 и не более 120 в минуту; • Глубина компрессий – не менее 5 см и не более 6 см; • Точка нажатия: строго по срединной линии в средней трети грудины (или на границе средней и нижней трети грудины); • Руки выпрямлены, строго перпендикулярно поверхности грудной клетки реанимируемого; • Техника манипуляции: не терять контакт между руками и грудной клеткой реанимируемого, давать грудной клетке полностью расправляться, время компрессии и декомпрессии одинаково 	30.0	15.0	0
7	<p>Оценка качества искусственной вентиляции легких</p> <ul style="list-style-type: none"> • По возможности очистка верхних дыхательных путей (удаление инородных тел, рвотных масс, сгустков крови и т.д.); • Выпрямление дыхательных путей (при отсутствии противопоказаний); • Герметизация верхних дыхательных путей; • Продолжительность вентиляции – 1 секунда; • По возможности – контроль экскурсии грудной клетки реанимируемого; • Общая продолжительность 2-х вентиляций не более 5 секунд 	20.0	10.0	0
8	<p>Контроль эффективности реанимационных мероприятий</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка пульса на наружной сонной или 	5.0	2.5	0

	бедренной артерии; <ul style="list-style-type: none"> • При появлении пульса – оценка ритма сердца, контроль артериального давления; • Организация перевода в отделение реанимации; • Своевременное прекращение реанимационных мероприятий при их безуспешности (осуществляется через 30 минут от начала последнего эпизода остановки сердца если их было несколько) 			
	Итого			

* выполнил полностью; ** выполнил не полностью (с ошибками); *** не выполнил

2.5.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

В отличие от других видов оценочных средств практические навыки должны выполняться ординаторами до получения удовлетворительного результата.

Для оценки действия обучающегося в качестве арбитров целесообразно кроме преподавателя привлекать других обучающихся из этой группы, выполнивших данное мероприятие на «отлично»

3. Критерии сдачи ординаторами промежуточной аттестации по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Промежуточная аттестация ординатора проводится после освоения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» в полном объеме в последний день занятия в форме зачета.

Зачет включает два раздела: тестовый контроль и практическую часть (решение ситуационных задач, оценка навыков оказания первой помощи, организация работы сортировочной бригады и проведение медицинской сортировки, организация эвакуации пострадавших). К зачету допускаются обучающиеся, не имеющие пропусков занятий и освоившие учебный материал всех тем занятий..

Варианты компьютерного тестирования включают в себя задание из 50 вопросов, на которые необходимо ответить в течение 30 минут. Для объективной оценки знания материала после каждой группы компьютер на основе теории случайных чисел меняет номера вариантов и перечень вопросов в каждом варианте. Оценка проводится по 100-балльной шкале. За каждый правильный ответ ординатор получает 2 балла.

Практические навыки оцениваются по чек-листам с учетом четкости, уверенности и времени выполнения.

При оценке работы ординатора по решению ситуационных задач оценивается полнота и правильность ответа, умения выделить существенные и несущественные признаки, определить причинно-следственные связи.

Оценка осуществляется по 100-балльной системе.

- При отсутствии логической и математической ошибок, правильном принятии решения – «отлично» (86-100 баллов)
- При незначительных математических ошибках, но при полном, развернутом ответе на поставленный задание, при котором прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий – «хорошо» (75-85 баллов)

- При логической ошибке, которая не привела к гибели пострадавшего, незначительных математических просчетах, допущении ошибок в раскрытии понятий, употреблении терминов, нарушении логики и последовательности изложения, отсутствии правильных выводов – «удовлетворительно» (56-74 балла)
- При грубых логических ошибках, которые привели к невыполнению задания – «неудовлетворительно» (55 и менее баллов)

Оценка рубежного контроля является средней арифметической оценок по каждому разделу зачета. При итоговой оценке 56 баллов и более ординатору выставляется «зачтено». При неудовлетворительной оценке по любому из двух разделов зачета результаты не засчитываются и ординатор должен пересдать зачет в соответствующие дни, определенные деканатом.

ТЕСТЫ

для промежуточной аттестации ординаторов по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

- (УК-3, ПК-3) К безвозвратным потерям не относятся:
 - Умершие в лечебных учреждениях
 - Погибшие в момент возникновения ЧС
 - Умершие до поступления на первый этап медицинской эвакуации
 - Пропавшие без вести
 - Попавшие в плен

- (УК-3, ПК-3) Какой поражающий фактор в чрезвычайных ситуациях не выделяется?
 - Термический
 - Механический
 - Радиационный
 - Химический
 - Инфекционный

- (УК-3, ПК-12) Какого специалиста нет в поисково-спасательном отряде Ивановской области?
 - Кинолога
 - Взрывотехника
 - Врача-специалиста
 - Спасателя
 - Психолога

- (УК-3, ПК-12) ПМГ «Защита» может оказать квалифицированную помощь и провести медицинскую сортировку в сутки:
 - 250 пораженным
 - 400 пораженным
 - 100 пораженным
 - 300 пораженным
 - 500 пораженным

- (УК-3, ПК-3, ПК-12) Для проведения радиационной разведки используется прибор:
 - ПХР-МВ
 - ВПХР
 - УГ-2

Г. ДП-5
Д. ИД-1

6. (УК-2, УК-3, ПК-3) Всемирная организация здравоохранения и Международный комитет военной медицины и фармации одобрили «Правила медицинской этики для военного времени» и «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооружённых конфликтах» в:

- А. 1956 г.
- Б. 1980 г.
- В. 1957 г.
- Г. 1961 г.
- Д. 1977 г.

7. (УК-3, ПК-3) Авиационное событие, не повлекшее за собой гибель членов экипажа и пассажиров, однако приведшее к полному разрушению или тяжелому повреждению воздушного судна называется:

- А. Катастрофой
- Б. Аварией
- В. Происшествием
- Г. Поломкой
- Д. Чрезвычайной ситуацией

8. (УК-3, ПК-3) Соотношение численности погибших и раненых при автомобильных происшествиях и авариях составляет:

- А. 1:7
- Б. 1:8
- В. 1:15
- Г. 1:10
- Д. 1:5

9. (УК-3, ПК-3) Какая форма заболевания при радиационных авариях развивается от кратковременного крайне неравномерного воздействия гамма - излучения

- А. Хроническая лучевая болезнь
- Б. Радиационный ожог кожи
- В. Гипоплазия щитовидной железы
- Г. Острая лучевая болезнь
- Д. Алопеция

10. (УК-3, ПК-7) Ферроцин это:

- А. Антидот при поражении ФОВ
- Б. Адсорбент при попадании в желудок РВ
- В. Радиозащитное средств
- Г. Противорвотное
- Д. Сердечно-сосудистое средство

11. (УК-3, ПК-3) У аварийно-опасных химических веществ выделяют по степени опасности:

- А. 6 классов
- Б. 4 класса
- В. 3 класса
- Г. 5 классов
- Д. 2 класса

12. (УК-3, ПК-3) Вещества обладающие высокой токсичностью и способные при определенных условиях вызывать массовые отравления людей и животных, а также загрязнять окружающую среду называется:
- А. Боевые отравляющие вещества
 - Б. Сильно действующие ядовитые вещества
 - В. Аварийно опасные химические вещества
 - Г. Ядовитые вещества
 - Д. Агрессивные химические вещества
13. (УК-3, ПК-7, ПК-12) Для защиты от отравления угарным газом используют:
- А. Гопкалитовый патрон
 - Б. Регенерирующий патрон
 - В. Респиратор РУ-60
 - Г. Респиратор РПГ-67А
 - Д. Ватно-марлевая повязка, смоченная 2%-ным раствором питьевой соды
14. (УК-3, ПК-3) Какого вида инструктажа нет?
- А. Первичный
 - Б. Внеплановый
 - В. Целевой
 - Г. Вводный
 - Д. Заключительный
15. (УК-2, УК-3, ПК-3) Методические рекомендации по разработке государственных нормативных требований охраны труда введены Министерством труда России в:
- А. 2008 г.
 - Б. 2002 г.
 - В. 1998 г.
 - Г. 1996 г.
 - Д. 2006 г
16. (УК-2, УК-3, ПК-3) Нормативный акт, устанавливающий требования по охране труда при выполнении работ в производственных помещениях, на территории предприятия, на строительных площадках и в иных местах, где производятся эти работы или выполняются служебные обязанности называется:
- А. Правила по охране труда
 - Б. Методические указания по охране труда
 - Б. Инструкция по технике безопасности
 - Г. Методические указания по технике безопасности
 - Д. Инструкция по охране труда
17. (УК-2, УК-3, ПК-3) Для проведения внепланового инструктажа необходим перерыв в работе на объектах с повышенными требованиями безопасности труда в:
- А. 30 суток
 - Б. 45 суток
 - В. 20 суток
 - Г. 14 суток
 - Д. 60 суток
18. (УК-2, УК-3, ПК-3) Обязанности работника по соблюдению правил охраны труда изложены в Трудовом кодексе, в статье:

- А. 196
- Б. 214
- В. 76
- Г. 212
- Д. 192

19. (УК-2, УК-3, ПК-12) Больных с легкой черепно-мозговой травмой следует госпитализировать для наблюдения на срок:

- А. 5-6 суток
- Б. 2-3 суток
- В. 7-10 суток
- Г. 10-14 суток
- Д. Госпитализации не подлежат

20. (УК-2, УК-3, ПК-3) Состояние защищённости жизненно важных интересов личности и общества от аварий на опасных производственных объектах и последствий указанных аварий называется:

- А. Производственная безопасность
- Б. безопасность жизнедеятельности
- В. Промышленная безопасность
- Г. Гигиена труда
- Д. Техника безопасности

21. (УК-3, ПК-3) К основным признакам повреждения бедра не относится:

- А. Боль в бедре или суставах, которая резко усиливается при движениях
- Б. Движения в суставах невозможны или значительно ограничены
- В. При переломах бедра изменена его форма и определяется ненормальная подвижность в месте перелома, бедро укорочено
- Г. Движения в суставах невозможны;
- Д. Судороги мышц бедра

22. (УК-2, УК-3, ПК-7, ПК-12) При поражении соединениями тяжелых металлов и мышьяка в качестве антидота используется:

- А. Уголь активированный
- Б. Атропина сульфат
- В. Натрия гидрокарбонат
- Г. Этиловый спирт
- Д. Унитиол

23. (УК-3, ПК-3) При падении людей на улице чаще всего случаются:

- А. Черепно-мозговые травмы
- Б. Переломы конечностей
- В. Ушибы мягких тканей
- Г. Торакоабдоминальные повреждения

24. (УК-3, ПК-3) Пути поступления, выведения и распространения яда, связанные с кровоснабжением органов и тканей называются:

- А. Пространственный фактор
- Б. Проникающий фактор
- В. Поражающий фактор
- Г. Концентрационный фактор
- Д. Барьерный фактор

25. (УК-3, ПК-3) Перкутанный путь поступления яда в организм – поступление через
- А. Кожу
 - Б. Рот
 - В. Дыхательные пути
 - Г. При инъекциях
 - Д. При укусах
26. (УК-3, ПК-3) В общем количестве отравления бытовые составляют:
- А. Более 50%
 - Б. Более 75%
 - В. Менее 40%
 - Г. Более 40%
 - Д. Более 90%
27. (УК-3, ПК-3) Какую группу химических веществ (органические и неорганические) в зависимости от их практического использования не выделяют?
- А. Промышленные яды
 - Б. Ядохимикаты
 - В. Бытовые химикаты
 - Г. Психотропные
 - Д. Биологические растительные и животные яды
28. (УК-3, ПК-3) К наиболее существенным негативным факторам бытовой среды относится:
- А. Хлорсодержащие препараты
 - Б. Просроченные продукты питания
 - В. Озон
 - Г. Соединения фтора
 - Д. Тяжелые металлы
29. (УК-3, ПК-3) Прессованные плиты, применяемые в конструкциях настила полов, панелей, столов, шкафов и другой мебели выделяют:
- А. Кадмий
 - Б. Формальдегид
 - В. Мышьяк
 - Г. Летучие органические соединения
 - Д. Диоксид серы
30. (УК-3, ПК-3) Производственный фактор, воздействие которого на работающего в определенных условиях приводит к травме или другому резкому ухудшению здоровья называется:
- А. Вредным
 - Б. Негативным
 - В. Опасным
 - Г. Отрицательным
 - Д. Чрезвычайным
31. (УК-3, ПК-3) По происхождению опасности выделяют:
- А. 6 групп
 - Б. 5 групп
 - В. 8 групп

- Г. 10 групп
- Д. 4 группы

32. (УК-3, ПК-3) По характеру воздействия на человека опасности не выделяют:

- А. Механические
- Б. Физические
- В. Химические
- Г. Биологические
- Д. Социальные

33. (УК-3, ПК-3) Какой сферы проявления опасностей нет

- А. бытовая
- Б. Спортивная
- В. Инфекционная
- Г. Дорожно-транспортная
- Д. Производственная

34. (УК-3, ПК-12) При ликвидации аварии в особых условиях, когда ЧС отличаются особой спецификой, а их ликвидация связана с работой в труднодоступной местности, в условиях, сопряженных с повышенным риском для жизни спасателей используется:

- А. Центроспас
- Б. Центр специального назначения
- В. Войска гражданской обороны
- Г. Поисково-спасательные службы
- Д. Сводный мобильный отряд

35. (УК-3, ПК-12) В РСЧС выделяют:

- А. Силы и средства обнаружения
- Б. Силы и средства оповещения
- В. Силы и средства наблюдения и контроля
- Г. Силы и средства эвакуации
- Д. Силы и средства защиты

36. (УК-3, ПК-12) В составе сил и средств МЧС России нет:

- А. Центра специального назначения
- Б. Сводных мобильных отрядов
- В. Поисково-спасательных служб
- Г. Многопрофильных больниц
- Д. Авиации МЧС

37. (УК-3, ПК-3) К опасным и вредным факторам по природе действия не относятся:

- А. Физические
- Б. Эмоциональные
- В. Биологические
- Г. Химические
- Д. Психофизические

38. (УК-3, ПК-3) К физическим негативным факторам относится:

- А. Химическое загрязнение почвы
- Б. Психо-эмоциональное напряжение при выполнении работы
- В. Аварии на очистных сооружениях

- Г. Неустойчивые конструкции и природные образования
- Д. Лекарственные средства, применяемые не по назначению

39. (УК-3, ПК-3) В результате разрушения и разгерметизации систем повышенного давления на человека не действует следующий поражающий фактор:

- А. Загрязнение окружающей среды радиоактивными веществами
- Б. Возгорание зданий, различных материалов и т.п.
- В. Ударная волна
- Г. Загрязнение
- Д. Монотонность и однообразие труда

40. (УК-3, ПК-3) При воздействии на человека переменного тока силой 20-25 мА возможно:

- А. Судороги в руках
- Б. Фибрилляция сердца
- В. Паралич дыхания. Начинаются трепетать желудочки сердца
- Г. Пальцы рук дрожат (сильно)
- Д. Руки парализуются немедленно, оторвать их от электродов не возможно, очень сильные боли

41. (УК-3, ПК-3) При дозе излучения равной 100-200 Р у человека развивается острая лучевая болезнь

- А. Средней степени тяжести
- Б. Тяжелой степени тяжести
- В. Легкой степени тяжести
- Г. Крайне тяжелой степени тяжести
- Д. Острая лучевая болезнь не развивается

42. (УК-3, ПК-3) Травмы, полученные пострадавшими вне производственной деятельности, на улицах, в открытых общественных местах, в поле, в лесу, независимо от вызвавших причин относятся к:

- А. Уличному травматизму
- Б. Производственному травматизму
- В. Непроизводственному травматизму
- Г. Дорожному травматизму
- Д. Пешеходному травматизму

43. (УК-3, ПК-3) Какой вид наказания не предусматривает уголовная ответственность за нарушение требований охраны труда?

- А. Увольнение по соответствующим основаниям
- Б. Штраф
- В. Лишение права занимать определённые должности и заниматься определённой деятельностью
- Г. Лишение свободы на определённый срок
- Д. Исправительные работы

44. (УК-3, ПК-3) Правила аттестации рабочих мест отражены в следующем документе

- А. Постановление Правительства РФ
- Б. Указом Президента
- В. Ведомственным документом – приказом Министерства здравоохранения и социального развития
- Г. Ведомственным документом - постановление Минтруда РФ

Д. Федеральным законом

45. (УК-3, ПК-12) При групповом несчастном случае, тяжёлом несчастном случае, несчастном случае со смертельным исходом работодатель (его представитель) не направляет сообщение в:

- А. Прокуратуру по месту происшествия несчастного случая
- Б. Департамент здравоохранения субъекта Российской Федерации
- В. Страховщику по вопросам обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний
- Г. Территориальные объединения организации профсоюзов
- Д. Государственную инспекцию труда

46. (УК-3, ПК-3) По техническим последствиям выделяют следующий тип радиационных аварий:

- А. Объектовая авария
- Б. Проектная авария
- В. Локальная авария
- Г. Региональная авария
- Д. Отсроченная авария

47. (УК-3, ПК-3) Какую группу ОВ не выделяют по клиническим признакам интоксикации и механизму действия (клинико-физиологическая или токсикологическая классификация) среди АОХВ:

- А. Вещества с преимущественно удушающим действием
- Б. Вещества преимущественно общедовитого действия
- В. Вещества преимущественно нефротоксического действия
- Г. Вещества нервно-паралитического действия
- Д. Метаболические яды

48. (УК-3, ПК-3) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время химической аварии называется:

- А. Зона поражения
- Б. Опасная зона
- В. Зона загрязнения
- Г. Химически опасная зона
- Д. Зона химического поражения

49. (УК-2, УК-3, ПК-12) После купированных симптомов первичной реакции могут быть оставлены на амбулаторном лечении пораженные, получившие облучение в дозе:

- А. До 0.5 Гр
- Б. До 1 Гр
- В. До 2 Гр
- Г. До 3 Гр
- Д. До 4 Гр

50. (УК-3, ПК-3) При дорожно-транспортных происшествиях большинство травм это:

- А. Переломы костей нижних конечностей
- Б. Сочетанные черепно-мозговые травмы
- В. Торакальные повреждения
- Г. Травмы живота и таза
- Д. Переломы костей верхних конечностей

Вопросы к собеседованию на промежуточную аттестацию

1. Классификация чрезвычайных ситуаций по источнику, по масштабу распространения. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций (УК-3, ПК-3)
2. Поражающие факторы чрезвычайных ситуаций. Структура санитарных потерь. Классификация санитарных потерь по тяжести, локализации поражения, по поражающим факторам (УК-3, ПК-3)
3. Силы и средства РСЧС. Их краткая характеристика. Задачи сил и средств РСЧС (УК-3, ПК-12)
4. Силы и средства наблюдения и контроля. Их краткая характеристика. Силы и средства ликвидации ЧС. Их краткая характеристика (УК-3, ПК-12)
5. Центроспас. Его краткая характеристика. Основные задачи Минздрава России в сфере ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (УК-3, ПК-12)
6. ППС России. Их краткая характеристика. Поисково-спасательный отряд Ивановской области. Его краткая характеристика и возможности (УК-3, ПК-12)
7. Классификации ядов по принципу их действия. Классификация ядов в зависимости от пути поступления в организм. Этиология острых отравлений (УК-3, ПК-3)
8. Патогенез отравления. Токсикогенный эффект. Его характеристика (ПК-3, ПК-12). Факторы, влияющие на распределение яда в организме. Их краткая характеристика (УК-3, ПК-3)
9. Черепно-мозговая травма. Ее краткая характеристика. Классификация ЧМТ по тяжести поражения (УК-3, ПК-3)
10. Что такое «Охрана труда»? Какие элементы входят в понятие «Охрана труда»? Организация охраны труда в России. Требования, предъявляемые к охране труда (УК-3, ПК-3)
11. Виды инструкций и их содержание. Организация работы с персоналом по охране труда (УК-3, ПК-3)
12. Организация аттестации рабочих мест по охране труда. Виды инструктажа по технике безопасности (УК-3, ПК-3)
13. Что такое «несчастные случаи на производстве»? Их виды. Производственный травматизм и его профилактика (УК-3, ПК-3)
14. Классификация АОХВ по физическим признакам и по степени опасности (УК-3, ПК-3)
15. Характеристика классов опасности аварийно-опасных химических веществ. Классификация химических аварий по отдельным признакам. Виды очага химического поражения (УК-3, ПК-3)
16. Факторы радиационного воздействия на население. Классы радиационных аварий. Временные фазы радиационных аварий (УК-3, ПК-3)
17. Характеристика чрезвычайных ситуаций взрыво- и пожароопасного характера (УК-3, ПК-3)
18. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений (УК-3, ПК-12)
19. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий наводнения (УК-3, ПК-12)
20. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий лесных и торфяных пожаров (УК-3, ПК-12)
21. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий природных катастроф (УК-3, ПК-12)

22. Определение «терроризм». «Террористическая деятельность», «Международная террористическая деятельность», «Террористическая акция», «Террорист», «Террористическая группа», «Террористическая организация», «Борьба с терроризмом», «Контртеррористическая операция», Зона проведения контртеррористической операции». Классификация проявлений терроризма. Характеристика террористических актов (УК-3)
23. Признаки применения террористами ОХВ (ОВ). Мероприятия по ликвидации медико - санитарных последствий террористических актов с применением ОВ (УК-3, ПК-3)
24. Характеристика террористических актов с применением РВ и БС (УК-3, ПК-3)
25. Медицинские силы и средства ГО, предназначенные для обеспечения населения в вооруженных конфликтах. (УК-3, ПК-12)
26. Принципы использования медицинских сил и средств ВСМК и ГО в вооруженных конфликтах. Медицинские мероприятия при обеспечении пострадавшего населения. (УК-3, ПК-12)
27. Правовая основа соблюдения прав и обязанностей медицинского персонала в вооружённых конфликтах. Обязанности медицинского персонала в вооруженных конфликтах. Права медицинского персонала в вооруженных конфликтах. (УК-2, УК-3, ПК-12)
28. Характеристика транспортных и дорожно-транспортных чрезвычайных ситуаций. Какие виды ДТП есть? Какую категорию пострадавших надо отнести к погибшим в ДТП и раненым в ДТП? Травмогенез пострадавших при ДТП (УК-3, ПК-3)
29. Основные причины смерти при ДТП. Ответственность за неоказание необходимой медицинской помощи. Три этапа оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП (УК-3, ПК-3)
30. Организация обеспечения безопасности на месте ДТП. Способы извлечения пострадавшего из транспортного средства. Определение состояния пострадавшего (УК-3, ПК-12)

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ для промежуточной аттестации

1. Оценить уровень загрязнения местности радиоактивными веществами с использованием рентгенометра-радиометра ДП-5 (УК-3, ПК-7)
2. Провести диагностику острой лучевой болезни по показаниям индивидуального дозиметра ИД-1 (УК-3, ПК-7)
3. Провести расчет санитарных потерь при применении противником обычных средств поражения и высокоточного оружия по коэффициенту разрушения «Д» (УК-3, ПК-7)
4. Провести частичную дегазацию с использованием индивидуального противохимического пакета (УК-3, ПК-7)
5. Заполнить документ учетной документации (первичная медицинская карточка Ф.100) (УК-3, ПК-7)
6. Извлечь пораженных из-под завалов с помощью лямки медицинской и лямки медицинской специальной Ш-4, в т.ч. и при наличии синдрома длительного сдавления (УК-3, ПК-7)
7. Извлечь пострадавшего из поврежденной машины при ДТП. (УК-3, ПК-7)
8. Придать пострадавшему стабильное положение (УК-3, ПК-7)
9. Оценить тяжесть ЧМТ по шкале комы Глазго (УК-3, ПК-7)

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт последипломного образования**

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Общественное здоровье и здравоохранение»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.3

1. Паспорт ОС по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
<i>УК-2</i>	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1 год обучения
<i>УК-3</i>	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	1 год обучения
<i>ПК-1</i>	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1 год обучения
<i>ПК-4</i>	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 год обучения
<i>ПК-5</i>	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения
<i>ПК-10</i>	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1 год обучения
<i>ПК-11</i>	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. практик ориентированных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии и с годовым расписанием)</i></p>
2.	УК-3	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье, концепцию факторов риска; - основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья ; - группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа; - систему и основные принципы организации здравоохранения; - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях; - современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в обеспечении и оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье, применять концепцию факторов риска здоровья в практической деятельности; - рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; проводить анализ тенденций первичной заболеваемости и распространенности заболеваний с целью понимания роли различных факторов; - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи; - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности; - осуществлять профессиональную деятельность в 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. практик ориентированных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии и с годовым расписанием)</i></p>

		<p>соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности;</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять критерии качества медицинской помощи и использовать их в своей практической деятельности; участвовать в оценке качества медицинской помощи; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; - методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности; - анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности; - современными критериями оценки качества медицинской помощи 		
3.	<i>ПК-1</i>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные принципы формирования здорового образа жизни <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявлять вредные факторы, влияющие на здоровье человека 		
4.	<i>ПК-4</i>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья; - группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье; - рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; проводить анализ тенденций первичной заболеваемости и распространенности заболеваний с целью понимания роли различных факторов; - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; - методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности. 		
5.	<i>ПК-5</i>	<p>Знает: структуру Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
6.	<i>ПК-10</i>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - систему и основные принципы организации здравоохранения; - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях <p>Умеет:</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности; - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности 		
7.	ПК-11	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в обеспечении и оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи; - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности; - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности; - применять критерии качества медицинской помощи и использовать их в своей практической деятельности; участвовать в оценке качества медицинской помощи <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современными методиками оценки качества медицинской помощи 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Вариант тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания:

Блок 1. Общественное здоровье (УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-4)

Выберите один правильный ответ

Основными группами показателей общественного здоровья являются:

1. только показатели заболеваемости и инвалидности;

2. только демографические показатели;
3. только демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности;
- 4. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития;**
5. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития, обращаемости за медицинской помощью.

Основными источниками информации о здоровье населения являются:

1. официальные статистические материалы о смертности и рождаемости;
2. данные страховых компаний;
3. данные анонимного опроса населения;
4. данные мониторинга посещений населением медицинских организаций по поводу заболеваний и травм;
5. все вышеперечисленное.

Показатель общей заболеваемости характеризует:

1. удельный вес того или иного заболевания среди населения;
2. степень изменения уровня заболеваемости во времени;
3. исчерпанная заболеваемость населения;
4. распространенность заболеваний среди населения;
5. распространенность социально значимых заболеваний.

Убедительность рекомендаций о целесообразности использования медицинских технологий относится к категории А, если они подтверждены результатами:

1. крупных рандомизированных исследований с однозначными результатами и минимальной вероятностью ошибки;
2. небольших рандомизированных исследований с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки;
3. нерандомизированных проспективных контролируемых исследований;
4. нерандомизированных ретроспективных контролируемых исследований; неконтролируемых исследований.

Основное различие между аналитическим и экспериментальным исследованием заключается в том, что в эксперименте:

1. контрольная и основная группа одинаковы по численности единиц наблюдения;
2. используется проспективное, а не ретроспективное наблюдение;
3. контрольная и основная группа подбираются методом “копи - пар”;
4. исследователь определяет, кто будет подвергаться воздействию этиологического фактора, а кто нет;
5. обязательно используется контрольная группа для сравнения.

Блок 2. Организация здравоохранения (УК-2, УК-3, ПК-10)

Выберите один правильный ответ

Порядки и стандарты оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации разрабатываются и утверждаются на уровне:

1. федеральном;
2. региональном;
3. областном;
4. муниципальном;
5. медицинской организации.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается безотлагательно и безвозмездно:

1. в любой медицинской организацией независимо от организационно-правовой формы;
2. только государственными учреждениями здравоохранения;
3. только медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию;
4. только специализированными медицинскими организациями;
5. медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь.

Отказ от медицинского вмешательства в соответствии с законом:

1. может быть принят в устной форме;
2. должен быть оформлен записью врача с визой заведующего отделением;
3. должен быть оформлен записью в медицинской документации, подписан врачом и пациентом;
4. законом оформление отказа не регламентировано;
5. законом отказ от медицинского вмешательства не допускается.

Нормативным документом, определяющим правовой статус лечащего врача, является:

1. коллективный договор, заключенный между работодателем и коллективом работников медицинской организации;
2. правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации;
3. Трудовой кодекс Российской Федерации;
4. Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";
5. Федеральный закон №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании".

Территориальная программа государственных гарантий устанавливает:

1. объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;
2. оценка эффективности использования государственных средств, выделенных на закупку отдельных видов медицинского оборудования;
3. порядок независимой оценки качества медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС;
4. оценку эффективности использования медицинского оборудования, используемого при оказании медицинских услуг в системе ОМС;
5. все вышеперечисленное.

Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет:

1. не допускаются к осуществлению медицинской деятельности;
2. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка);
3. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации специалиста;
4. могут осуществлять медицинскую деятельность без каких-либо дополнительных условий;
5. законодательством данная ситуация не урегулирована.

Понятие «качество медицинской помощи» включает в себя следующие характеристики:

1. только своевременность оказания медицинской помощи;
2. только правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
3. только степень достижения запланированного результата;
4. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

5. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, рациональное использование финансовых и материальных средств.

Целевые значения критериев доступности медицинской помощи установлены:

1. Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральным законом №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Приказом Федерального фонда ОМС;
4. Приказом Территориального фонда ОМС;
5. Территориальной программой государственных гарантий.

Какой из нижеперечисленных критериев качества медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий, указан ошибочно:

1. удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
2. смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
3. материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми);
4. младенческая смертность, в том числе в городской и сельской местности (на 1000 человек, родившихся живыми);
5. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

1. только государственный контроль;
2. только государственный и ведомственный контроль;
3. государственный, ведомственный и внутренний контроль;
4. государственный, ведомственный, внутренний и судебный контроль;
5. государственный, ведомственный, внутренний и личный контроль.

Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности функционирует:

1. на территории Российской Федерации;
2. на территории субъекта Российской Федерации;
3. только в медицинских организациях государственной системы здравоохранения;
4. только в медицинских организациях частной системы здравоохранения;
5. в любых медицинских организациях всех форм собственности и ведомственной подчиненности.

В случае выявления нарушения при оказании медицинской помощи в ходе экспертизы качества медицинской помощи, осуществляемой экспертами страховых медицинских организаций:

1. штрафуются главный врач медицинской организации;
2. штрафуются лечащий врач, допустивший выявленные нарушения;
3. предъявляются финансовые санкции к медицинской организации;
4. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности главного врача;
5. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности лечащего врача.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Компьютерный тест проводится на заключительном занятии цикла. Имеются 2 варианта тестов по 50 вопросов. Продолжительность тестирования – 60 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: комплект практико-ориентированных задач.

2.2.1. Содержание

Примеры практико-ориентированных заданий для оценки практических навыков с инструкцией по выполнению для студентов и оценочными рубриками для каждого задания:

Блок 1. Общественное здоровье (ПК-1, ПК-4)

Практико-ориентированное задание № 1

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности в г. N в 2017-м году были получены следующие данные:

1. Болезни системы кровообращения	-	8,5%
2. Болезни органов дыхания	-	38,3%
3. Болезни органов пищеварения	-	6,3%
4. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	-	13,2%
5. Травмы и отравления	-	11,0%
6. Прочие	-	22,7%
Все причины	-	100,0%

К какой группе показателей относятся указанные данные? Представленные данные проиллюстрируйте графическим изображением и дайте их анализ.

При оформлении диаграммы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Для иллюстрации данных необходимо выбрать секторную диаграмму.
2. Рисунок должен иметь номер.
3. Рисунок должен иметь название, в котором отражаются суть представленных данных, место и время. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
4. Данные представляются в масштабе и должны иметь цифровые обозначения.
5. Секторы диаграммы должны иметь различную штриховку. Рядом с диаграммой размещается легенда (условные обозначения).

Практико-ориентированное задание № 2

Составьте макет комбинационной таблицы, которая отражает структуру нарушений различных прав пациента в медицинских учреждениях города N в 2017-м г., а также особенности этой структуры в учреждениях различного вида (амбулаторно-поликлинических и стационарных) и формы собственности (государственных, муниципальных, частных).

При оформлении таблицы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Таблица должна иметь номер.
2. Таблица должна иметь название, в котором отражается суть представленных данных, а также пространственные и временные характеристики объекта исследования. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
3. Макет таблицы должен быть замкнутый.
4. Строки и графы в таблице должны быть пронумерованы.
5. Должны выделяться итоговые строки и графы. Для их обозначения, по возможности, следует избегать малоинформативных названий «Всего» и «Итого».

Практико-ориентированное задание № 3

Рассчитайте показатели структуры и уровней заболеваемости по данным обращаемости в медицинские учреждения населения города А (численность населения 20 тысяч человек) и города В (численность населения 200 тысяч человек) в 2017 г., используя следующие данные:

Класс заболеваний	Абсолютное число обращений (город А)	Абсолютное число обращений (город В)
1. Болезни органов кровообращения	3 000	32 000
2. Болезни органов дыхания	4 000	64 000
3. Болезни органов пищеварения	1 000	24 000
4. Прочие	2 000	40 000
Всех обращений:	10 000	160 000

Используя полученные данные, укажите, в каком городе более распространены болезни сердечно-сосудистой системы?

Блок 2. Организация здравоохранения (ПК-5, ПК-10, ПК-11)

Практико-ориентированное задание № 1

Врач-стоматолог В. осуществлял частный прием пациентов на основании имеющегося у него сертификата специалиста и лицензии на соответствующий вид медицинской деятельности. Кроме него в кабинете осуществлял прием, осмотр, назначал лечение его сын, студент 4-го курса медицинского вуза. Однако, на основании проверки по поводу поступившей жалобы одного из пациентов, лечившегося у студента, на его непрофессионализм, решением лицензионной комиссии лицензия была аннулирована.

Укажите порядок аннулирования лицензии на осуществление медицинской деятельности. Оцените данную ситуацию с учетом требований, предъявляемых к лицензированию медицинской деятельности.

Эталон ответа

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензирующие органы осуществляют плановые и внеплановые проверки соблюдения лицензионных требований и условий. Поводом для внеплановой проверки может быть жалоба (обращение) пациента. В данной ситуации медицинскую помощь осуществляло лицо (студент 4-го курса), не имеющий право на её осуществление (отсутствует диплом врача и сертификат по специальности «урология»). Данное нарушение в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации «О лицензировании медицинской деятельности...» является

грубым нарушением лицензионных требований и условий, за которое предусмотрена административная ответственность по ст.14.1 КоАП РФ, в том числе, приостановление действия лицензии. При выявлении грубых нарушений лицензионных требований и условий лицензирующие органы выдают предписание об устранении нарушений в определенный срок, а также вправе составить протокол об административном правонарушении, который передается в течение 3-х суток в суд для вынесения решения. В любом случае вопрос об аннулировании лицензии принимается судом, а не лицензирующим органом.

Практико-ориентированное задание № 2

Преподаватель медицинского вуза, входящий в реестр внештатных экспертов территориального фонда обязательного медицинского страхования, обратился к заведующему отделением с просьбой предоставить необходимую документацию для проведения углубленной экспертизы случая оказания медицинской помощи по просьбе родственников пациента. Администрация данного медицинского учреждения отказала в предоставлении медицинской документации.

Правомерны ли действия администрации медицинского учреждения?

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
ПК-1, ПК-4	<p><u>Умеет</u> Самостоятельно и без ошибок анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии</p> <p><u>Владеет</u> уверенно, правильно и самостоятельно методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности.</p>	<p><u>Умеет</u> Самостоятельно анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии, но совершает отдельные ошибки</p> <p><u>Владеет</u> методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности, но совершает отдельные ошибки</p>	<p><u>Умеет</u> анализировать под руководством преподавателя основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии</p> <p><u>Владеет</u> методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности, но применяет их с помощью преподавателя</p>	<p><u>Не умеет</u> анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии</p> <p><u>Не владеет</u> методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности</p>

<p>ПК-10</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно и без <u>ошибок</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p><u>Владеет</u> уверенно, правильно и самостоятельно осуществляет поиск и правильное применение нормативно-правовых актов</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> навыками поиска и правильного применения нормативно-правовых актов, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Умеет</u> <u>под руководством преподавателя</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p><u>Владеет</u> навыками поиска нормативно-правовых актов, правильно применяет <u>с помощью преподавателя</u></p>	<p><u>Не умеет</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p><u>Не владеет</u> навыками поиска и правильного применения нормативно-правовых актов</p>
<p>ПК-5, ПК-11</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно и без <u>ошибок</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня</p> <p><u>Владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи, <u>но при их применении совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Умеет</u> <u>под руководством преподавателя</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня</p> <p><u>Владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи, <u>применяет их с помощью преподавателя</u></p>	<p><u>Не умеет</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня</p> <p><u>Не владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Количество практико-ориентированных заданий, предполагающих оценку уровня формирования компетенции – 20. Комплекты практико-ориентированных заданий ежегодно обновляются. На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 40 мин, продолжительность ответа на билет – 10 мин.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения практико-ориентированных заданий.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

Приложение 1

к рабочей программе дисциплины

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Педагогика»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.4

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, профессиональные и культурные различия	1 год обучения
УК-3	- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	1 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
	УК-1	Знает предмет, цели, задачи, категориальный аппарат дисциплины; Научные подходы к изучению закономерностей психического развития. Умеет интегрировать полученные знания с системой академических знаний в реализации целей, задач и функций педагогической деятельности; Владеет навыками работы по	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 1 год обучения

		использованию полученных знаний		
	УК-2	<p>Знает особенности формирования и Проявления познавательных Процессов личности в периоду юношества и взрослости</p> <p>Умеет навыками работы по использованию полученных знаний;</p> <p>Владеет навыками анализа особенностей эмоционального, сенсорного, умственного и вербального развития личности;</p>	<p>1. Комплект тестовых заданий.</p> <p>2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.</p>	Зачет, 1 год обучения
1.	УК-3	<p>Знает потребности и ведущие мотивы учебной деятельности обучаемых, роль личности реподавателя как фактора эффективности обучения и воспитания</p> <p>Умеет дифференцировать полученные знания и использовать индивидуальный подход в работе с младшим персоналом в зависимости от конкретной ситуации, возрастных особенностей, целей и задач обучения. использовать знания о современных педагогических технологиях обучения и воспитания со средним и младшим медицинским персоналом, методах взаимодействия с родными и близкими выздоравливающих больных</p> <p>Владеет приемами активизации познавательной деятельности обучаемых в процессе обучения; - основами педагогики в</p>	<p>Комплекты:</p> <p>1. Тестовых заданий.</p> <p>2. Практико-ориентированных заданий.</p>	Зачет, 1 год обучения

		работе со средним и младшим медицинским персоналом, педагогическими технологиями обучения медицинского персонала, педагогическими технологиями коммуникативного взаимодействия с пациентами и его родственниками.		
2.	ПК-9	Знает предмет, цели, задачи, категориальный аппарат дисциплины; Умеет применять полученные знания в профессиональной деятельности; Владеет навыками проектирования эффективных профессиональных стратегий и т.д. навыками по использованию методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации	1. Комплект тестовых заданий. 2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.	Зачет, 1 год обучения

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: тестовые задания.

2.1.1. Содержание

Тестовый контроль включает задания на компетенции УК-1, УК-2, УК-3 , ПК-9. Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

Инструкция по выполнению: в каждом задании необходимо выбрать один правильный ответ из 4-х предложенных.

Примеры:

1. ФУНКЦИЯ ПСИХИКИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ ОБЩЕНИЕ:

- 1) коммуникативная;
- 2) убеждающая;
- 3) динамическая;
- 4) гуманистическая;

2. КОММУНИКАТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

- 1) средствами речевой коммуникации;
- 2) рефлексивной составляющей
- 3) средствами обучения;
- 4) знаниями

3. МОДЕЛЬ МОРАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА (ПО Р.ВИЧУ):

- А) сакральная;
- Б) гуманистическая;

- В) авторитарная;
- Г) демократическая;
- Д) оптимистическая.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Тестирование проводится на заключительном занятии дисциплины. Имеются 2 варианта тестов по 50 вопросов. Продолжительность тестирования – 50 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: практико-ориентированные задания.

2.2.1. Содержание

Используются для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9.

Примеры:

1. Психолого-педагогические основы коммуникаций Межличностные, коммуникативные навыки взаимодействия (УК-1, УК-2, ПК-9)

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и определите психолого- педагогические основы коммуникаций

Пациент Г. 37 лет на приеме у врача-стоматолога потребовал срочно удалить больной зуб. После осмотра и рентгенологического обследования врач объяснил пациенту, что зуб может быть сохранен при условии еще двух сеансов лечения. Недовольный таким, по его мнению, надуманным промедлением, больной в раздражении покидает кабинет. В регистратуре его несколько успокоили и посоветовали обратиться к другому врачу в этой же клинике. Зная о случившемся конфликте, новый врач, игнорируя стандарты технологии лечения, пошел «на поводу» у пациента и немедленно выполнил просьбу, удалив зуб без каких-либо предложений о лечении:

а) является ли эта ситуация конфликтной? Кого можно считать субъектами этого конфликта? Какие стратегии поведения они выбрали?

б) оцените эту ситуацию и ее возможные последствия с точки зрения конфликтолога и стоматолога-профессионала?

в) как бы вы поступили в подобном случае?

2. Формирование у пациентов мотивации к лечению (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9).

Примеры:

Задание 1.

Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.

Пациент 45 лет находится в течении месяца на лечении в кардиологическом отделении. Он очень сомневается во всех процедурах, которые ему проводят по назначению врача, не верит в успех лечения. При проведении процедур спорит с медсестрой, на лице часто

ухмылка, может не явиться на назначенные исследования. Медсестра попыталась побеседовать с пациентом, но он не слушает ее, грубит, прячет глаза. Медсестре удалось выяснить в ходе беседы, что пациент имеет негативный опыт общения с медперсоналом.

Задание 2.

Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.

В неврологическом отделении находится одинокая пациентка 75 лет, которая при беседе со знакомой рассказала, что постовая медсестра К. относится к ней не так, как к другим пациенткам. В палате часто присаживается к ней, рассказывает ей о своей дочке, оберегает ее от негативной информации, угощает ее собственной выпечкой.

Во время совместного чаепития медсестра К. рассказала, что 2 недели назад у нее умерла мама, и она очень тяжело переживает потерю близкого человека, а в пациентки она видит черты своей мамы и ей после общения с ней легче смирится с утратой.

Задание 3.

Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.

В терапевтическом отделении на лечении находится женщина 50 лет. Женщина замужем, имеет двух дочерей, которые живут в другом городе и не имеют возможности часто навещать ее. Женщина очень чутко относится к своему здоровью, на процедуры приходит за 30-40 минут до назначенного срока, внимательно слушает и записывает все, что ей говорит медсестра. Делится с ней своими семейными проблемами. Ежедневно после процедур пытается отблагодарить ее небольшим подарком (шоколадкой, конфеткой).

Эталон ответа: Эффект общения – положительный трансфер

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (86-100)	Средний уровень (71-85)	Низкий уровень (56-70)	До 56 баллов
УК-1	Умеет <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан Владеет Уверено, правильно и самостоятельно	Умеет <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u> Владеет	Умеет Выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан Владеет способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент», используя	Умеет <u>Не может</u> выявить в учебном задании морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан Владеет Не способен к самостоятельному определению методов психологического

	определяет методы активизирующие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	Обладает опытом самостоятельно определять методы методики, активизирующие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , но <u>совершает отдельные ошибки</u>	общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , но совершает отдельные ошибки
УК-2	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности <u>Владеет</u> уверено, правильно и самостоятельно выявляет основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, <u>но совершает отдельные ошибки</u> <u>Владеет</u> обладает опытом самостоятельно выявлять основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических	<u>Умеет</u> выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности <u>Владеет</u> способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических	<u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности <u>Владеет</u> Не способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов

	исследования самоактуализации личности	методов исследования самоактуализации личности	методов исследования самоактуализации личности, но совершает отдельные ошибки	исследования самоактуализации личности
УК-3	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <u>Владеет</u> Уверено, правильно и самостоятельно определяет методы активизирующие психологического общения «врач-мед сестра - пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент- мед сестра-», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u> <u>Владеет</u> Обладает опытом самостоятельно определять методы методики, активизирующие психологического общения «врач- мед сестра-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p>	<p><u>Умеет</u> Выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <u>Владеет</u> способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент мед сестра», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , но <u>совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <u>Владеет</u> Не способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , но совершает отдельные ошибки</p>
ПК-9	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе</p>	<p><u>Умеет</u> выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на</p>

	<p>процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><u>Владеет</u> уверенно, правильно и самостоятельно выявляет основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p>ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> обладает опытом самостоятельно выявлять основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p>педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><u>Владеет</u> способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, но совершает отдельные ошибки</p>	<p>основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><u>Владеет</u> Не способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>
--	--	---	---	---

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

С помощью практико-ориентированных задач оценивается освоение обучающимися практических умений и опыта (владений).

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

Зачет является формой заключительной проверки усвоения обучающимися теоретического материала и практических умений, опыта (владений) по дисциплине.

Условием допуска обучающегося к зачету является полное выполнение учебного плана данной дисциплины.

Зачет осуществляется в два этапа:

I. Тестовый контроль знаний.

Результаты тестирования оцениваются как «сдано», «не сдано».

II. Проверка практических умений, опыта (владений).

Время на подготовку – 40 мин. Ординаторы не имеют возможности использовать какие-либо информационные материалы. Время на ответ – не более 0,5 ч.

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

Зачет считается сданным при условии успешного выполнения обоих этапов.

Результаты сдачи зачета оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ (репродуктивно- выборочного) УРОВНЯ
для промежуточной аттестации.

ЗАДАНИЯ С ВЫБОРОМ 1 ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ.

ИНСТРУКЦИЯ: подчеркните правильный ответ

1. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА – ЭТО НАУКА:

- А) о воспитании человека в современном обществе
- Б) о способах научного познания
- В) о психологических особенностях человека
- Г) о физиологических закономерностях развития личности
- Д) о подготовке учителя к работе в школе

2. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА В ПЕРЕВОДЕ С ГРЕЧЕСКОГО ОЗНАЧАЕТ:

- А) детовождение
- Б) управление
- В) воспроизведение
- Г) закрепление
- Д) повторение

3. (УК-1, УК-3) ОБЪЕКТОМ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) учение о принципах построения теории
- Б) методы педагогического исследования
- В) психологические особенности личности
- Г) человек развивающийся в процессе воспитания
- Д) междисциплинарные связи человекознания

4. (УК-1, УК-3) ПРЕДМЕТОМ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) целостный педагогический процесс
- Б) закономерности обучения
- В) воспитание творческой направленности личности
- Г) самообразование
- Д) самообучение

5. (УК-1, УК-3) ЗАДАЧИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) изучение педагогического опыта
- Б) исследование личностных особенностей
- В) внедрение образовательных законопроектов
- Г) создание библиотек
- Д) разработка электронных учебников.

6. (УК-1, УК-3) ФУНКЦИИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) познавательная
- Б) экономическая
- В) социальная
- Г) юридическая
- Д) политическая

7. (УК-1, УК-3) ОТРАСЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- А) общая педагогика
- Б) социология
- В) политология
- Г) квалитология
- Д) психология

8. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- А) педагогическое наблюдение
- Б) изучение успеваемости
- В) исследование межличностных отношений
- Г) выдвижение гипотезы
- Д) изучение литературы.

9. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ - ЭТО:

- А) связи между условиями и достигнутыми результатами
- Б) отношения между субъектами образовательного процесса
- В) обученность
- Г) реализация инноваций
- Д) творчество педагогов

10. (УК-1, УК-3) РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТ:

- А) прогресс науки и техники.

- Б) биологический закон сохранения рода.
- В) объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду.
- Г) повышение роли воспитания в общественной жизни
- Д) социально- экономические преобразования.

11. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА ИЗУЧАЕТ:

- А) развитие и функционирование психики ребенка
- Б) взаимоотношения между родителями и детьми
- В) закономерности, принципы, методы и формы обучения и воспитания человека
- Г) механизмы передачи знаний от поколения к поколению
- Д) процессы преобразования общества

12. (УК-1, УК-3, ПК-9) ВОСПИТАНИЕ – ЭТО:

- А) направленное воздействие на человека с целью формирования у него определенных знаний.
- Б) целенаправленный и организованный процесс формирования личности.
- В) формирование образов, законченных представлений об изучаемых явлениях.
- Г) процесс становления человека как социального существа под воздействием всех факторов
- Д) передача культурных традиций подрастающему поколению.

13. (УК-1, УК-3, ПК-9) ОБУЧЕНИЕ – ЭТО:

- А) направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний.
- Б) двухсторонний образовательный процесс взаимодействия учителей и учеников, направленный на усвоение знаний, умений, навыков.
- В) объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый.
- Г) целенаправленный и организованный процесс формирования личности, под воздействием учителя.
- Д) формирование представлений об окружающей действительности.

14. (УК-1, УК-3) ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- А) объективно существующие связи между педагогическими явлениями
- Б) адекватное отражение объективной действительности воспитательного процесса, обладающего устойчивыми свойствами
- В) варианты организации конкретного воспитательного процесса
- Г) управление деятельностью учащихся при помощи разнообразных повторяющихся дел
- Д) совокупность педагогических мероприятий.

15. (УК-1, УК-3) ДВИЖУЩАЯ СИЛА ВОСПИТАНИЯ:

- А) противоречие индивидуального морального сознания
- Б) противоречие общественного развития
- С) противоречие между умственным и физическим трудом
- Д) противоречие между имеющимся уровнем развития и новыми, более высокими потребностями
- Е) расхождение ценностных ориентаций

16. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ВОСПИТАНИЯ - ЭТО:

- А) общие исходные положения, которыми руководствуется педагог
- Б) способы воздействия на сознание, волю, чувства, поведения воспитанников

- В) предметы материальной и духовной культуры, которые используются для решения педагогических задач
- Г) внешнее выражение процесса воспитания
- Д) варианты организации конкретного воспитательного процесса

17. (УК-1, УК-3) ПОЩРЕНИЕ - ЭТО:

- А) способ педагогического воздействия на воспитанника с целью стимулирования положительного поведения
- В) неодобрение и отрицательная оценка действий и поступков личности
- С) привлечение воспитанников к выработке правильных оценок и суждений
- Д) эмоционально-словесное воздействие на воспитанников
- Е) яркое, эмоциональное изложение конкретных фактов и событий.

18. (УК-1, УК-3) ФОРМА ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- А) организационная структура
- Б) педагогическое действие
- В) мероприятие, в котором реализуются задачи
- Г) содержание и методы конкретного воспитательного процесса
- Д) воздействие на воспитуемых.

19. (УК-1, УК-3) ПЕРЕВОСПИТАНИЕ – ЭТО:

- А) перестройка установок взглядов и способов поведения, противоречащих этическим нормам
- Б) специально организованная познавательная деятельность
- В) адаптация человека к различным ценностям
- Г) воспитание правил хорошего тона и культуры поведения
- Д) воспитание чувства национального достоинства

20 (УК-1, УК-3, ПК-9) МЕДИЦИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА - ЭТО:

- А) междисциплинарная область теории и практики клинической психологии,
- Б) педагогическая составляющая профессионального образования
- В) наука, изучающая особую сферу деятельности человека
- Г) наука о психофизиологических особенностях детей
- Д) научная отрасль знания связанная с лечением

21. (УК-1, УК-3) ОБЪЕКТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) область действительности, которую исследует наука
- Б) особые явления действительности
- В) медицинское образование
- Г) лечебный процесс
- Д) процесс реабилитации

22. (УК-1, УК-3) ПРЕДМЕТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) педагогический процесс
- Б) педагогическое взаимодействие между участниками учебного процесса
- В) инновационные технологии в медицине
- Г) комплекс явлений, раскрывающий лечебный процесс
- Д) педагогическая ситуация.

23. (УК-1, УК-3) ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ - ЭТО:

- А) приемы работы по организации процесса обучения

- Б) тезисы теории и практики обучения и образования
- В) основные положения теории обучения
- Г) средства народной педагогики и современного педагогического процесса
- Д) условия педагогического процесса.

24. (УК-1, УК-3) ЦЕЛОСТНЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС - ЭТО:

- А) единство воспитания и обучения
- Б) взаимодействие школы, семьи и общественности
- В) целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся
- Г) обучение и воспитание
- Д) совместная система всех институтов воспитания

25. (УК-1, УК-2, УК-3) ЭФФЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ:

- А) нейтральный
- Б) либеральный
- В) авторитарный
- Г) оппозиционный
- Д) демократический

26. (УК-1, УК-3) ОБРАЗОВАНИЕ - ЭТО:

- А) результат процесса воспитания
- Б) результат процессов социализации и адаптации
- В) механизм социокультурной среды по приобщению к общечеловеческим ценностям
- Г) результат получения системы знаний, умений, навыков
- Д) процессуальная деятельность.

27. ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ СФОРМУЛИРОВАЛ:

- А) Песталоцци И.Г.
- Б) Коменский Я.А.
- В) Монтень М.
- Г) Ушинский К.Д.
- Д) Руссо Ж-Ж.

28. (УК-1, УК-3) ДИДАКТИКА – ЭТО:

- А) наука об обучении и образовании, их целях, содержании, методах, средствах, организации, достигаемых результатах.
- Б) искусство, «детоводческое мастерство».
- В) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения.
- Г) система приобретенных в процессе обучения ЗУН и способов мышления.
- Д) научная отрасль педагогики

29. (УК-1, УК-3) ОБУЧЕНИЕ – ЭТО:

- А) целенаправленный педагогический процесс организации и стимулирования учебно-познавательной деятельности
- Б) наука о получении образования,
- В) упорядоченное взаимодействие педагога с учащимися, направленное на достижение поставленной цели.
- Г) категория философии, психологии и педагогики
- Д) двухсторонний процесс обучения

30. (УК-1, УК-3) СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБУЧЕНИЯ:

- А) целевой,
- Б) положительный
- В) отрицательный
- Г) качественный
- Д) комплексный

31. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ - ЭТО:

- А) основные идеи, положенные в основу достижения педагогических целей
- Б) основные требования
- В) исходные положения
- Г) руководство к действию
- Д) воспитательные возможности.

32. (УК-1, УК-3) ДИДАКТИЧЕСКИМИ ПРИНЦИПАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) наглядность обучения
- Б) активизация межличностных отношений
- В) познание закономерностей окружающей действительности
- Г) обеспечение конкурентоспособности
- Д) инновационность обучения

33. (УК-1, УК-3) ПРЕПОДАВАНИЕ И УЧЕНИЕ - ЭТО

- А) категории обучения.
- Б) методы обучения.
- В) формы обучения.
- Г) средства обучения.
- Д) приемы обучения.

34. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- А) общепредметные, предметные и модульные.
- Б) общепредметные, предметные, модульные и частнометодические.
- В) общепредметные и предметные.
- Г) предметные и модульные.
- Д) интегративные и комбинированные.

35. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА – ЭТО:

- А) материальные объекты, предназначенные для организации и осуществления педагогического процесса
- Б) методы и приемы реализуемой педагогической технологии
- В) формы организации обучения
- Г) организация учебного пространства
- Д) содержание педагогического процесса

36. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ – ЭТО:

- А) набор операций по конструированию, формированию и контролю знаний, умений, навыков и отношений в соответствии с поставленными целями.
- Б) инструментарий достижения цели обучения.
- В) совокупность положений, раскрывающих содержание какой-либо теории, концепции или категории в системе науки.
- Г) устойчивость результатов, полученных при повторном контроле, а также близких результатов при его проведении разными преподавателями.
- Д) совокупность методов и приемов обучения

37. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ – ЭТО:

- А) способы совместной деятельности учителя и учащихся, направленные на решения задач обучения.
- Б) монологическая форма изложения, призвана ретранслировать систему социального опыта.
- В) средство самообучения и взаимообучения.
- Г) пути познания объективной реальности в условиях многоаспектного рассмотрения гносеологических механизмов и познавательной активности учащихся.
- Д) условия обучения.

38. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ - ЭТО:

- А) нововведения в учебно - воспитательном процессе с целью повышения его эффективности
- Б) реализация культурно- исторического опыта предшествующих поколений
- В) внедрение научно- исследовательских проектов
- Г) активизация мотивации к обучению
- Д) совокупность интерактивных методов обучения

39. (УК-1, УК-3) КАТЕГОРИЕЙ ДИДАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) нравственное воспитание
- Б) процесс обучения
- В) цель воспитания
- Г) социализация личности
- Д) воспитание

40. (УК-1, УК-3, ПК-9) СЛОВЕСНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ:

- А) беседа
- Б) демонстрация картин, иллюстраций
- В) продуктивная деятельность
- Г) упражнения
- Д) компьютерные средства

41. (УК-1, УК-3, ПК-9) НАГЛЯДНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ:

- А) опрос учащихся
- Б) рассматривание картин
- В) тренинг
- Г) рассказ
- Д) объяснение

41. (УК-1, УК-3, ПК-9) СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ВОСПИТАНИЯ:

- А) деятельностный
- Б) синергитический
- В) системный
- Г) интегративный
- Д) комплексный

41. (УК-1, УК-3) ОБУЧЕНИЕ КАК СОТВОРЧЕСТВО УЧИТЕЛЯ И УЧЕНИКА РАССМАТРИВАЛ:

- А) Шаталов В.П.

- Б) Коменский Я.А.
- В) Крупская Н.К.
- Г) Толстой Л.Н.
- Д) Больнов В.Е.

41. (УК-1, УК-3) СИСТЕМУ ПРИНЦИПОВ РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ ПРЕДЛОЖИЛ:

- А) Выготский Л.С.
- Б) Занков Л.С.
- В) Леонтьев А.Н.
- Г) Лернер И.И.
- Д) Махмутов

41. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ, ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

41. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ СЛУХА ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

42. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

43. (УК-1, УК-3) ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ТЕОРИИ «СВОБОДНОГО ВОСПИТАНИЯ»

- А) Монтессори М.
- Б) Макаренко А.С.
- В) Ушинский К.Д.
- Г) Крупская Н.К.
- Д) Изард И.

44. (УК-1, УК-3) ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ - ЭТО

- А) процесс оказания помощи учащимся в выборе профессии в соответствии со способностями, склонностями и рынком труда.
- Б) работа по итогам которой определяются умения, навыки
- В) совокупность различной направленности общественных мероприятий
- Г) профессиональная подготовка
- Д) деятельность направленная на результат.

45. (УК-1, УК-3) САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ – ЭТО:

- А) стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей
- Б) стремление человека достичь результата
- В) творческий процесс развития
- Г) стремление человека реализовать способности
- Д) целенаправленная деятельность

46. (УК-1, УК-3) САМООБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- А) самостоятельное овладение человеком знаниями, умениями и навыками, совершенствование уровня самого образования
- Б) образование через всю жизнь
- В) систематическое обучение
- Г) воспитательно - образовательная деятельность
- Д) личностная значимость человека.

47. (УК-1, УК-3) СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ – ЭТО:

- А) процесс социального развития человека под влиянием всей совокупности факторов социальной жизни
- Б) усвоение опыта предшествующих поколений
- В) адаптация личности
- Г) индивидуальное развитие человека
- Д) становление личности, приобретение ею совокупности устойчивых свойств и качеств

48. (УК-1, УК-3) ПРЕПОДАВАНИЕ – ЭТО:

- А) передача учащимся знаний, умений, навыков
- Б) управление усвоением в рамках отдельных познавательных задач
- В) управление учебно-познавательной деятельностью обучаемых
- Г) реализация принципа связи теории и практики
- Д) реализация принципа активности познавательной деятельностью обучаемых

49. (УК-1, УК-3) КОНТРОЛЬ - ЭТО:

- А) проверка результатов самообучения.
- Б) это обратная связь учителя с учеником в процессе преподавание
- В) система оценочно-отметочной деятельности,
- Г) механизм проверки знаний, умений, навыков учащихся.
- Д) метод обучения

50. (УК-1, УК-3) ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- А) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения
- Б) предметная поддержка учебного процесса
- В) система приобретенных в процессе обучения знаний, умений и навыков
- Г) способ сотрудничества учителя и учащихся
- Д) квалификационная характеристика выпускника

51. (УК-1, УК-3) КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- А) способность применять знания для решения профессиональных задач
- Б) совокупность знаний, умений и навыков
- В) способность активно действовать
- Г) желание использовать полученные знания
- Д) активность личности

52. (УК-1, УК-3) ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- А) интегральная характеристика личности
- Б) вид профессиональной подготовленности работника, наличие у него знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения им определенной работы в рамках одной профессии
- В) мастер своего дела
- Г) профессиональное умение
- Д) способность постоянно развиваться

53. (УК-1, УК-3) ВИДЫ КОМПЕТЕНЦИЙ:

- А) общекультурные, профессиональные
- Б) индивидуально – личностные
- В) социологические
- Г) предметные
- Д) дисциплинарные

54. (УК-1, УК-3) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ - ЭТО:

- А) нормативно - правовой законодательный документ
- Б) основа формирования профессионализма
- В) совокупность компетенций
- Г) регламентирующий проект
- Д) процесс обновления системы образования

55. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА СОТРУДНИЧЕСТВА - ЭТО:

- А) направление в советской педагогике 2-ой половины 20 в.
- Б) форма коллективной работы учащихся
- В) объект деятельности учителя
- Г) научная теория Я.А. Коменского
- Д) метод обучения.

56. (УК-1, УК-3) ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА:

- А) принимает воспитанника таким, какой он есть
- Б) навязывает сложившиеся установки
- В) стремится изменить воспитанника
- Г) исходит из приоритетности знаний педагога
- Д) руководствуется запросами практики.

57. ПЕДАГОГИКА СОВЕТСКОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А) идеологизацией методологических оснований
- Б) неклассовым подходом к воспитанию
- В) интеграцией в мировой практике
- Г) отсутствием идеологической борьбы с педагогикой развитых стран
- Д) рекламированием отечественных достижений.

58. (УК-1, УК-3) ПРИНЦИП ПРИРОДОСООБРАЗНОСТИ СФОРМУЛИРОВАН:

- А) Ушинским К.Д.
- Б) Макаренко А.С.
- В) Дж.Локком
- Г) Коменским Я.А.
- Д) Дистервергом

59. (УК-1, УК-3) АВТОР ТРУДА «ВЕЛИКАЯ ДИДАКТИКА»:

- А) Крупская Н.К.
- Б) Коменский Я.А.
- В) Корчак Я.
- Г) Толстой Л.Н.
- Д) Тихеева Е.И.

60. (УК-1, УК-3, ПК-9) СЕМЬЯ-ЭТО:

- А) брак двух людей
- Б) начальная, структурная единица общества, закладывающая основы личности
- В) образование, в котором человек целиком проявляется во всех отношениях
- Г) социально-педагогическая группа людей, предназначенная для удовлетворения потребностей
- Д) малая группа, основанная на кровном родстве, члены которой связаны между собой

61. (УК-1, УК-3, ПК-9) КРИЗИС СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ:

- А) отсутствие доброжелательных взаимоотношений
- Б) сужение кругозора родителей
- В) преобладание гражданских браков
- Г) свобода заключения и расторжения брака
- Д) падение авторитета и роста конфликтности с ними

ЗАДАНИЯ НА УСТАНОВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ

1 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Виды деятельности
1 год	а) сюжетная игра
2 года	б) манипуляции с игрушками
3 года	в) сюжетно-отобразительная

2 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Виды деятельности
1. 3–4 года	а) игровая
2. 4–5 лет	б) бытовая
3. 5–7 лет	в) конструктивная
	г) трудовая
	д) учебная
	е) изобразительная

3 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ПРЕДМЕТНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Характерные особенности действий с предметами
1. 3–4 года	а) моделирующие действия восприятия
2. 5–6 лет	б) интериоризация действий
3. 6–7 лет	в) систематическое планомерное обследование
	г) зрительное восприятие
	д) планомерное, последовательное обследование
	е) рассматривание, выделение отдельных частей, признаков

4 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТОМ И УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ РЕЧИ, МЫШЛЕНИЯ(УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Сочетание речи, практических действий, мышления
1. 3–4 года	а) речь — умственное действие
2. 4–5 лет	б) практическое действие — речь
3. 5–7 лет	в) практическое действие одновременно с речью
	г) умственное действие — речь — практическое действие

5 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГРУППАМИ И ВИДАМИ ЧУВСТВ(УК-1, УК-2, УК-3)

Группы чувств	Виды чувств
1. Интеллектуальные	а) любопытство
2. Эстетические	б) чувство комического
3. Моральные	в) удивление
	г) дружба
	д) любознательность
	е) чувство прекрасного
	ж) гордость
	з) чувство нового
	и) чувство героического
	к) чувство стыда
	л) чувство юмора

6 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГОТОВНОСТЬЮ К ШКОЛЕ И ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ:

Готовность к школе	Характеристика
1. Социально-личностная	а) принятие позиции школьника
2. Интеллектуальная	б) отношение к школе
3. Эмоциональная	в) ориентация в окружающем мире
4. Волевая	г) желание узнать новое
	д) соподчинение мотивов
	е) умение организовать рабочее место
	ж) умение общаться
	з) сенсорное развитие
	и) радостное ожидание начала обучения
	к) умение сочувствовать
	л) стремление достичь результата

7 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЦЕЛЯМИ ВОСПИТАНИЯ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Цели воспитания	Характеристика целей воспитания
1) частные (рабочие)	а) указывают главное направление воспитательной деятельности всех учреждений образования, определяют характер педагогического воздействия на личность
2) общие (генеральные)	б) связаны с решением определенных воспитательных задач на различных этапах формирования личности
3) личные	в) цели конкретного воспитательного мероприятия, учебного занятия; направлены на формирование определенных знаний, конкретных способов мышления и деятельности
4) конкретные (оперативные)	г) учет этих целей придает процессу образования гуманистический, личностно ориентированный характер

8 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТЕОРИЯМИ ОБРАЗОВАНИЯ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Теории образования	Сущность теории образования
1) Теория материального образования	а) цель – развитие не столько академических знаний, сколько развитие ума, способностей к мыслительным операциям, логическому мышлению
2) Теория формального образования	в) главная цель – передать ученику как можно больше знаний из разных областей науки

9 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПРИНЦИПАМИ ОБРАЗОВАНИЯ И ИХ СОДЕРЖАНИЕМ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Принципы обновления содержания образования	Характеристики принципов обновления содержания образования
1) Гуманитаризация	А) расширение образовательного выбора обучающегося
	Б) организация профильных лицейских классов
	В) более полный учет интересов, возможностей и индивидуальных особенностей учащихся
2) Дифференциация	Г) учет при изучении естественнонаучных и математических дисциплин социальных и общекультурных смыслов и взаимосвязей изучаемых объектов и явлений
3) Гуманизация	Д) обновление содержания обучения в контексте развития мировой культуры
	Е) определение минимального уровня усвоения знаний, умений, навыков по каждому учебному предмету, обеспечивающего базовый уровень общего среднего образования
4) Стандартизация	Ж) унификация содержания обучения

	3) включение сведений из истории развития науки в содержание учебных дисциплин
--	--

10 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ МЕТОДАМИ И ПРИЕМАМИ ОБУЧЕНИЯ. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9)

Методы обучения	Приемы обучения
1.Рассказ	а) последовательное раскрытие причинно-следственных связей
2.Объяснение	Б) использование задач на применение знаний на практике в различных (возможно, усложняющихся) ситуациях
3.Упражнение	В) организация учителем самостоятельного поиска учащихся
4.Дискуссия	Г) риторические вопросы преподавателя
5.Частично-поисковый	Д) направление учителем учащихся при поиске решения проблемы с помощью дополнительных вопросов
6.Исследовательский	Е) свободное обсуждение проблем

11 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПОМ ОБУЧЕНИЯ И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Тип обучения	Сущностные характеристики и признаки
1) Проблемное обучение	а) постановка проблемных задач Б) зона ближайшего развития личности ребенка В) ученик – субъект познания, собственной жизнедеятельности, культуры в целом
2) Развивающее обучение	Г) усвоение не только конкретных знаний и действий, но и овладение умениями конструировать учебную деятельность и управлять ею Д) создание на уроках учебно-социальных ситуаций Е) опора на опыт личности обучающегося
3) Личностно ориентированное обучение	Ж) частично – поисковый метод З) содержанием обучения выступают теоретические знания и обобщенные способы их применения при решении учебных задач

12 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СПОСОБАМИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Способы учебной деятельности	Основные характеристики учебной деятельности
1) Коллективная	а) взаимообучение
2) Индивидуально-обособленная	Б) пары сменного состава
	В) общеклассная форма обучения
3) Парная	Г) индивидуальная форма обучения (работа «один-на-один»)
4) Групповая	Д) фронтальная

13 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОДХОДАМИ К ВОСПИТАНИЮ И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Подходы к осуществлению воспитания	Используемые термины и определения
1) Технократическая педагогика	А) «функциональный человек» Б) самоактуализация человека В) принцип модификации поведения учащихся Г) саморазвитие Д) манипулирование
2) Гуманистическая педагогика	

14 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ НАПРАВЛЕНИЯМИ ВОСПИТАНИЯ И ЗАДАЧАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Направление воспитания	Задачи воспитания
1) Идеологическое воспитание	а) формирование социальной активности и ответственности
	Б) развитие потребностей в самовоспитании
2) Гражданское и патриотическое воспитание	В) привитие основополагающих ценностей, идей, убеждений, отражающих сущность белорусской государственности
	Г) развитие потребностей в саморазвитии
	Д) формирование психологической культуры личности
3) Воспитание культуры самопознания и саморегуляции личности	Е) формирование правовой, информационной, политической культуры обучающихся
	Ж) воспитание патриотизма
	З) освоение учащимися знаний о мировоззренческих основах идеологии белорусского государства

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ для промежуточной аттестации

Задание 1

Семинар по иностранному языку. Перед преподавателем не только его группа, но и группа заболевшего преподавателя. Ребята ведут себя отвратительно: говорят в полный голос, ругаются, перекидываются записками, самолетиками и т. д.

Особенно выделяется один юноша. Преподаватель, стараясь не обращать внимания, ведет семинар, время от времени грозя всей галерке двойками. Очередное задание – подготовить пересказ текста. Через какое-то время преподаватель спрашивает самого шумного студента, готов ли он к пересказу. Тот отвечает, что может пересказать только первое предложение.

Преподаватель : «Значит, я ставлю тебе два».

Студент: «Нет, в таком случае я перескажу».

Преподаватель : «Поздно. Раньше надо было думать»

Студент: «Да я перескажу».

Такая перепалка продолжается еще несколько минут, в результате преподаватель ставит 46 баллов, а студент, уходит из аудитории, хлопает дверью.

Преподаватель, ничего не сказав, продолжает занятие.

Задание:

- определите стиль поведения преподавателя,
- пути более эффективного решения конфликтной ситуации
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Решение.

Стиль поведения преподавателя- авторитарный, провакационный.

Путь разрешения ситуации- компромисс

Атмосфера в группе - психологический климат является качественной стороной межличностных отношений в данной ситуации отмечается, что он препятствует продуктивной совместной деятельности и всестороннему развитию личности в группе- усилением конкуренции среди студентов, студенты занимают пассивную и маниакальную эмоциональные диспозиции.

Преподаватель ориентирован на конфликтующую сторону в отношений
Преподаватель демонстрирует студентам свое слабование, неуверенность в себе и некоторый страх перед самими студентом. Может это еще и не осознается ребятами в полной мере, но любой из них способен это почувствовать.

Прогнозирование

Если подобные ситуации будут повторяться, ни о какой дисциплине в группе речи уже не будет, как нельзя будет говорить и об уважении к учителю. Такое открытое потакание желаниям ребят неоправданно и, в конце концов, скажется на самом учебном процессе, качестве обучения и отношении учеников к своему преподавателю.

Задание 2

Практическое занятие по иностранному языку.

Преподаватель просит тянущего руку студента начать чтение текста. Юноша заикается, и, чем больше он волнуется, тем сильнее. Возникает заминка.

Преподаватель ждет некоторое время, наблюдая за попытками юноши преодолеть первое слово, а затем начинает кричать, что он наверняка опять не сделал домашнее задание.

В аудитории кто-то начинает посмеиваться, кто-то опускает глаза. Юноша испуганно «прожевывает» трудное слово и пытается читать дальше.

Задание:

- определите стиль поведения преподавателя
- укажите эффективные пути решения выхода из конфликтной ситуации.
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Решение:

Стиль поведения преподавателя- агрессивно- недоброжелательный, авторитарный

Предложить ответить письменно.

Психологический климат в группе – противоречивый, атмосфера соперничества, агрессивности

Преподаватель ориентирован на авторитарно- дисциплинарный тип отношений

Задание 3

В студенческой группе есть студент с ограниченными возможностями здоровья, и студенты из группы не упускают случая поиздеваться над физически и психологически неразвитым студентом.

Когда преподаватель спрашивает его, он запинаяется, боясь, что все будут лишь смеяться над его ответом. Преподаватель только вздыхает, упрекает и ставит 42 балла.

Задание:

- определите стиль поведения преподавателя
- укажите формы, методы взаимодействия преподавателя с данным студентом и с группой
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 4

На семинаре с конца ряда передается записка. Студенты, молча читают ее, смотрят на потолок и хихикают, после чего передают записку дальше, не особо скрывая ее от преподавателя. Преподаватель видит записку, забирает ее, разворачивает и видит сообщение «*посмотри на потолок*». Он смотрит на потолок, в это время группа разражается взрывом хохота.

Преподаватель выходит из себя. Пытается узнать, кто был инициатором этой идеи, грозит поставить плохие отметки.

Задание:

- как Вы думаете, чего хотели добиться студенты, создавая данную ситуацию
- как Вы считаете, как должен был поступить преподаватель в данной ситуации
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 5

Семинар. Примерно за 10 минут до конца урока, преподаватель вызывает к доске студента. Он должен решить задачу.

Звонит звонок. Преподаватель просит всех выйти из аудитории, а студента остаться и решить задачу. Но студенты группы не уходят, а обступают студента, который стоит у доски. Звучат реплики: «Это же элементарно» и т. д. В результате это начинает раздражать студента, и он просит преподавателя, что бы она попросила остальных выйти из аудитории.

Преподаватель подходит к толпе и смотрит на доску: «Вы даже задачу не можете правильно переписать». Студенты начинают смеяться, а юноша хватается за рюкзак и выбегает из аудитории.

Задание:

- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 6

Студент отвечает на вопросы преподавателя. Материал он знает, но не может его подать; веселит своим ответом остальную группу и преподавателя. Юноша доволен собой и продолжает в том же духе. Когда ему ставят «4», он не понимает за что: он отвечал, преподаватель ему улыбался, – значит, ему понравился ответ.

На его недоумение преподаватель отвечает, что он допустил много ошибок. Студенты группы заступились за него и попросили поставить «5», но преподаватель остался при своем мнении. Юноша обиделся.

Задание:

- какие методы могут нормализовать отношения преподавателя и отвечающего студента

- как Вы думаете, преподаватель должен реагировать на обиду студента
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 7

Идет лекция, преподаватель рассказывает новую тему, а студент не слушает его и играет в телефон.

Задание:

- Ваши действия на данную ситуацию

Задание 8

Несколько студентов опоздали на урок на 15 минут...

Задание:

- перечислите педагогические методы, которые возможно использовать в данной ситуации.

Задание 9

В самом начале занятия или уже после того, как вы провели несколько занятий, студент заявляет вам: «Я не думаю, что вы, как педагог, сможете нас чему-то научить».

Задание:

- как должен поступить преподаватель в данной ситуации.

Задание 10

Преподаватель дает студенту задание, а тот не хочет его выполнять и при этом заявляет: «Я не хочу это делать!»

Задание:

- определите наиболее эффективные методы, приемы урегулирования отношений
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 11

Студент разочарован своими учебными успехами, сомневается в своих способностях и в том, что ему когда-либо удастся как следует понять и усвоить материал, и говорит преподавателю: «Как Вы думаете, удастся ли мне когда-нибудь стать хорошим врачом и не отставать от остальных студентов на курсе?»

Задание:

- Продолжите диалог
- Какие методы и приемы Вы рекомендуете использовать

Задание 12

Студент говорит о том, что данный предмет ему в профессиональной деятельности не пригодится и учить он его не хочет.

Задание:

- определите методы убеждения
- укажите приемы формирования профессиональной компетенции

Задание 13

«Раньше я была очень слабой и доброй. Я не умела ни выразиться крепко, ни защитить себя. Сейчас я совсем другая, все меня побаиваются... Можно быть талантливым, даже трижды талантливым, но если при этом у тебя нет хоть чуть-чуть жестокости, если ты не сильная личность, то ты ломаного гроша не стоишь... Наше время – это время сильных

людей, которые умеют отстаивать свое место в жизни».

«Мне кажется, что я могу ответить на вопрос: почему мои сверстники не хотят особенно чего-то достигать, что-то делать, из-за чего-то стараться.

Для нас не существует этого «чего-то»... Если бы мы жили в период войны, мы были бы другими. Тогда всем все было ясно – или ты честный защитник своей Родины, или ты предатель. А сейчас что защищать, кого?»

Вопросы и задания

1. О чем свидетельствуют эти суждения?
2. Сравните суждения и сделайте выводы.
3. Что можно сказать о ценностных ориентациях молодежи?
4. Какие педагогические советы можно дать в первом и во втором случае?

Задание 14

В один дом был приглашен на семейное торжество очень способный молодой человек. Собралось много гостей, и все долго не садились, дожидаясь его. Но он опаздывал. Так и не дождавшись, утомившиеся гости наконец заняли свои места. Юноша явился спустя час. Он не пытался извиниться за опоздание, лишь весело бросил на ходу: – Встретил знакомого, знаете (он небрежно назвал имя известного ученого), да и заболтался. Потом он, с трудом протискиваясь между мебелью и причиняя неудобство гостям, обошел стол и каждому сидящему фамильярно протягивал руку. За столом вел себя оживленно, говорливо и на весь вечер завладел застольной беседой. Другим он почти не давал и рта раскрыть – говорил сам или комментировал каждое слово окружающих.

Вопросы и задания

1. Дайте оценку поведения юноши.
2. Что необходимо знать каждому человеку об общении с людьми?
3. Что может служить причиной такого типа поведения молодого человека?
4. Что бы вы делали, оказавшись в компании такого человека?

Задание 15

Мы много спорили с подругой – какую профессию выбрать. И то вроде не подходит, и это...

– Я точно знаю, куда не пойду: в учителя – не хочу портить нервы; не пойду в химическое производство, так как от общения с химическими препаратами можно потерять здоровье; на фабрику не пойду, так как там превратишься в робота, выполняя механическую и однообразную работу. Я хочу, чтобы на моей работе не портилось здоровье и было интересно. Хотелось, чтобы она была связана с животными и большим количеством поездок.

– Тогда тебе нужно идти работать мед. представителем! – воскликнула подруга и добавила, – а по мне – лишь бы получать прилично.

Я потом долго думала. Сомневаюсь, есть ли у меня талант для мед. представителя. Может быть, подруга права, и, если нет призвания, надо думать о зарплате?

Вопросы и задания

1. Каковы мотивы выбора профессии у девушек?
2. Какой прием педагогического воздействия был использован в данной ситуации?

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Патология»**

модуль: «Клиническая патофизиология»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.5

1. Паспорт ОС по дисциплине «Патология» (модуль – Клиническая патофизиология)

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клиническое значение патофизиологических исследований в единой системе диагностики и лечения заболеваний на основе принципов доказательной медицины <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>тестовых заданий</i> 2. <i>ситуационных задач</i> 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы общей и частной патофизиологии с учётом возрастных особенностей организма; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности, на основе современных объективных клинко-физиологических, клинко-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики нарушений в системе терморегуляции, воспаления, синдроме полиорганной недостаточности при использовании результатов объективных клинко-физиологических, функциональных, и клинко-лабораторных методов обследования пациентов; - основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинко-физиологических, функциональных, и клинко-лабораторных методов исследования 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>тестовых заданий</i> 2. <i>ситуационных задач</i> 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Примеры тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания: Оценка сформированности ПК-5

1. Что относится к дистантным эффектам цитокинов?
 - a) Угнетение синтеза белков гепатоцитами
 - b) Угнетение гемопоэза
 - c) Субфебрильная температура, психическая возбужденность
 - d) Развитие иммунного ответа
2. Различие между эффектом действия адреналина и норадреналина:
 - A. адреналин.
 - Б. норадреналин
 - 1.увеличение систолического давления
 - 2.увеличение сосудистого кровотока и работы сердца
 3. расслабление бронхиальной мускулатуры
 4. мидриаз
 5. снижение диастолического давления
 6. увеличение диастолического давления.
 7. рефлекторная брадикардия.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Компьютерный тест проводится на заключительном занятии цикла. Имеются вариант тестов из 20 вопросов. Продолжительность тестирования – 20 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Примеры ситуационных задач (УК-1, ПК-5):

Задача 1. У ребенка 6 лет появилась одышка, кашель, боль в груди, озноб, температура тела повысилась до 39,8⁰С. Вызванный врач диагностировал острую пневмонию. Мать заметила, что повышение температуры сопровождалось увеличением диуреза. Объясните механизм полиурии при лихорадке. Какой стадии лихорадки это соответствовало?

Ответ:

В данном случае полиурия сопровождала *I стадию лихорадки* (стадию повышения температуры). Подъем температуры тела при лихорадке происходит, главным образом, за счет спазма периферических сосудов (при этом значительно уменьшается теплоотдача). В то же время, ограничение артериального притока к коже приводит к перераспределению крови в сосудистом русле и централизации кровотока → повышается гидростатическое давление в аорте → увеличивается эффективное фильтрационное давление → возрастает диурез.

Задача 2. В стационар поступила женщина А. 42 лет с лихорадкой интермиттирующего типа. А. заболела остро (десять дней тому назад) после перенесенной респираторно-вирусной инфекции. Лечение в амбулаторных условиях антибиотиками из группы макролидов, антигистаминными и НПВП должного эффекта не дали.

Жалобы при поступлении на миалгии и боли во всех группах суставов.

При осмотре: пятнисто-папулезная сыпь на боковых поверхностях грудной клетки и внутренних поверхностях бедер, усиливающаяся при повышении температуры тела; увеличение периферических лимфоузлов, печени (+3 см) и селезенки (+1,5 см), расширение границ сердца, тахикардия (до 140 сокращений) сердца в минут.

Общий анализ крови: лейкоциты $27 \cdot 10^9/\text{л}$ (п/я нейтрофилы 9%, с/я нейтрофилы 92%), СОЭ 65мм/час, Hb 90г/л, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$, Тромбоциты $600 \cdot 10^9$; биохимические показатели крови: повышен уровень фактора некроза опухолей-альфа, интерлейкинов 1, 6 и 17.

Диагноз при поступлении: ревматоидный артрит (?).

Вопросы:

1. Назовите симптомы патологического процесса и объясните их патогенез.
2. Оцените результаты общего анализа крови и объясните патогенез изменений.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
УК-1	<u>Умеет</u> Самостоятельно и без ошибок анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Умеет</u> Самостоятельно анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики, но совершает отдельные ошибки	<u>Умеет</u> анализировать и интерпретировать под руководством преподавателя результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Не умеет</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики
ПК-5	<u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных объективных клинико-физиологических,	<u>Умеет</u> самостоятельно провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных объективных клинико-физиологических,	<u>Умеет</u> под руководством преподавателя провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных объективных клинико-	<u>Не умеет</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности и на основе современных объективных клинико-физиологическ

<p>клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования</p>	<p>лабораторных и функциональных методов обследования пациентов, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p>физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования <u>с помощью преподавателя</u></p>	<p>их, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов по специальности</p> <p><u>Не владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования</p>
---	--	---	---

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 20 мин, продолжительность ответа – 10 мин.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Патология» (модуль: Клиническая патофизиология) допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения ситуационных задач.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Оцениваемые компетенции: ПК-5

Выберите один верный ответ.

2. Какого механизма воздействия цитокинов не существует?
 - a) Аутокринный
 - b) Дистантный
 - c) Мезокринный
 - d) Паракринный
3. Что относится к дистантным эффектам цитокинов?
 - e) Угнетение синтеза белков гепатоцитами
 - f) Угнетение гемопоэза
 - g) Субфебрильная температура, психическая возбужденность
 - h) Развитие иммунного ответа
4. С увеличения продукции какого гормона начинается стресс-реакция?
 - a) АКТГ
 - b) СТГ
 - c) Вазопрессин
 - d) Окситоцин
5. К «продромальному синдрому» не относят?
 - a) Лихорадка
 - b) Запоры
 - c) Миалгии, артралгии
 - d) Общая слабость, разбитость
6. К объективным проявлениям ответа острой фазы относится?
 - a) Гипогаммаглобулинемия
 - b) Гипоальбуминемия
 - c) Снижение СОЭ
 - d) Лейкопения
7. С какой стадии начинается ДВС-синдром?
 - a) Коагулопатия потребления
 - b) Гипокоагуляции
 - c) Гиперкоагуляции и тромбообразования
 - d) Интенсивное потребление факторов системы гемостаза
8. Какие провоспалительные цитокины являются ключевыми?
 - a) ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- β
 - b) ИЛ-1, ИЛ-10, ФНО- β
 - c) ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО- α
 - d) ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α
9. Какого механизма развития дыхательной недостаточности при «дефиците сурфактанта» не существует?
 - a) Альвеолярная гиповентиляция
 - b) Нарушение перфузии легких
 - c) Повышение диффузионной способности альвеоло-капиллярных мембран
 - d) Нарушение вентиляционно-перфузионных отношений
10. Особенности углеводного обмена при СПОН являются?
 - a) Усиление глюконеогенеза
 - b) Усиление глюкогенолиза
 - c) Снижение использования глюкозы тканями
 - d) Повышение использования глюкозы тканями
11. К проявлениям 2 стадии ДВС-синдрома относят?
 - a) Гиперфибриногенемия
 - b) Повышение концентрации в крови антитромбина 3
 - c) Кровотечение из поврежденных сосудов
 - d) Значительный тромбоцитоз

Сопоставьте термин и определение

12. Механизм действия цитокинов:

1. аутокринный
 2. паракринный
 3. дистантный
- А. действие на продуцирующую клетку
Б. действие на близрасположенные клетки
В. действие на расстоянии за счет кровотока.
Г. Эндокринный.

13. Различие между эффектом действия адреналина и норадреналина:

- А. адреналин.
Б норадреналин
1. увеличение систолического давления
 2. увеличение сосудистого кровотока и работы сердца
 3. расслабление бронхиальной мускулатуры
 4. мидриаз
 5. снижение диастолического давления
 6. увеличение диастолического давления.
 7. рефлекторная брадикардия.

14. Разделите белки острой фазы на группы:

- А. негативная
Б. позитивная
1. церулоплазмин
 2. альбумин
 3. трансферрин
 4. С3 комплемент

15. Стадии развития РДС и их характеристики:

- А. 1 стадия
Б. 2 стадия
В. 3 стадия
1. тахикардия. тахипноэ
 2. одышка в покое
 3. спутанность сознания
 4. на рентгенограмме усиление легочного рисунка
 5. на рентгенограмме слияние очаговых теней
 6. эйфория
 7. ослабление дыхания аускультативно

Выберите все верные ответы

16. Перечислите дистантные эффекты цитокинов:

- А. адгезия лейкоцитов
Б. склонность к кровотечению.
В. пролиферация лимфоцитов
Г. активация белков острой фазы
Д. ускорение роста
Е. нарушение памяти

17. Перечислите белки острой фазы, количественные изменения которых связано как с дефицитом или избытком железа, так и с воспалением.

- А. трансферрин
- Б. гаптоглобин
- В. церулоплазмин
- Г. СРБ
- Д. лактоферрин

18. Характеристика ответа острой фазы:

- А. лейкопения
- Б. гипоальбуминемия
- В. увелочение СОЭ
- Г. моноцитоз
- Д. гипергаммаглобулинемия

19. Стимулянты синтеза сурфактанта:

- А. катехоламины
- Б. инсулин
- В. глюкокортикоиды
- Г. Эстрогены
- Д. андрогены

20. Перечислите стадии ДВС в порядке появления:

- А. Тромбообразование
- Б. гиперкоагуляция
- В. Гипокоагуляция
- Г. коагулопатия потребления

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-5

Задача 1. У ребенка 6 лет появилась одышка, кашель, боль в груди, озноб, температура тела повысилась до $39,8^{\circ}\text{C}$. Вызванный врач диагностировал острую пневмонию. Мать заметила, что повышение температуры сопровождалось увеличением диуреза. Объясните механизм полиурии при лихорадке. Какой стадии лихорадки это соответствовало?

Задача 2. В стационар поступила женщина А. 42 лет с лихорадкой интермитирующего типа. А. заболела остро (десять дней тому назад) после перенесенной респираторно-вирусной инфекции. Лечение в амбулаторных условиях антибиотиками из группы макролидов, антигистаминными и НПВП должного эффекта не дали. Жалобы при поступлении на миалгии и боли во всех группах суставов. При осмотре: пятнисто-папулезная сыпь на боковых поверхностях грудной клетки и внутренних поверхностях бедер, усиливающаяся при повышении температуры тела; увеличение периферических лимфоузлов, печени (+3 см) и селезенки (+1,5 см), расширение границ сердца, тахикардия (до 140 сокращений) сердца в минут. Общий анализ крови: лейкоциты $27 \cdot 10^9/\text{л}$ (п/я нейтрофилы 9%, с/я нейтрофилы 92%), СОЭ 65 мм/час, Hb 90 г/л, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$, Тромбоциты $600 \cdot 10^9$; биохимические показатели крови: повышен уровень фактора некроза опухолей-альфа, интерлейкинов 1, 6 и 17. Диагноз при поступлении: ревматоидный артрит (?). Вопросы:

1. Назовите симптомы патологического процесса и объясните их патогенез.
2. Оцените результаты общего анализа крови и объясните патогенез изменений.

Задача 3. Мальчик М. 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на заложенность и выделения из носа, чихание.

Впервые вышеуказанные симптомы появились 2 года назад в апреле. Мальчика беспокоил сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты и сосудосуживающие капли местно. В июне симптомы заболевания прекратились. Мать ребенка страдает экземой, а у самого ребенка до 3 лет отмечался атопический дерматит.

При осмотре: мальчик нормального телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, мальчик чихает, почесывает нос. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктивита гиперемирована, слезотечение. Одышки нет. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Задания:

1. Назовите патологическое состояние, возникшее у ребенка.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Объясните механизм нарушений.

Задача 4. Больная л., 34 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Appetit нормальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением 1-2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст. Объективно. Рост - 168 см, масса тела - 96 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. АД - 135/80 мм.рт.ст. ГОСТ в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.

Дополнительные исследования. Тест с сахарной нагрузкой: натощак - 5.5 ммоль/л, через 2 часа - 7.5 ммоль/л

Задания:

3. Назовите патологическое состояние, возникшее у ребенка.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Объясните механизм нарушений.

Задача 5. Пациенту, обратившемуся к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, провели исследование крови. При исследовании получены следующие результаты:

Эритроциты м. 4,5-5,0Т/л ж.3,5 -4,5 Т/л	Гемоглобин м. 130— 160 г/л ж. 120 -140 г/л	Цветовой показатель 0,86-1.1	Ретикулоциты 0,2-10%	Тромбоциты 200-300 Г/л
2,8 Т/л	56 г/л	?	0,2 %	300 Г/л

Анизоцитоз +++ (микроциты)

пойкилоцитоз +++

Проэритроциты - единичные

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело-циты	мета-миелоциты	палочко-ядерные	сегменто-ядерные		
Норма 4,5-9,0 Г/л	0,5-1,0 %	1,0-5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
3,6 Г/л	-	3	-	-	4	56	29	8

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) -15 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж. 2—15 мм/час)

Содержание железа в плазме крови 160 мкг/л (в норме 1000 мкг/л или 2,86 мкмоль/л)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующим классификациям

Задача 6. Пациенту, находящемуся в реанимационном отделении, провели исследование крови. При исследовании получены следующие результаты:

Эритроциты м. 4,5-5,0 Т/л ж. 3,5 -4,5 Т/л	Гемоглобин м. 130— 160 г/л ж. 120 -140 г/л	Цветовой показатель 0,86-1.1	Ретикулоциты 0,2-10%	Тромбоциты 200-300 Г/л
2,5 Т/л	60 г/л	?	5,5 %	280 Г/л

Анизоцитоз ±

Проэритроциты - 4-5 на 100 клеток

Полихроматофилия ++

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело-циты	мета-миелоциты	палочко-ядерные	сегменто-ядерные		
Норма 4,5-9,0 Г/л	0,5-1,0 %	1,0-5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
15,2 Г/л	1	2	1	8	13	57	12	6

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) - 20 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж. 2—15 мм/час)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующим классификациям

Задача 7. При исследовании крови у пациента онкологического отделения получены следующие результаты:

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело-циты	мета-миелоциты	палочко-ядерные	сегменто-ядерные		
Норма 4,5-9,0 Г/л	0,5-1,0 %	1,0-5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
	0,022-0,095 Г/л	0,045-0,07 Г/л	-	-	0,045-0,47 Г/л	2,23 - 6,8 Г/л	0,81 - 3,6 Г/л	0,09- 0,5 Г/л
11 Г/л	-	1	-	-	8	61	26	4

токсогенная зернистость в цитоплазме лейкоцитов

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 20 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж.2—15 мм/час)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующей классификации

Задача 8. У больного отмечается отсутствие реакции больного на просьбу, произнесенную обычным или громким голосом, и выполнение ее в ответ на тихую или шепотную речь.

Задание:

- 1) Объясните механизм данного симптома

Задача 9. У больного 52 лет, директора школы, курильщика, в течение двух месяцев наблюдаются приступы сжимающих болей за грудиной, связанные с быстрой ходьбой, подъемами по лестнице. Боль иррадирует в левую руку, лопатку, длится 3-5 мин, проходит после приема нитроглицерина или в покое. За неделю до поступления в клинику приступы загрудинных болей участились до 3-6 раз в сутки, дважды возникали в покое. Боль стала интенсивнее, за сутки принимал до 8-10 таблеток нитроглицерина.

При осмотре состояние удовлетворительное, повышенного питания, рост 165 см, масс тела – 90 кг, цианоза нет. ЧД – 18 в 1 мин. Легкие без патологии. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм правильный. ЧСС-82 уд/мин. АД –130/80 мм рт. ст. Печень не увеличена, отеков нет.

В крови: холестерин – 7,5 ммоль/л (норма –5,6 ммоль/л). Тропониновый тест отрицательный.

Задания:

- 1) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента.
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
- 3) Объясните механизм нарушений.

Задача 10. У пациента 42 лет с приобретенным пороком митрального клапана (недостаточность митрального клапана) в результате ранее перенесенного ревматизма

обнаружены изменения: расширение границ сердца, увеличение печени, асцит, снижение суточного диуреза, выраженные отеки нижних конечностей; в крови - увеличение уровня альдостерона.

Задания:

- 1) Охарактеризуйте состояние сердечно-сосудистой системы.
- 2) Обоснуйте механизмы возникших изменений.

Принципы патогенетической терапии.

Задача 11. Больная С., 25 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, боли в поясничной области, отеки на лице, общую слабость. Месяц тому назад перенесла ангину.

При поступлении АД - 180/110 мм. рт. ст. Анализ крови: эритроциты – 3,1 Т/л, лейкоциты – 12,6 Г/л, СОЭ - 28 мм/час. В моче – выраженная протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия.

Задания:

- 1) О каком патологическом процессе идет речь? Обоснуйте свое заключение.

Каковы причины и механизмы повышения артериального давления в данном случае?

Задача 12. Пациент М., 62 лет. Жалуется на тяжесть в голове, пошатывание при ходьбе, периодическую тошноту, пелену перед глазами. Около 5 лет назад при профилактическом осмотре отмечено повышение артериального давления. Были назначены гипотензивные препараты, которые не дают эффекта. АД сам не измеряет.

При обследовании: выглядит старше своих лет, повышенного питания, индекс массы тела 32,6 кг/м². Границы сердца не расширены, при аускультации сердца: 1-й тон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, систолический шум в проекции правой почечной артерии (от середины расстояния от пупка до мечевидного отростка 3 см вправо). Пульс 84 в минуту, ритмичный, напряженный, резистентность лучевой артерии повышена. АД 240/125 мм рт. ст. Моча без изменений. УЗИ почек: левая почка 11,5 X 6,4; правая 10,2 X 5,4, чашечно-лоханочная система не расширена.

Задания:

- 1) Развитие какой формы патологии можно предположить у пациента?
- 2) Объясните механизмы изменений.

Задача 13. На производстве произошел взрыв воспламеняющегося вещества. Находившийся рядом рабочий, 32 лет, взрывной волной был отброшен на несколько метров. Одежда загорелась. При осмотре врачом СМП: выявлены ожоги I – II – III степени лица, обеих верхних конечностей, передней поверхности грудной клетки.

Больной в сознании, заторможен. Жалобы на боли в местах, пораженных пламенем, сильные боли в животе. Цианоз и акроцианоз. Голос «осиплый». На задней стенке глотки следы копоти, OD = OS. Дыхание самостоятельное, затруднено, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧДД –30 – 32/мин. Аускультативно с обеих сторон выслушиваются сухие и влажные хрипы. Тоны сердца ясные. АД 100/40 мм рт. ст. Пульс 132 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Живот при пальпации напряжен, болезненный, особенно в эпигастрии.

Задания:

- 1) Какую форму патологии можно предположить в данном случае?

Объясните механизмы основных проявлений.

Задача 14. Мужчина К., 18 лет, во время автомобильной катастрофы получил множественные переломы конечностей, ушибы головы и туловища. В клинику доставлен через 1 час после травмы. Больной в тяжелом состоянии, без сознания. Кожные покровы бледные, покрыты холодным, липким потом. Зрачки узкие, с вялой реакцией на свет.

Дыхание поверхностное. Тоны сердца приглушены. Пульс едва прощупывается. Артериальное давление - 60/40 мм рт. ст.

Задания:

- 1) Определите, о каком патологическом процессе идет речь.
- 2) Объясните механизм понижения артериального давления при данной патологии.

Задача 15. Больной Г., 42 лет, страдающий гипертонической болезнью, обратился к врачу с жалобами на прогрессирующее ожирение, слабость, повышенную физическую и умственную утомляемость, потливость, частые головные боли. Масса тела постепенно увеличивалась в течение последних 3 лет после того, как больной стал вести малоподвижный образ жизни.

При осмотре: рост 170 см, масса тела 97 кг. Распределение подкожного жира по мужскому типу. Имеется отечность стоп и голеней. В состоянии покоя отмечается одышка. Артериальное давление 190/95 мм рт. ст. Анализ крови на глюкокортикоиды и йодсодержащие гормоны щитовидной железы без особенностей. Общие анализы крови и мочи – без особенностей.

Задание:

- 1) Какая форма патологии имеется у больного?
- 2) Объясните механизмы возникших изменений.
- 3) Объясните механизм отеков.

Задача 16. Больная С., 18 лет обратилась к врачу с жалобами на сильную слабость, ощущение во рту сухости, жажду, частые мочеиспускания, судороги в икроножных мышцах, исхудание, фурункулез. При обследовании было обнаружено: температура тела 37,2⁰С, в легких дыхание везикулярное, пульс 80 уд. в мин, артериальное давление 120/80 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный, на спине и лице фурункулы.

Задания:

- 1) О каком заболевании можно думать в данном случае?
- 2) Какие дополнительные исследования необходимы?

Задача 17. У пациента выявлены увеличение размеров гипофиза и гиперплазия коры надпочечников. При дополнительном исследовании обнаружен ряд изменений:

- а) АД – 190/95 мм рт. ст.;
- б) содержание глюкозы 18,9 ммоль/л;
- в) глюкозурия;
- г) лунообразное лицо;
- д) рубцы багрового цвета на коже бёдер;
- е) гирсутизм.

Задания:

- 1) Определите, при какой патологии эндокринной системы наблюдаются указанные изменения.
- 2) Перечислите основные механизмы развития артериальной гипертензии и других проявлений.

Задача 18. Мужчина 35 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, желтую окраску кожи и слизистых. При исследовании пигментного обмена были выявлены следующие изменения:

Пигменты	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин непрямой	норма	-	-
Билирубин прямой	+++	+++	-
Мезобилиноген	-	-	-
Стеркобилиноген	-	-	-
Желчные кислоты	+++	+++	-

Задания:

- 1) Перечислите отклонения от нормы.
- 2) Определите, какая форма патологии развилась у пациента.

Назовите причины данной патологии и объясните механизм ее развития.

Задача 19. У новорожденного ребенка длительное время отмечается желтая окраска кожи и слизистых. При исследовании пигментного обмена были выявлены следующие изменения:

Пигменты	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин непрямой	Повышен	-	-
Билирубин прямой	-	-	-
Мезобилиноген	-	-	-
Стеркобилиноген	Снижен	снижен	снижен
Желчные кислоты	-	-	-

Задания:

- 1) Перечислите отклонения от нормы
- 2) Определите, какая форма патологии развилась у пациента.

Назовите причины данной патологии и объясните механизм ее развития.

Задача 20. У обследуемого А. при исследовании функции внешнего дыхания получены следующие результаты:

Показатели	Должная	Фактическая	% от должной величины
Жизненная емкость легких	5,39	3,1	58 %
Объем форсированного выдоха за 1 с	4,22	3,02	72 %
ОФВ ₁ / ЖЕЛ (тест Тиффно)	80 %	97 %	121 %

Задания:

- 1) Определите тип нарушений функции внешнего дыхания.
- 2) Укажите возможные причины нарушений.

Задача 21. При исследовании состояния кислотообразующей функции желудка (рН-метрия) у пациента получены следующие результаты:

Показатель	Результат
Базальная рН в теле желудка	1,7 (нормацидность)
Базальная рН в антральном отделе	3,5(субкомпенсация ощелачивания)
Щелочное время натошак	25 мин (нормальная интенсивность продукции HCl)

Стимулированная рН в теле желудка	1,2 (гиперацидность)
Стимулированная рН в антральном отделе	1,9 (декомпенсация ощелачивания)
Щелочное время после стимуляции	9 мин (повышение продукции HCl)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы.
- 2) Определите тип патологической секреции.
- 3) Предположите возможные механизмы нарушений.

Задача 22. При дообследовании больной 57 лет по поводу впервые выявленного сахарного диабета 2-го типа выставлен диагноз – метаболический синдром.

Задания:

1. Какие разновидности локального ожирения Вы знаете и какое из них характерно для метаболического синдрома?
2. Механизм нарушений липидного обмена при метаболическом синдроме.
3. Назовите сигнальные молекулы паракринного и эндокринного действия, участвующих в патогенезе МС. Основные эффекты лептина.
4. Риск развития каких заболеваний значительно возрастает у пациентов с диагнозом метаболический синдром?

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Патология»**

модуль: «Патологическая анатомия»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.5

1. Паспорт ОС по дисциплине «Патология» (модуль – Патологическая анатомия)

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клиническое значение патологоанатомического исследования в единой системе диагностики и лечения заболеваний на основе принципов доказательной медицины <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>тестовых заданий</i> 2. <i>ситуационных задач</i> 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы общей и частной патологической анатомии с учётом возрастных особенностей организма; - Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра; - этиологию, патогенез и патологическую анатомию заболеваний основных систем внутренних органов; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов; - провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз при использовании данных прижизненного морфологического исследования; 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>тестовых заданий</i> 2. <i>ситуационных задач</i> 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>

		<p>- сформулировать клинический диагноз с выделением основного заболевания и его осложнений;</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования; - основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования; 		
1.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность патологоанатомической службы; - общие вопросы деятельности патологоанатомической службы в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности патологоанатомической службы; - вопросы этики и деонтологии в патологической анатомии; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях 	<p><i>Комплекты:</i></p> <p><i>1. тестовых заданий</i></p> <p><i>2. ситуационных задач</i></p>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Примеры тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания: Оценка сформированности ПК-5

1. При исследовании ампутированной нижней конечности обнаружено, что ткани стопы суховаты, плотные, черного цвета, граница с нормальными тканями хорошо выражена. Выберите правильные для данной ситуации положения.

а. Диагноз: сухая гангрена стопы

б. В бедренной артерии обнаружен стенозирующий атеросклероз с тромбом

в. Цвет ткани при гангрене обусловлен сернистым железом

г. Изменения стопы - характерное проявление сахарного диабета

д. Причина изменений в стопе - тромбоз глубоких вен голени.

2. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выбухающее образование. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

а. На вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.

б. Диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза венечных артерий; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.

в. Диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.

г. На вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.

д. Ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоза сосудов головного мозга из полости аневризмы.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Тестирование проводится на заключительном занятии цикла. Имеются вариант тестов из 20 вопросов. Продолжительность тестирования – 20 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Примеры ситуационных задач (УК-1, ПК-5, ПК-10):

Ситуационная задача № 1

На основании представленных данных рубрифицируйте патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания (основного комбинированного), осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии.

Протокол вскрытия № 137. Умерший Ш-ий А.А., 84 года

Клинический диагноз:

Рак желудка. Желудочное кровотечение. Анемия. Деформирующий остеоартроз, распространенный с преимущественным поражением коленных, локтевых, голеностопных суставов. ИБС. Кардиосклероз. Экстрасистолия. Н I.

Патологоанатомический диагноз:

Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения). Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия. Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Ситуационная задача № 2

На основании заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проведите и сравните с установлением принципа расхождения.
 Протокол вскрытия № 75. Больной К., 56 лет.

Клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь 3 ст. Атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклероз церебральных сосудов. Инфаркт миокарда? Атеросклеротический кардиосклероз. Н П А. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения. ХОБЛ. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Опухоль средостения, трахеи. ДН 3 ст.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание. Повторный инфаркт миокарда: острый трансмуральный инфаркт передней стенки левого желудочка; множественные крупные рубцы в задней стенке левого желудочка. Резко выраженный коронарный атеросклероз.

Осложнения основного заболевания. Общее застойное венозное полнокровие внутренних органов. Гидроторакс. Гидроперикард.

Сопутствующие заболевания. Атеросклероз аорты. Ишемические инфаркты почек. Фибриллярно-протоплазматическая астроцитоза теменно-височной области левого полушария головного мозга. Хронический калькулезный холецистит.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
УК-1	<u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Умеет</u> самостоятельно анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики, <u>но совершает отдельные ошибки</u>	<u>Умеет</u> анализировать и интерпретировать <u>под руководством преподавателя</u> результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Не умеет</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики
ПК-5	<u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов <u>Владеет</u> методами диагностики заболеваний при	<u>Умеет</u> самостоятельно провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов, <u>но совершает отдельные ошибки</u> <u>Владеет</u> методами диагностики	<u>Умеет</u> <u>под руководством преподавателя</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов <u>Владеет</u> методами диагностики	<u>Не умеет</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов <u>Не владеет</u> методами диагностики заболеваний

	использовании результатов прижизненного морфологического исследования	заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования, но <u>совершает отдельные ошибки</u>	заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования <u>с помощью преподавателя</u>	при использовании результатов прижизненного морфологического исследования
ПК-10	<u>Умеет Самостоятельно и без ошибок</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях	<u>Умеет Самостоятельно</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях, <u>но совершает отдельные ошибки</u>	<u>Умеет</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях <u>под руководством преподавателя</u>	<u>Не умеет</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

На подготовку по практико-ориентированного заданию ординатору дается 20 мин, продолжительность ответа– 10 мин.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Патология» (модуль: Патологическая анатомия) допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения ситуационных задач.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Оцениваемые компетенции: ПК-5

1. При исследовании ампутированной нижней конечности обнаружено, что ткани стопы суховаты, плотные, черного цвета, граница с нормальными тканями хорошо выражена. Выберите правильные для данной ситуации положения.

- а. Диагноз: сухая гангрена стопы
- б. В бедренной артерии обнаружен стенозирующий атеросклероз с тромбом
- в. Цвет ткани при гангрене обусловлен сернистым железом
- г. Изменения стопы - характерное проявление сахарного диабета
- д. Причина изменений в стопе - тромбоз глубоких вен голени.

2. Больная 68 лет, длительно страдавшая гипертонической болезнью, внезапно умерла во время очередного резкого подъёма АД. На вскрытии в головном мозге обнаружена массивная гематома в области подкорковых ядер справа, множество мелких кровоизлияний и «ржавая» киста в затылочной доле. Выберите положения, верные в данной ситуации.

- а. При микроскопическом исследовании в артериолах гиалиноз, плазматическое пропитывание, фибриноидный некроз
- б. Механизм развития гематомы - разрыв микроаневризмы
- в. Механизм развития мелких кровоизлияний - диapedез
- г. Ткань мозга в области гематомы разрушена
- д. «Ржавая» киста свидетельствует о ранее перенесенном ишемическом инфаркте головного мозга.

3. Какие формы ИБС (1, 2, 3) можно диагностировать на вскрытии, если смерть больного наступила в следующие сроки от момента возникновения приступа ишемии (а, б, в, г, д)?

- 1. Внезапная коронарная смерть
- 2. Острый инфаркт миокарда (ишемическая стадия)
- 3. Инфаркт миокарда.
 - а. До 6 ч
 - б. 7-12 ч
 - в. 13-24ч
 - г. 1 ч
 - д. Более 24ч.

4. Перечислите признаки (а, б, в, г, д), которые могут быть обнаружены при каждой из форм ИБС (1, 2, 3).

- 1. Внезапная коронарная смерть
- 2. Острый инфаркт миокарда (ишемическая стадия)
- 3. Повторный инфаркт миокарда.
 - а. Уменьшение содержания гликогена, положительная проба с теллуридом калия, отсутствие макроскопических изменений миокарда на вскрытии.
 - б. Стенозирующий атеросклероз и тромбоз венечных артерий сердца
 - в. Очаги некроза миокарда
 - г. Отсутствие изменений на ЭКГ и повышения уровня ферментов крови
 - д. Характерные изменения на ЭКГ, повышение концентрации ферментов крови (КФК, ЛДГ, АСТ).

5. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выбухающее образование. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

- а. На вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.
- б. Диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза венечных артерий; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.
- в. Диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.
- г. На вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.
- д. Ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоэмболии сосудов головного мозга из полости аневризмы.

6. Локальные и системные отложения амилоида могут быть при всех перечисленных заболеваниях, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) болезнь Альцгеймера.
- 2) экзокринная недостаточность поджелудочной железы.
- 3) медуллярная карцинома щитовидной железы.

- 4) миеломная болезнь.
- 5) ревматоидный артрит.

7. Больной длительно страдал гипертонической болезнью с преимущественным поражением головного мозга и почек. Умер при явлениях хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены маленькие плотные почки с мелкозернистой поверхностью. Все положения верны в отношении приведенной ситуации, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) атеросклеротический нефросклероз.
- 2) первично-сморщенные почки.
- 3) в артериолах почки и головного мозга - гиалиноз.
- 4) изменения артериол и мелких артерий развились вследствие фибриноидного некроза.
- 5) клубочки почки гиалинизированы.

8. Назовите самую частую злокачественную опухоль головного мозга.

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) астробластома
- 2) глиобластома
- 3) хориоидкарцинома
- 4) менингиома
- 5) медуллобластома

9. Сосуды какого типа поражаются при атеросклерозе?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) вены
- 2) мелкие артерии
- 3) артериолы
- 4) капилляры
- 5) артерии мышечно-эластического типа

10. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выбухающее образование. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) на вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.
- 2) диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.
- 3) диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.
- 4) на вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.
- 5) ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоэмболии сосудов головного мозга из полости аневризмы.

11. Больной 77 лет находился в психиатрической клинике по поводу сосудистой деменции, развившейся на фоне атеросклероза церебральных артерий. Смерть наступила при присоединении бронхопневмонии. ___ В ткани головного мозга могут быть

обнаружены все перечисленные изменения, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) атрофия лобных долей
- 2) кисты
- 3) порэнцефалия
- 4) микрогирия
- 5) внутренняя гидроцефалия

12. Атеросклеротические аневризмы чаще всего располагаются в :

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) подколенной артерии
- 2) лучевой артерии
- 3) бедренной артерии
- 4) плечевой артерии
- 5) дистальной части брюшной аорты

13. Больная 56 лет длительное время страдала гипертонической болезнью. Смерть наступила от кровоизлияния в мозг на высоте гипертонического криза. Назовите основную причину смерти

Выберите несколько из 10 вариантов ответа:

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) гипертонический криз
- 3) кровоизлияние в мозг
- 4) атеросклероз коронарных артерий
- 5) атеросклероз церебральных артерий
- 6) У мужчины 65 лет атеросклеротическое поражение аорты, подвздошных, бедренных артерий привело к развитию сухой гангрены правой стопы. После ампутации нижней конечности у больного развился бактериальный шок. Назовите основную причину смерти
- 7) атеросклероз аорты
- 8) атеросклероз артерий нижних конечностей
- 9) атеросклеротическая гангрена стопы
- 10) бактериальный шок

14. Больной 67 лет поступил в клинику с признаками острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Смерть наступила при явлениях отека головного мозга. Назовите основную причину смерти

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) инфаркт головного мозга
- 2) отек головного мозга
- 3) цереброваскулярная болезнь
- 4) атеросклероз церебральных артерий
- 5) острое нарушение мозгового кровообращения

15. Больная 79 лет длительное время страдала гипертонической болезнью, в анамнезе - преходящие нарушения мозгового кровообращения, расстройства психики. Смерть больной наступила от инфицированных пролежней крестца. Назовите основную причину смерти

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) инфицированные пролежни крестца
- 3) острое нарушение мозгового кровообращения
- 4) гипертоническая энцефалопатия

5) цереброваскулярная болезнь

16. Что отличает эрозию слизистой оболочки желудка от острой язвы?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) склероз дна
- 2) глубина некроза
- 3) воспалительная реакция
- 4) гипертрофия желёз в краях

17. Какая оболочка стенки сосуда поражается при атеросклерозе?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) наружная.
- 2) средняя.
- 3) наружная и средняя.
- 4) внутренняя.
- 5) внутренняя и наружная.

18. Для ревматизма характерны все перечисленные ниже проявления и связанные с ним заболевания, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) митральный стеноз.
- 2) недостаточность митрального клапана.
- 3) стеноз устья аорты.
- 4) стеноз легочной артерии.
- 5) инфекционный эндокардит.

19. Состояние повышенного онкологического риска:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) острые воспалительные процессы;
- 2) хронические воспалительные процессы;
- 3) вегетарианство;
- 4) прием витаминов.

20. Аммиачная энцефалопатия может развиваться при:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гепатите
- 2) стрессе
- 3) длительном эмоциональном возбуждении
- 4) гастрите

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-10

Задача 1. Коля Н., 10 месяцев болен в течение недели. Неделю назад мама отметила, что ребенок стал вялым, плохо спит, капризничает, хуже ест. Одновременно появились заложенность носа, редкий кашель, затем обильное отделяемое из носа слизистого характера. Температура в первые два дня повышалась до $37,5^{\circ}\text{C}$. Был приглашен участковый врач, который диагностировал у ребенка острое респираторное заболевание и назначил симптоматическое лечение. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние ребенка улучшилось, однако, на 6 день заболевания у ребенка вновь повысилась температура до $38,8^{\circ}\text{C}$. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, беспокойно спал, кашель усилился. Мама

повторно вызвала врача. При осмотре ребенка отмечается бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника и раздувание крыльев носа при беспокойстве ребенка, тахикардия до 130 ударов в минуту, число дыханий – 52. Над легкими справа в межлопаточной области выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания. Ребенок госпитализирован.

В общем анализе крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты 4,5 Т/л, СОЭ 19 мм/ч, лейкоциты 10,6 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 4%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 1%, Лимфоциты 36%, Моноциты 7%.

Рентгенограмма грудной клетки. Повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление легочного рисунка, мелкие очаговые тени с нерезкими контурами в области 5 сегмента справа.

Задания:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в лёгких.

Задача 2. Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный..

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Состояние средней степени тяжести. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, безболезненная.

Общий анализ крови гемоглобин 115 г/л, эритроциты 4,0 Т/л, СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты 7,0 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 1%, сегментоядерные 46%, эозинофилы 9%, Лимфоциты 37%, Моноциты 8%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция слабо-кислая, удельный вес 1025, прозрачная, белок - отсутствует; лейкоциты – 1-2-1 в поле зрения; эритроциты - 2-1-1 в поле зрения, слизь -, бактерии -.

ФЭГДС Пищевод проходим, слизистая розовой окраски. Кардия смыкается. Слизистая желудка гиперемирована, в пилорическом отделе язвенный дефект размерами 5*3 мм. Содержимое желудка прозрачное, небольшое количество слизи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована.

Задания:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в желудке и двенадцатиперстной кишке при биопсии.

Задача 3. Ребенок родился от третьей беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе гестации. Масса при рождении 1900 г, длина тела 42 см. На 14-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 в 1 минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2

см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, «машинный» систоло-диастолический шум. ЧСС 170 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3,5 см из-под реберной дуги, селезенка - +0,5 см.

Общий анализ крови гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,8 Т/л, СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты 7,0 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 2%, сегментоядерные 36%, эозинофилы 6%, Лимфоциты 47%, Моноциты 9%..

По ЭХО-КГ – открытый артериальный проток.

Задания:

1. Выделите основные патологические синдромы заболевания.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в лёгких и сердце в случае неблагоприятного исхода

Задача 4. У роженицы на 4 день после родов повысилась температура до 37⁰, появились озноб и тахикардия до 100 ударов в 1 минуту. При осмотре отмечалась незначительная болезненность матки, мутные, гнойно-кровянистые выделения. Ультразвуковое исследование полости матки выявило эхо-негативные зоны, которые предположительно соответствовали остаткам плацентарной ткани. Проведено выскабливание полости матки. В соскобе - некротические фрагменты децидуальной оболочки и ворсинчатого хориона, диффузная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами, выраженный отек стромы, расширение и тромбоз кровеносных сосудов.

1. Определите основное заболевание.
2. Укажите основные причины развития данного заболевания.
3. Перечислите возможные осложнения: 1..., 2..., 3..., 4...

Задача 5. У женщины 34 лет во время профилактического осмотра в слизистой оболочке влагалищной части шейки матки был обнаружен эрозивный дефект диаметром 0,5 см с ярко-красным дном. При патогистологическом исследовании биоптата выявлена пролиферация железистого эпителия с глубоким проникновением его в мышечные слои шейки матки, с очаговой лимфоидноклеточной инфильтрацией стромы.

1. Диагностируйте основное заболевание.
2. Укажите возможную стадию заболевания.
3. Объясните патогенез выявленных изменений: 1..., 2...
4. Оцените значение этой патологии шейки матки.

Задача 6. Больной 27 лет произведено рентгенологическое обследование желудка при подозрении на опухоль. Обнаружено уменьшение полости желудка, сглаженность складок слизистой оболочки, резкое нарушение перистальтики. Произведена операция - гастрэктомии.

1. Опишите макроскопические изменения стенки желудка.
2. Перечислите возможные предраковые процессы в желудке, предшествовавшие заболеванию.
3. Назовите особенности метастазирования опухоли.
4. Классифицируйте заболевание в соответствии с требованиями МКБ.

Задача 7. Больной 34 лет, инженер-технолог. Курит с 17 лет. Кашель постоянный, со скудной мокротой. В течение последнего месяца дважды заметил в мокроте прожилки крови. Обратился в медсанчасть предприятия, откуда был направлен на консультацию в

противотуберкулёзный диспансер. При тщательном рентгенологическом и рентгенографическом обследовании в IX сегменте правого легкого, ближе к плевре обнаружена тень округлой формы, диаметром на более 2 см. Произведена бронхоскопия, обнаружено резкое сужение просвета сегментарного бронха. Эндоскопическая биопсия технологически не удалась. Решено оперировать больного с производством экспресс-биопсии. Во время торакотомии иссечён небольшой кусочек опухолеподобного образования для установления точного диагноза.

Предположительный клинический диагноз: «Туберкулома», «Карциноид лёгкого»?

Заключение патологоанатома: мелкоклеточный бронхогенный рак лёгкого.

1. Интерпретируйте результаты патогистологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача 8. Мальчик 11 лет, в течение последних двух месяцев предъявлял жалобы на слабость, сонливость, снижение аппетита, субфебрильная температура. При первичном осмотре отмечена некоторая бледность кожи и слизистых оболочек, увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов; на ощупь узлы неравномерно уплотнены, подвижность их ограничена. Произведена биопсия одного из узлов. Иссечённый лимфатический узел доставлен в патологоанатомическое отделение с клиническим диагнозом: «Лимфаденит неясной этиологии».

Патогистологическое исследование: «Структура лимфатического узла полностью нарушена, фолликулы не выявляются, в ткани множество округлых очагов пролиферации клеток: эпителиоидных, лимфоидных, гигантских многоядерных. В центре очага обнаружен детрит в виде мелкоглыбчатой эозинофильной массы».

1. Интерпретируйте результаты патогистологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача 9. Больному 12 лет произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом.

1. Опишите микроскопические изменения червеобразного отростка.
2. Уточните характер процесса в наружной оболочке червеобразного отростка и его брыжейке: 1..., 2...
3. Уточните варианты исхода перитонита: 1..., 2....

Оформите заключительный клинический диагноз в соответствии с требованиями МКБ X.

Задача 10. Женщина до наступления беременности страдала ревматическим пороком сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Во время беременности явлений декомпенсации не отмечалось. Трижды госпитализирована в стационар по поводу хронического пиелонефрита с обострением процесса. На 39 неделе беременности – вновь обострение пиелонефрита с явлениями интоксикации. На 3-й день обострения отмечена внутриутробная гибель плода. На аутопсии выявлена двусторонняя очагово-сливная пневмония. Назовите основное патологическое состояние плода, явившиеся причиной смерти.

1. Назовите основное заболевание ребенка, явившиеся причиной смерти.
2. Оформите перинатальное свидетельство о смерти

Задача 11. Мальчик, 4 лет, оперирован в офтальмологическом отделении по поводу опухоли левого глазного яблока (зрение на этот глаз отсутствовало). Произведена энуклеация глаза. Клинический диагноз: «Внутриглазная опухоль». Патогистологический диагноз: «Ретинобластома».

1. Дайте характеристику этой опухоли по источнику роста, особенностям развития.
2. Назовите современные методы морфологического исследования операционного материала.

Задача № 12. У больной 35 лет одиночный узел в левой доле щитовидной железы. Макроскопически узел 1,0x2,0x2,0 см в чёткой капсуле, эластичной консистенции, слегка взбухающий на фоне окружающей ткани, желтовато-серого цвета на разрезе, зернистого вида. Произведена биопсия щитовидной железы. При микроскопическом исследовании ткань узла представлена фолликулами, выстланными крупными светлыми клетками с нежно зернистой эозинофильной цитоплазмой.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача № 13. У женщины 34 лет щитовидная железа увеличена в 4 раза, консистенция плотная, поверхность бугристая, железа спаяна с окружающими тканями. Клинически явления гипотиреоза, в периферической крови содержатся антитела к гормонам Т3 и Т4. Произведена пункционная биопсия щитовидной железы. В пунктате – волокнистые структуры, обилие лимфоидных клеток разной степени зрелости – от лимфобластов до зрелых лимфоцитов, плазматические клетки, пласты и рыхлые скопления фолликулярного эпителия с признаками дистрофии, клетки Ашкенази в большом количестве.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача № 14. У женщины 45 лет ускоренный рост длительно существующего узла за последние 6 месяцев. На УЗИ – контуры неровные, нечёткие, консистенция плотная. Произведена пункционная биопсия щитовидной железы. В цитограмме – фон чистый, клеточность пунктата высокая, пласты и фолликулярные структуры, состоящие из одноядерных клеток средней величины; ядра правильной формы, хроматин сетчатый, цитоплазма гомогенная, в просвете фолликулярных структур плотный интенсивно окрашенный коллоид. В некоторых пластах нарушена архитектоника расположения клеток: наплыв друг на друга, разные промежутки между ними.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача № 15

У женщины, умершей от почечной недостаточности, на вскрытии обнаружены склероз и липоматоз поджелудочной железы, прогрессирующий атеросклероз магистральных артерий. В почках выявлена пролиферация мезангиальных клеток и гиалиноз клубочков, эпителий узкого сегмента нефрона высокий, со светлой полупрозрачной цитоплазмой, в которой определяется гликоген.

Клинически заболевание протекало с выраженной азотемией, высокой протеинурией, артериальной гипертензией.

1. Укажите, для какого заболевания характерна описанная клиническая и морфологическая картина?
2. Определите процессы, происходящие в почках.

3. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
4. Сформулируйте заключительный клинический диагноз.

Задача № 16. На основании представленных данных рубрифицируйте патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания (основного комбинированного), осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии.

Протокол вскрытия № 137. Умерший Ш-ий А.А., 84 года

Клинический диагноз:

Рак желудка. Желудочное кровотечение. Анемия. Деформирующий остеоартроз, распространенный с преимущественным поражением коленных, локтевых, голеностопных суставов. ИБС. Кардиосклероз. Экстрасистолия. Н I.

Патологоанатомический диагноз:

Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения). Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия. Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Задача № 17. На основании заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проведите и сличение с установлением принципа расхождения.

Протокол вскрытия № 75. Больной К., 56 лет.

Клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь 3 ст. Атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклероз церебральных сосудов. Инфаркт миокарда? Атеросклеротический кардиосклероз. Н II А. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения. ХОБЛ. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Опухоль средостения, трахеи. ДН 3 ст.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание. Повторный инфаркт миокарда: острый трансмуральный инфаркт передней стенки левого желудочка; множественные крупные рубцы в задней стенке левого желудочка. Резко выраженный коронарный атеросклероз.

Осложнения основного заболевания. Общее застойное венозное полнокровие внутренних органов. Гидроторакс. Гидроперикард.

Сопутствующие заболевания. Атеросклероз аорты. Ишемические инфаркты почек. Фибриллярно-протоплазматическая астроцитомы теменно-височной области левого полушария головного мозга. Хронический калькулезный холецистит.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Лабораторные
тесты для идентификации больных с зависимостью»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 «Психиатрия»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.1.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Лабораторные тесты для идентификации больных с зависимостью»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения

		<ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 		
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы профилактики; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии - санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нервно-психических заболеваний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием психиатрических больных в диспансере <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой психиатрических больных 		
3.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма - общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики - вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования - основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ - клиническая симптоматика патологических состояний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании - применить объективные методы обследования больного - выявить общие и специфические признаки нервно-психического заболевания, особенно в случаях, 		

		<p>требующих неотложной или интенсивной помощи (психомоторное возбуждение, эпилептический статус, суицидально-агрессивное поведение)</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния - определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, патопсихологических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты - определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных нервно-психических заболеваний, обосновать клинический диагноз <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой расспроса больного - методикой наблюдения за пациентом - методикой сбора анамнестических и катамнестических сведений - методикой психопатологического анализа получаемой информации - методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в психиатрии 		
4.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных 		
5.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы и методы формирования здорового образа жизни - организацию и принцип работы центра социальной реабилитации <p>Умеет:</p>		

	<p>- формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет:</p> <p>- системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>		
--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
ПК-1	<p>Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет:</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных</p>

	<p>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-8	<p>Умеет: применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p> <p>Владеет: применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>
ПК-9	<p>Умеет: формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Для развернутого алкогольного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) выраженного гипергидроза
- 2) генерализованного тремора
- 3) тревожно-параноидной установки
- 4) гипертензии, болей в сердце
- 5) менингеальных симптомов

Задание #2

Вопрос:

Для алкогольных изменений личности с психопатоподобными симптомами характерно все перечисленное, исключая:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) возбудимость с агрессивными поступками
- 2) грубый цинизм, бестактность
- 3) выраженные расстройства памяти на текущие события
- 4) назойливую откровенность, стремление очернить окружающих
- 5) периодически возникающие расстройства настроения по типу дисфории или глухой подавленности

Задание #3

Вопрос:

Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю
- 2) утраты защитного рвотного рефлекса
- 3) роста толерантности в 2-4 раза
- 4) затрудненного засыпания
- 5) снижения количественного контроля

Задание #4

Вопрос:

При алкогольном делирии типичны все перечисленные соматовегетативные нарушения, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) тахикардии
- 2) неустойчивости артериального давления
- 3) тахипноэ
- 4) повышения внутриглазного давления
- 5) субфебрильной температуры

Задание #5

Вопрос:

Для I стадии опийной наркомании наиболее характерным является все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) систематического приема опиатов
- 2) сохранения эйфории
- 3) роста толерантности в 8-10 раз
- 4) неизменности физиологического действия опиатов
- 5) обсессивного влечения к наркотику

Задание #6

Вопрос:

Клиника хронических гашишных психозов определяется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) галлюцинаторно-параноидных расстройств
- 2) бреда преследования
- 3) парафренного синдрома
- 4) маниакальных расстройств
- 5) кататонических расстройств

Задание #7

Вопрос:

К соматическим признакам абстинентного синдрома при токсикоманиях транквилизаторами относят все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ортостатической гипотензии
- 2) тахикардии
- 3) анорексии, тошноты
- 4) бледности
- 5) болей в крупных суставах

Задание #8

Вопрос:

Для абстинентного алкогольного синдрома с обратимыми психоорганическими расстройствами характерно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) мнестических расстройств с утратой критики к своему состоянию и окружающему
- 2) колебаний аффекта от благодушия, эйфории до немотивированной злобы
- 3) атаксии, генерализованного тремора, пирамидных знаков
- 4) обстоятельности мышления, бедности речи
- 5) расстройства схемы тела

Задание #9

Вопрос:

Для изменений личности при алкоголизме характерно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) эмоциональное огрубения с исчезновением семейных и общественных привязанностей
- 2) интеллектуально - мнестического снижения
- 3) упадка инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться, снижения и поверхностности критики
- 4) утраты морально-нравственных ценностей
- 5) заострения преморбидных личностных особенностей

Задание #10

Вопрос:

Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости
- 2) утрату ситуационного контроля
- 3) снижение толерантности к алкоголю
- 4) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 5) псевдозапой

Задание #11

Вопрос:

Синдром физической зависимости от наркотика включает все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) компульсивного влечения
- 2) способности достижения физического комфорта в интоксикации
- 3) абстинентного синдрома
- 4) утраты контроля над дозой
- 5) социальных последствий наркотизации

Задание #12

Вопрос:

Наиболее характерными признаками опийной эйфории являются все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ощущения легкости, радости, соматического блаженства
- 2) приятной истомы, покоя и расслабленности
- 3) благодушия, довольства
- 4) ощущения тепла, волнами расходящегося по телу
- 5) психомоторной ажитации

Задание #13

Вопрос:

Рубежом, за которым выявляются признаки зависимости от снотворных у лиц, применяющих длительное время терапевтические дозы, является все перечисленное, кроме:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) дневного приема снотворных
- 2) эйфорического действия снотворного
- 3) успокоения от приема снотворного

Задание #14

Вопрос:

Последствиями ингаляционного употребления средств бытовой и промышленной химии являются все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) грубого психопатоподобного поведения
- 2) токсической энцефалопатии
- 3) задержки психического и физического развития
- 4) некроза печени, почек, миокардиодистрофии
- 5) стойкой мышечной гипертензии

Задание #15

Вопрос:

Пирацетам показан при следующих состояниях, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) депрессий
- 2) когнитивных нарушений
- 3) зависимостей от ПАВ
- 4) судорожного синдрома
- 5) астении

Задание #16

Вопрос:

Клиника острой интоксикации галлюциногенами (психомиметиками) выражается:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) возникновением ощущения невероятно яркой окраски окружающих предметов, усиления громкости звуков
- 2) появлением зрительных и слуховых иллюзий, галлюцинаций
- 3) разнообразными эмоциональными нарушениями - эйфорией, тревогой, страхом
- 4) пассивным созерцанием или активными оборонительными действиями
- 5) всем перечисленным

Задание #17

Вопрос:

Компульсивное влечение к наркотику характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) неодолимости
- 2) чрезвычайной интенсивности
- 3) специфичности
- 4) несобранности, рассеянности больного
- 5) аффективной напряженности

Задание #18

Вопрос:

Нравственно-этическая деградация у зависимых от наркотиков проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) паразитическим образом жизни
- 2) разрывом связи с семьей и друзьями, эмоциональным уплощением
- 3) утратой желания трудиться
- 4) эгоцентризмом
- 5) всем перечисленным

Задание #19

Вопрос:

Лабораторная диагностика наркоманий включает в себя применение следующих методов:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) радиоиммунных
- 2) ферментных
- 3) тонкослойной хроматографии
- 4) газовой масс-спектрометрии
- 5) всех перечисленных

Задание #20

Вопрос:

Какая из нижеперечисленных наркоманий приводит к наиболее грубому интеллектуальному дефекту?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) опийная
- 2) гашишная
- 3) кокаиновая
- 4) барбитуровая

Задание #21

Вопрос:

Синдром измененной реактивности включает все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) изменения формы потребления одурманивающего вещества
- 2) появления абстинентного синдрома
- 3) изменения толерантности
- 4) исчезновения защитных реакций при передозировке
- 5) изменения формы опьянения

Задание #22

Вопрос:

Изменение состояния опьянения у наркомана характеризуется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) исчезновения сомато-вегетативных эффектов наркотика
- 2) исчезновения седативного эффекта
- 3) появления амнезий
- 4) повышения интенсивности эйфории
- 5) появления парадоксальных и извращенных психических эффектов

Задание #23

Вопрос:

Наиболее частыми признаками опийного опьянения являются все перечисленные, кроме:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) миоза
- 2) галлюцинаций
- 3) эйфории
- 4) дизартричности речи

Задание #24

Вопрос:

Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) 2-3 часа
- 2) 5-10 часов
- 3) сутки
- 4) двое суток

Задание #25

Вопрос:

Рубежом, за которым выявляются признаки зависимости от снотворных у лиц, применяющих их длительное время, является все перечисленное, кроме:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) дневной прием
- 2) извращение физиологического действия снотворных (появление эйфоризирующего действия)
- 3) необходимость повышения дозы снотворного на ночь для сохранения контроля над симптомами бессонницы

Задание #26

Вопрос:

Наиболее частым осложнением приема средств бытовой и промышленной химии не является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) деменция
- 2) судорожный синдром
- 3) делириозные состояния
- 4) олигофрении

Задание #27

Вопрос:

Какие из перечисленных наркоманий являются повышенным фактором риска заражением ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гашишная
- 2) героиновая
- 3) барбитуровая
- 4) кокаиновая

Задание #28

Вопрос:

Для алкогольной полиневропатии характерно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) парестезии
- 2) снижения болевой и температурной чувствительности
- 3) наличия многочисленных трофических язв
- 4) болей по ходу периферических нервов

Задание #29

Вопрос:

Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) утрату ситуационного контроля
- 2) снижение толерантности к алкоголю
- 3) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 4) высокая толерантность

Задание #30

Вопрос:

Форма злоупотребления алкоголем в III стадии заболевания может проявиться всем указанным, исключая:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) истинные запои
- 2) перемежающееся пьянство
- 3) постоянное пьянство на фоне низкой толерантности
- 4) псевдозапой

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больной М., 17 лет.

Вырос в условиях безнадзорности, родители ведут асоциальный образ жизни, злоупотребляют алкоголем. В школу пошел во время, учился слабо, не выполнял домашние задания, прогуливал уроки, дважды дублировал классы. Бросил школу в 13 лет. Подросток нигде не работает, не учится, часто уходил из дома, бродяжничает, проводит время в асоциальных компаниях. Состоит на учете в комиссии по делам несовершеннолетних. Перенес гепатит «А» в возрасте 5 лет. Год назад в драке получил ЗЧМТ с сотрясением головного мозга. С 13 лет вдыхает пары клея «Момент» и ацетона. Вначале делал это в своей компании, но постепенно компания распалась: кого-то осудили, кто-то умер, кто-то уехал. Последнее время вдыхал пары ЛОВ в одиночестве, увеличилось количество выдыхаемой жидкости. На высоте интоксикации испытывает истинные зрительные галлюцинации. С 15 лет, на фоне обрыва интоксикации 2-3 дней испытывает головные боли, раздражительность, слабость, становится агрессивным и злобным. По инициативе комиссии по делам несовершеннолетних был госпитализирован в детское наркологическое отделение. Установки на лечение не было, в отделении группировался с подростками своего возраста, режим соблюдал. Ремиссии после стационарного лечения не было. Возобновил ингаляцию по причине актуализации патологического влечения к ЛОВ. Ингаляция постоянного характера, в одиночестве, несколько раз

в течение дня. Настоящая толерантность около 300 мл. Вскоре был госпитализирован повторно по направлению нарколога.

При поступлении жаловался на слабость, головную боль, тревогу, был внешне неопрятен. Моторно неусидчив, расторможен. Контактен, но на вопросы отвечает без желания, чаще односложно. Взорового контакта избегает. Внимание неустойчивое, быстро истощается. Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Психотической симптоматики не продуцирует. Мышление по темпу замедленно, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, в бытовых вопросах ориентирован достаточно. Запас школьных знаний не велик, суждения не зрелые. Настроение лабильное. Эмоциональные качества не устойчивы, легко раздражается. Испытывает патологическое влечение к ЛОВ. Критика низкая. Установки на лечение нет.

Проведённое лечение: витамины В1, В6, В12, С, ноотропы, сонапакс, диазолин.

Психотерапия: рациональная.

В отделении режим соблюдал, выполнял все требования врача. Был в меру общителен, в кругу сверстников адаптировался. В результате лечения купированы проявления интоксикации, нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к ЛОВ отрицает. Критика к заболеванию - формальная, установка на трезвость – сомнительная. Выписан с улучшением под наблюдение нарколога.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 2

Подросток, 17 лет. Учащийся общеобразовательной школы, 9 класс.

Находился в детском наркологическом отделении в течение 2-х недель. Был переведен из взрослого наркологического отделения, куда поступил впервые в состоянии алкогольного опьянения.

Наследственность отягощена алкогольной зависимостью по линии отца. Родился первым ребенком. Отец из семьи ушел рано, этот момент подросток переживал. Далее воспитывался матерью в условиях гипопеки. В развитии от сверстников не отставал. ДДУ посещал. Отношения между матерью и сыном конфликтные, подросток часто уходил из дома, проводил время в асоциальных компаниях. Обучался в общеобразовательной школе с 6 лет. Закончил 8 классов. Успеваемость ниже среднего, к учебе относится формально, пропускает занятия без уважительной причины. Увлечения: на данный момент посещает секцию самбо. Общается в основном с ровесниками, со слов подростка, алкоголь в компании употребляют редко. Состоит на учете в милиции по поводу уходов из дома, бродяжничества. Состоит на учете у психиатра, три года назад проходил лечение в психиатрической больнице в связи с нарушениями поведения. Из перенесенных заболеваний припоминает ветрянку, ОРВИ. Был оперирован по поводу перелома носовой перегородки. Перенес ЗЧМТ легкой степени. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Аллергических реакций не было.

Впервые употребил алкоголь в 11 лет – пиво около 200 мл., в компании сверстников. Мотив коммуникативный. Первичная реакция на алкоголь без особенностей, отмечал состояние «эйфории», легкое головокружение. Далее продолжил употреблять алкоголь эпизодически, не более 2 раз в неделю. Синдром отмены не сформирован. Защитные рефлексy сохранены. Промежутки трезвости до 1-2 месяцев. Максимальная толерантность – 1,5 л пива, 50 - 100 мл водки. Предпочитает употреблять алкоголь только в компании подростков. Психотические эпизоды, судорожные припадки отрицает. Патологическое влечение к алкоголю не сформировано. Со слов больного последнее употребление алкоголя было в день госпитализации в наркологическое отделение, в этот день выпил больше обычного, так как в компании присутствовало несколько взрослых парней, вернулся домой сильно пьяным, был возбужден, вел

себя неадекватно. Мать отвезла его на прием на такси к дежурному наркологу, по его направлению был госпитализирован в наркологическое отделение, откуда после купирования интоксикации был переведен в детское отделение.

Жалобы при поступлении на слабость, головную боль.

Психический статус при поступлении: Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Моторно неусидчив. Контактует формально, в беседе демонстративен, манерен. Контакт избирательный, лжив. Мимика вялая. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Волевые качества незрелые. Мышление замедленное, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, суждения инфантильные, четких планов на будущее нет. Влечение к алкоголю отрицает. Критика снижена. Установка на лечение и трезвость низкая.

Невролог: синдром минимальной мозговой дисфункции.

Режим отделения соблюдал формально. В кругу сверстников адаптировался, претендовал на лидерство. Требования врача выполнял.

В результате лечения нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к алкоголю не отмечалось. Установка на трезвость сомнительная. Критика к заболеванию формальная.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 3

Девушка, 15 лет. Учащаяся общеобразовательной школы, 7 класс.

Поступила в детское наркологическое отделение повторно по направлению нарколога.

Воспитывается в неполной семье. Мать развелась с отцом из-за его пьянства, когда больной было 3 года. Живет с матерью и старшей сестрой 19-ти лет в двухкомнатной квартире. Росла и развивалась соответственно возрасту. Страдает хроническим пиелонефритом, хроническим гастритом, врожденным пороком сердца. 8 месяцев назад перенесла ЗЧМТ, последствий не отмечает. Училась посредственно, классы не дублировала, с одноклассниками отношения формальные. По характеру пассивная, подчиняемая. Мать много работала, воспитанием дочерей занималась мало. В последние 3 года начала встречаться с мужчиной, часто ночует у него, вместе с ним выпивает, дочерьми почти не интересуется. Больная много времени проводила с сестрой, слушалась ее во всем, старалась подражать. С 13 лет входит в компанию сестры, вместе с ними выпивала 1-2 раза в месяц, в основном алкогольные коктейли, переносит их хорошо, доза до 500 мл в сутки. Сестра на протяжении 2-х лет употребляет героин, наркотики доставал парень, с которым сестра встречается. Год назад упростила сестру дать и ей попробовать «уколоться». Эффект от наркотика был приятен, спустя несколько дней инъекцию повторила, в дальнейшем употребляла героин систематически, первоначальная доза выросла в 7-8 раз, эффект наркотизации был эйфорическим. Друг сестры, приносивший первые дозы и ей, быстро прекратил снабжать ее наркотиком даром, потребовал в уплату за героин вступить с ним в сексуальные отношения. Согласилась на это легко, в дальнейшем вступала кроме него в сексуальные связи с другими молодыми людьми из компании, относится к этому как к неизбежности, сексуального влечения нет. Начала пропускать занятия в школе, успеваемость снизилась. Через 3-4 месяца, при отсутствии дозы героина был общий дискомфорт, боли в теле, головные боли, тревога, нарушения сна. Быстро купировала эти состояния последующей инъекцией. Три месяца назад сестра и ее друг уехали на несколько дней в другой город, осталась без очередной дозы, мать застала ее в состоянии абстиненции, обратилась с девочкой на прием к детскому наркологу, была впервые госпитализирована в детское наркологическое отделение. В отделении находилась в течение месяца, формально соглашалась, что была зависимой от героина, теперь выздоровела, так как больше употреблять его не будет. Режим соблюдала, общалась с другими больными без конфликтов. Два месяца назад была выписана из отделения под наблюдение участкового нарколога.

После выписки возобновила обучение. Периодически пропускала занятия без уважительной причины, к учебе относится формально. За прошедший период проживала с матерью и сестрой, отношения в целом удовлетворительные. Общается теперь с ребятами, с которыми познакомилась на отделении. После выписки героин не употребляла. Алкоголь употребляла эпизодически, 3-4 раза в месяц, в основном алкогольные коктейли. Настоящая толерантность 500 мл алкогольного коктейля в сутки. Крепкие спиртные напитки, суррогаты алкоголя не употребляет. Влечение к алкоголю отрицает. АС не сформирован, рвотный рефлекс сохранен. Алкоголизуется только в компании сверстников. Была задержана инспектором в состоянии алкогольного опьянения, что послужило причиной для повторной госпитализации.

Невролог: энцефалопатия смешанного генеза (токсическая, посттравматическая).

Получен положительный результат анализа на наличие ВИЧ – инфицирования. Больная пока не знает об этом.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 4.

Подросток, 17 лет. Учащийся профессионального лицея.

Поступил в детское наркологическое отделение впервые по направлению нарколога.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родился первым ребенком в полной, благополучной семье. В развитии от сверстников не отставал. Воспитывался отцом и матерью в условиях строгости. В целом отношения внутри семьи удовлетворительные, особо доверительные отношения с отцом. Побег из дома, бродяжничество отрицает. ДДУ посещал с 3 лет, был адаптирован. С 6 лет обучался в общеобразовательной школе (начинал обучение в лицее, далее был переведен в обычную школу в связи с неправильным поведением). Учился удовлетворительно, в классе пользовался авторитетом. Классы не дублировал. Закончил 9 классов средней школы г. Иваново. На данный момент обучается в профессиональном лицее № 3 по специальности официант - бармен. К учебе относится формально, допускает пропуски занятий по неуважительной причине. Постоянных увлечений не имеет. Круг общения – лица старшего возраста, в компании претендует на лидерство. Однократно обсуждался на КДН по поводу кражи пачки сигарет в магазине. Из перенесенных заболеваний: ветрянка, ОРВИ, краснуха. ЗЧМТ неоднократно, 2 раза с потерей сознания. В анамнезе синкопальные состояния. Операций не было. Аллергические реакции отрицает.

Впервые употребил каннабиноиды (гашиш) в 15 лет, в компании друзей. Негативных реакций при первом употреблении не припоминает, испытал «состояние расслабленности». Далее употребил гашиш через 2 недели, затем употреблял эпизодически – 1-2 раза в месяц. Воздержание до 2 месяцев. Защитный рефлекс не утрачен. Патологическое влечение к каннабиноидам не сформировано. Синдром отмены не сформирован. В течение последних 6 месяцев гашиш употреблял эпизодически только в компании подростков. Начальная толерантность 0,15 гр. гашиша, настоящая толерантность 0,15 – 0,2 гр. гашиша в сутки. Последнее употребление гашиша – за 1 день до поступления. Со слов подростка впервые попробовал алкоголь около года назад. Отмечает негативные реакции. Далее алкоголь не употреблял.

При поступлении предъявлял жалобы на слабость, вялость, головную боль.

Психический статус при поступлении: Сознание не помрачено. Ориентирована полностью верно. Моторно неусидчив. Контактует формально, в беседе лжив. Мимика живая. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Волевые качества не зрелые. Мышление в замедленном темпе, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, суждения инфантильные, четких планов на будущее нет. Патологическое влечение к каннабиноидам отрицает. Критика снижена. Установка на лечение и трезвость формальная.

Педиатр: хронический компенсированный тонзиллит. Проплапс митрального клапана. Невролог: грубой очаговой симптоматики не выявлено. Резидуальные проявления посттравматической энцефалопатии.

Режим отделения соблюдал формально. В кругу сверстников адаптировался, претендовал на лидерство. В меру общителен, доброжелателен. Требования врача выполнял, внутреннему распорядку отделения подчинялся.

В результате лечения нормализовались сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечения к каннабиноидам не отмечалось. Установка на трезвость средняя. Критика к заболеванию формальная.

Выписан с улучшением по окончании курса лечения. Забран отцом под личную ответственность.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 5

Подросток, 17 лет. Учащийся технического училища.

Находился в детском наркологическом отделении в течение месяца. Поступил впервые по направлению участкового нарколога.

Наследственность отягощена алкоголизмом матери. Родился первым ребенком. Мать лишена родительских прав. Подросток находится под опекой бабушки с малолетнего возраста. С бабушкой отношения теплые, хотя в последнее время стал менее послушным, грубит, когда бабушка высказывает недовольство его друзьями. С отцом отношения не поддерживает, его местонахождение не известно. В развитии от сверстников не отставал. ДДУ не посещал, т.к. «часто болел». Обучался в общеобразовательной школе с 7 лет. Закончил 9 классов общеобразовательной школы (указывает, что до 7 класса учился на «хорошо» и «отлично», далее успеваемость резко снизилась по причине знакомства с компанией асоциальных подростков). После окончания школы стал осваивать профессию повара-кондитера в профессиональном лицее, где и обучается в настоящий момент. К учебе относится формально. Взаимоотношения с одноклассниками чаще избирательные, общается в основном с девушками. Кружки, секции не посещает, постоянных увлечений не имеет. Себя оценивает как скромного подростка, поддающегося чужому влиянию, малообщительного, ранимого. Судимостей не было, обсуждался на КДН. Перенесенные заболевания: ветрянка, ОРВИ, сотрясение головного мозга с потерей сознания. Из оперативных вмешательств - аппендэктомия. Отмечает, что на изменение погодных условий реагирует головной болью. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Аллергических реакций не было.

Впервые употребил алкоголь в 15 лет в компании подростков, «выпил как все, так веселее». Почувствовал легкую эйфорию, было приятно, чувствовал себя более раскрепощенным. Употребляет алкоголь в течение последних 6 месяцев с частотой 3-4 раза в месяц. Начальная толерантность – 200 мл пива, настоящая толерантность – 0,5 л пива, 0,5 л алкогольного коктейля, максимальная толерантность – 1 л пива или алкогольного коктейля. Рвотный рефлекс сохранен. Количественный и ситуационный контроль сохранены. Влечение к алкоголю не сформировано. Абстинентный синдром не сформирован. Психотические эпизоды, судорожный синдром отрицает. Курит постоянно с 14 лет, по 2-3 сигареты в день. К наркологу обратились по инициативе бабушки.

При поступлении жалобы на слабость, сниженное настроение.

Психический статус при поступлении: Моторно неусидчив, тербит пальцы рук. Общается формально, к контакту не стремится. В беседе демонстративен, манерен. На госпитализацию согласился после длительных уговоров. Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Настроение снижено, дисфоричен. Эмоционально неустойчив. Волевые качества не зрелые. Мышление в замедленном темпе, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения.

Круг интересов сужен, четких планов на будущее нет. Влечение к алкоголю отрицает. Критика снижена. Установка на лечение и трезвость низкая.

Невролог: резидуальные проявления постинтоксикационной энцефалопатии.

Психолог: Выявлены черты демонстративности. Личность эмоционально-лабильная, незрелая, с ослабленным волевым самоконтролем.

Педиатр: ихтиоз.

Режим отделения соблюдал формально. В кругу сверстников адаптировалась, был в меру общителен, из общей массы не выделялся, ведом, требовал к себе повышенного внимания

В результате лечения нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к алкоголю не отмечалось. Установка на трезвость сомнительная. Критика к заболеванию формальная.

Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение нарколога.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 6

Подросток, 17 лет. Учащийся школы-интерната 5 вида.

Находился на лечении в детском наркологическом отделении 3 недели. Поступил впервые по направлению нарколога.

Наследственность отягощена алкогольной зависимостью матери. Ребенок находится на иждивении у государства с 4-х лет. Развитие в раннем детстве без особенностей. Посещал ДДУ, был адаптирован. В школу пошел с 7 лет, успеваемость средняя, закончил 9 классов коррекционной школы-интерната 5 вида. С одноклассниками был общителен, дружелюбен. Отношение к учебе отрицательное. Трудовая деятельность с 15 лет – летом подрабатывал в детском лагере, работал с удовольствием. По характеру считает себя застенчивым, малообщительным. Два года назад был условно осужден за кражу сроком на 1 год (в компании с другими ребятами украли в киоске сигареты, пиво и сладости). Состоит на учете в ИДН. Из перенесенных заболеваний отмечает: частые простудные заболевания, хронический пиелонефрит. Впервые употребил алкоголь в возрасте 13 лет в компании сверстников. Выпивает 1 -2 раза в месяц, влечения к алкоголю не испытывает. Со слов больного впервые вдыхать пары ЛОВ (клей «Момент») попробовал год назад. В течение последнего месяца ингалировал ежедневно. Начальная толерантность – 10 мл клея, настоящая толерантность – 50 мл. Испытывает влечение к ЛОВ. Рвотный рефлекс утрачен в течение последней недели. На высоте интоксикации неоднократно видел «мультики – страшилки». Судорожный синдром отрицает.

При поступлении жалоб активно не предъявлял, были выявлены признаки интоксикации ЛОВ. Поведение в отделении: Моторно суетлив, расторможен. В кругу сверстников адаптировался не сразу, был малообщителен. Настроение ровное. Эмоционально устойчив. Волевые качества низкие. Психотической симптоматики не продуцировал. Мышление по темпу замедленно. Когнитивные функции незначительно снижены. Отмечалось патологическое влечение к ЛОВ. Установка на трезвость слабая. Критика к заболеванию формальная. В отделении режим соблюдал.

Психолог: повышенный уровень тревожности и эмотивности. В поведении могут наблюдаться непостоянство, нетерпеливость, элементы демонстративности.

В результате лечения купированы проявления интоксикации, нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Выписан с улучшением под наблюдение нарколога.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).

4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 7

Подросток, 17 лет. Учащийся профессионального лицея.

Находился в детском наркологическом отделении в течение месяца, Поступил впервые по направлению нарколога.

Наследственность отягощена алкоголизмом матери, данных об отце не имеет. Рос и воспитывался в детском доме. Развитие в детстве без особенностей. Рос в условиях гипоопеки. Образование среднее. До 3 класса обучался в общеобразовательной школе, с 3 по 9 классы – в коррекционной школе 8 вида. Учился удовлетворительно. Продолжил образование в профессиональном лицее по специальности штукатур - маляр. Семейное положение: холост, детей нет.

Проживает в детском доме. Отношения в д/д в целом удовлетворительные, временами конфликтует с преподавателями, бывает груб, раздражителен. Из характеристики: «в коллективе является отрицательным лидером, оказывающим сильное влияние на сверстников». Судимости не имеет. Состоит на учёте в детской комнате милиции по поводу неправильного поведения.

Перенесённые заболевания: аппендэктомия в младшем школьном возрасте, частые простудные заболевания. Переносил ЗЧМТ неоднократно, без потери сознания.

Судорожные припадки: отрицает. Впервые употребил алкоголь два года назад в компании подростков, пиво – 0,5 л., водка – около 50 мл. Сказал, что алкоголь помогает ему общаться. Состояние опьянения сразу же понравилось. Выпивал эпизодически, чаще по инициативе приятелей. Примерно год назад появилось пристрастие к алкоголю. Стал выпивать чаще. Ждет очередной выпивки с нетерпением, нервничает и злится, когда не удастся выпить. Синдром отмены не сформирован. В течение последних 2 месяцев сформировано систематическое злоупотребление алкоголем, выпивает 1-2 раза в неделю. Рвотный рефлекс утрачен в течение последних 2 месяцев. Промежутки трезвости до 1 недели. Алкоголь употребляет в компании подростков и в одиночестве. Начальная толерантность- 50 мл водки, 0,5 – 1 л пива, настоящая - 2,5л пива, 100 мл водки, максимальная толерантность – 3 л пива, 100 мл водки. Психотические эпизоды отрицает.

Со слов больного впервые ингалировался ЛОВ в возрасте 11 лет – краска «Серебрянка», ингалировался также клеем, «Морилкой» в течение полугода, 2-3 раза в неделю в компании асоциальных подростков. Патологическое влечение к ЛОВ не сформировано. Воздержание более 3 лет.

При поступлении жалобы на вялость, слабость, сниженное настроение.

Психическое состояние при поступлении: моторно неусидчив. Адекватен ситуации. В беседе недоверчив, подозрителен, лжив, контакт избирательный. Сознание не помрачено. Ориентирован верно. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Волевые качества незрелые. Мышление по темпу замедленно, последовательное. Влечение к алкоголю отрицает. Когнитивные функции снижены, суждения незрелые. Способность к абстрагированию снижена. Круг интересов сужен, общается с асоциальными подростками, употребляющими алкоголь. Критика к заболеванию крайне низкая. Установка на трезвость и лечение низкая

Невролог: токсическая энцефалопатия.

Психолог: отмечается своеволие, склонность к импульсивным поступкам, агрессивные реакции в отношении лиц «ближнего» круга, элементы демонстративности.

В отделении подчинялся внутреннему распорядку формально. Временами был груб, агрессивен, режим лечения выполнял формально. В результате лечения купированы проявления интоксикации, нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к алкоголю купировано, критика к заболеванию - низкая, установка на трезвость – формальная.

Рекомендации: амбулаторное диспансерное наблюдение, аминалон по 1 т. утром и днем, «нейромультивит» по 1 т. утром.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).

3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).

4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 8

Больной Ч., 19 лет. Не работает, не учится.

Находился в наркологическом отделении 2 недели. Поступил впервые по направлению нарколога.

Наследственность по линии родителей не отягощена, но родной брат страдал героиновой зависимостью (в настоящее время более 7-ми лет находится в ремиссии).

Развитие в детстве без особенностей. Воспитывался в спокойной обстановке. Закончил общеобразовательную школу. Несколько раз устраивался на работу без оформления в различные организации, работал на неквалифицированных работах, всегда был недоволен условиями труда, размером заработной платы, быстро увольнялся. Последние полгода не работает. С 18 лет живет один в квартире, принадлежавшей бабушке, с родителями отношения конфликтные из-за их негативного отношения к образу жизни больного и употребления ПАВ. Несмотря на конфликты родители вначале его содержали, затем в связи с его отказом прекратить употребление ПАВ и обратиться к наркологу, отношения с ним прекратили. На какие средства он живет, не знают. Сам больной уклончиво говорит, что подрабатывает время от времени случайными заработками, «помогают друзья», признался, что совершал несколько мелких краж в магазинах самообслуживания, задержан ни разу не был. Постоянной девушки не имеет, были случайные половые связи однократного характера.

Перенес сотрясение головного мозга в 11 лет, после этого появилась метеочувствительность, головные боли. Стал хуже учиться, так как плохо концентрировал внимание, хуже запоминал материал, стал «ленивым». Появилась вспыльчивость, несдержанность, легко давал аффективные вспышки на замечания и критику в свой адрес. Перед призывом в армию обследовался в психиатрической больнице, был признан негодным к военной службе в мирное время. Употребление ПАВ от психиатров сумел скрыть. В 17 лет на дискотеке познакомился с компанией, где его приобщили к приему психостимуляторов. Употребляет амфетамин с 17 лет. Испытывает нарастающее влечение к амфетамину, последний год влечение носит непреодолимый характер. Последние полгода старается принимать амфетамин ежедневно, при его отсутствии становится подавленным, тревожным, беспокоят сердцебиения, потливость и слабость. Пропадает аппетит, плохо спит. Такое состояние может продолжаться до недели при отсутствии приема амфетамина. Начальная толерантность- 0,1 гр., настоящая- 3 гр. амфетамина в сутки в/в способом.

Переживал зрительные галлюцинации на фоне эпизодического употребления ЛСД и тропикамида.

Обратился к наркологу сам, объяснил мотивацию обращения тем, что «надоело «болеть и зависеть» от амфетамина, не стало хватать денег на его приобретение. Последнее употребление амфетамина было за три дня до госпитализации.

При поступлении жаловался на нарушение сна, подавленность, неусидчивость, слабость. Моторно неусидчив, расторможен. Контакт доступен. Опрятен. Ориентирован верно. Сознание ясное. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявлено. Мышление ускоренное, непоследовательное. Во время беседы легко отвлекается на посторонние раздражители. Плохо датирует события, говорит, что «память вообще плохая». Суждения несколько поверхностны и инфантильны. Тревожен, раздражителен. Критика к заболеванию носит формальный характер. Установка на лечение положительная.

Сомато-неврологически: на предплечьях множественные рубцы от в/в инъекций. Кожные покровы гиперемированы, склеры инъецированы, язык обложен бурым налётом. Печень +4 см. Пульс 110 в мин., АД – 150/100. Горизонтальный нистагм, девиация языка влево, сухожильные рефлексы оживлены, тремор рук, в позе Ромберга неустойчив, пальце-носовая проба с коррекцией. Менингеальных симптомов нет.

Биохимический анализ кров: билирубин- 12,98 мкмоль/л, сахар- 4,22 моль/л, АСТ- 147 ед/л, АЛТ- 225 ед/л, ГГТ- 271 ед/л.

RW «отрицат», ВИЧ «отрицат».

Терапевт: Миокардиодистрофия Н-0.

В результате лечения купированы проявления интоксикации, синдрома отмены, нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Больному была проведена комиссия в ОНД, на которой было решено направить его в реабилитационный центр. Однако, в госпитализации в реабилитационный центр ему было отказано в связи с тем, что накануне вечером, находясь в пробном отпуске, он употребил каннабис.

На следующий день пациент был выписан из наркологического отделения и взят на амбулаторное долечивание.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 9

Больной Ц., 57 лет.

Поступил в психиатрическую больницу впервые по направлению СП, был задержан сотрудниками полиции на улице. Жалоб на состояние здоровья нет.

Анамнез со слов больного собрать в полном объеме не удастся.

Проживает один. Был единственным ребенком в семье. Рос здоровым. Закончил 10 классов общеобразовательной школы и Калининградское авиационное военное училище. Служил в армии, ушел в отставку в звании майора. В настоящее время не работает, на какие средства живет, неизвестно. Инвалидности нет. Был женат, есть дочь, проживающая в Уфе. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Были травмы головы, протекали ли они с потерей сознания, неизвестно, но по поводу их в стационарах не лечился. Припадки, снохождение, сноговорение, энурез отрицает.

Алкоголь употребляет часто – «выпить всегда люблю». Пьет водку, вино, самогон, боярышник, о толерантности сведений нет, в состоянии абстиненции – головная боль. Похмеляется. Имеет место утрата количественного контроля. Подтвердил длительные запои. Причину настоящей госпитализации объяснить не может.

Психическое состояние: в отделение поступил в сопровождении медперсонала приемного отделения. Санитарно запущен, с педикулезом, не брит, одежда грязная. Санитарной обработке подвергался с уговорами, был гневлив, раздражителен, вечером тревожен, напряжен, озирался по сторонам, к чему-то прислушивался. Ночь спал плохо. Осмотрен в кабинете. Вошел медленно, неустойчив при ходьбе, отмечается пошатывание. Одет небрежно, волосы взлохмачены, взоровый контакт слабый, отворачивается, закрывает рот рукой. Речь невнятная, обеднена. Мимика однообразная, эпизодически неадекватно смеется. Не поздоровался. Врача принял за старую знакомую, считает, что с ней где-то отдыхал и фотографировался, предложил посмотреть фотографии. Находится в не помраченном сознании. Правильно указал паспортные данные, домашний адрес. Однако текущий год обозначил, как «2002-ой», долго раздумывал о времени года, подошел к окну, смотрел на улицу, принял решение, что – «осень». Не знает, в какой больнице находится. Противоречиво говорит, что поступил то вчера, то сегодня. Память на текущие события снижена значительно - не смог повторить правильно указанное врачом время года, текущий год, имя и отчество врача, не помнит, что ел на завтрак. Не способен датировать основные этапы своей жизни. Не знает цен на основные продукты питания, считает, что хлеб стоит – 18 коп., сахарный песок – 90 коп. Мышление по темпу замедлено, отмечается ригидность, инертность, высокая истощаемость психических процессов. Не способен прояснить причину данной госпитализации, к факту госпитализации равнодушен. Внимание малого объема, отмечаются трудности переключения. Эмоционально неустойчив, то гневлив, раздражителен, то эйфоричен, неадекватно смеется. Особенно оживляется, когда речь заходит об употреблении алкоголя. В бытовых проблемах практически не ориентируется, не знает, как приготовить суп, снять показания счетчика и где оплатить коммунальные услуги и пр. Не исключены эпизоды слуховых и зрительных

галлюцинаций: говорит, что периодически «видит» умершего отца, считает, что тот от него «прячется». К состоянию не критичен.

Невролог диагностирует токсическую энцефалопатию, полинейропатию.

За время пребывания в стационаре были получены сведения от двоюродной сестры больного, которая нашла его в больнице.

Родился недоношенным. Рос крепким, здоровым. Всегда занимался спортом, в том числе парашютным. Служил в авиационных войсках техником. Общий срок службы 16,5 лет, уволен за пьянство и драку. Был дважды женат, браки расторгнуты. Имеет дочь от первого брака, с ней никогда не общался. Работал в котельной слесарем. Не работает вообще лет 5-6. Пенсии нет. Проживает один. Родители умерли. После смерти отца остались деньги, на которые он жил. До последнего года жил самостоятельно, сам решал все проблемы. Травм головы, припадков никогда не было. Не судим.

До 22 лет алкоголь не употреблял вообще. Алкоголем злоупотребляет со времени военной службы. Пьет массивно, пил систематически, сначала с отцом, затем после его смерти один. Пил самогон и аптечные настойки. Напивался допьяна. Количественный контроль утрачен, похмеляется. У наркологов не лечился, отказывался. Два года назад на похоронах отца заметила пошатывание при ходьбе, неустойчивость. Проходил лечение у невропатолога с улучшением. Состояние ухудшилось около года. Появилась невнятность речи, неустойчивость при ходьбе. Стало отмечаться снижение памяти, невпопад отвечал на вопросы, перестал за собой следить, мылся и брился с принуждением, перестал готовить пищу. В доме всё разбил и мебель, и зеркало, сломал газовую колонку, разбил балконные окна, при этом отрицал, что сделал это сам. Постоянно ждал отца, говорил, что тот скоро придет. Деньги со сберегательной книжки снимала двоюродная сестра, в руки деньги не давала, покупала и приносила продукты, готовила пищу, платила за квартиру. Сам распоряжаться деньгами и самостоятельно решать бытовые проблемы не в состоянии. Перед поступлением двое суток не был дома, где он был, сестра не знает.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 10

Больной Я., 38 лет.

Поступил на стационарное лечение в наркологический диспансер по «Скорой помощи» в связи с неадекватным поведением.

Наследственность не отягощена. Рос и развивался, со слов, соответственно возрасту. Посещал детские дошкольные учреждения. В школу пошел с 8-ми лет, дублировал 3-ий и 4-ый классы, со слов больного из-за прогулов занятий. Закончил 9 классов, больше не учился. Служил в армии, строительных войсках, демобилизован на общих основаниях. Далее работал в основном в Москве аппаратчиком приготовления лаков и эмалей, последние 3 месяца не работает. В течение жизни тяжёлых заболеваний и травм головы не переносил. Живет с гражданской женой 8 лет, детей не имеет. Привлекался к уголовной ответственности за попытку кражи, дело прекращено в связи с примирением сторон. Привлекался к административной ответственности за несоблюдение порядка регистрации, нарушения в области дорожного движения.

Много лет злоупотребляет алкоголем, пьет запоями по 2 недели, потом 1-2 месяца не выпивает. Все виды контроля утрачены, при обрыве алкоголизации испытывает дрожь в конечностях, кидает в жар, потливость в ладонях, нарушается сон, хочется опохмелиться, влечение к алкоголю компульсивное, рвотный рефлекс утрачен, были судороги, спит с кошмарными сновидениями. Когда больной трезвый, то спокойный, уравновешенный и добрый, когда выпивает, то становится очень возбужденным. Состоит 4 года на учете у нарколога по поводу алкогольной зависимости, на прием ходит нерегулярно, практически не принимает лекарства. В прошлом году был «закодирован» у знахарки, но затем, спустя 3 месяца возобновил прием алкоголя. Последний запой

в течение 2-х недель, после отмены алкоголя нарушился сон, появились страх и тревога, наблюдался эпилептический припадок, после которого появились слуховые и зрительные галлюцинации – «видел собак, кошек», слышал голоса угрожающего характера, дома был снят с окна. Был доставлен в наркологическое отделение, назначалось активное дезинтоксикационное лечение. Около полуночи, освободившись от мер стеснения, вышел из палаты и сказал, что пошел домой, искал какой-то пропуск. Зашел в комнату медсестер и, ничего не говоря, взял нож, в ходе задержания его санитаром нанес санитару несколько ударов ножом, о том, что он нанес ножевые ранения, узнал только на следующий день, вспомнить свои действия на тот момент не мог. Было заведено уголовное дело по ст.111, ч.1, следствием назначена амбулаторная СПЭ.

При беседе с врачом через три недели был моторно спокоен, упорядочен. В не помраченном сознании. В месте, времени и собственной личности ориентирован полностью, верно. К общению не стремится, отвечает только на вопросы, без особого желания. Мышление последовательное, по темпу несколько замедлено. Обманы чувств, активного бреда не продуцирует. Фон настроения несколько снижен с оттенком недовольства и раздражительности. Антисоциальных, суицидальных, агрессивных тенденций в поведении не прослеживается. Память, интеллект не нарушены. Критика к психотическим переживаниям формальная, «да, что-то там такое слышалось и показалось, но недолго». Зависимым от алкоголя себя не считает, «ну может быть пью чуть лишку». О совершенном правонарушении говорить отказывается, не хочет вспоминать. При этом уверен, что ему ничего не грозит, так как все совершил в болезненном состоянии, будущую экспертизу считает пустой формальностью.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Технологии психокоррекции»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 «Психиатрия»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.1.2

1. Паспорт ОС по дисциплине «Технологии психокоррекции»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы профилактики; организационно-экономические основы деятельности учреждений 		

		<p>здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</p> <p>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нервно-психических заболеваний</p> <p>Умеет:</p> <p>- проводить самостоятельный прием психиатрических больных в диспансере</p> <p>Владеет:</p> <p>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой психиатрических больных</p>		
3.	ПК-8	<p>Знает:</p> <p>- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</p> <p>Умеет:</p> <p>- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</p> <p>Владеет:</p> <p>- дифференцированными методами реабилитации больных</p>		
4.	ПК-9	<p>Знает:</p> <p>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</p> <p>- организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</p> <p>Умеет:</p> <p>- формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет:</p> <p>- системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: <i>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i> Владеет: <i>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</i>	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
ПК-1	Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i> Владеет: <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-8	<p>Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p> <p>Владеет: <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p>
ПК-9	<p>Умеет: <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i></p> <p>Владеет: <i>системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i> <i>выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i></p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ
Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

У кого чаще наблюдается ипохондрический тип внутренней картины болезни?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) у больных с паранойяльным расстройством личности
- 2) у лиц с чертами тревожной мнительности
- 3) у гармоничной личности
- 4) у больных деменцией
- 5) у больных умственной отсталостью

Задание #2

Вопрос:

Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) невозможность предвидеть последствия своих поступков
- 2) трудность в вербализации чувств
- 3) трудность разграничения соматических ощущений и эмоций
- 4) затрудненность контактов с окружающими

Задание #3

Вопрос:

Продолжительный прием больших доз транквилизаторов

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) не приводит к развитию зависимости
- 2) может приводить к развитию психической зависимости
- 3) может приводить к развитию психической и физической зависимости
- 4) может приводить к развитию физической зависимости

Задание #4

Вопрос:

Появление оговорки происходит обычно по причине (З.Фрейд):

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) соматических расстройств
- 2) соотношения звуков и слов (словесные ассоциации)
- 3) возбуждения, расстройства внимания
- 4) утомления, рассеянности
- 5) противодействия двух различных намерений

Задание #5

Вопрос:

Пациент подавлен, заторможен, отмечает выраженное снижение настроения и суицидальные мысли. Какой антидепрессант в этом случае предпочтительнее?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) amitriptilin (триптизол)
- 2) пароксетин (паксил)
- 3) имипрамин (мелипрамин)
- 4) кломипрамин (анафранил)

Задание #6

Вопрос:

Эффект плацебо:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) следует избегать, так как он не позволяет оценить истинную эффективность применения подобранного лечения
- 2) следует избегать по этическим соображениям
- 3) следует избегать из-за возможности эффекта «отрицательного плацебо»
- 4) может и должен быть использован при фармакотерапии

Задание #7

Вопрос:

Что может служить критерием отличия кататонического ступора от депрессивного?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) продолжительность
- 2) отказ от еды
- 3) степень выраженности
- 4) негативизм, повышение мышечного тонуса

Задание #8

Вопрос:

Задачей группового психотерапевта является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) недирективное ориентирование активности группы; стимулирование группы
- 2) все перечисленное
- 3) способствовать усвоению пациентом навыков сотрудничества и взаимопомощи
- 4) являть собой образец поведения в групповой ситуации
- 5) постоянный контроль над соотношением сплоченности и напряженности в группе

Задание #9

Вопрос:

Транквилизатором с выраженным снотворным действием является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) грандаксин
- 2) рудотель
- 3) нитразепам
- 4) неупентил
- 5) триоксазин

Задание #10

Вопрос:

С целью профилактики лекарственной зависимости транквилизаторы необходимо:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) назначать 6-12 месяцев
- 2) назначать не более 1 месяца
- 3) назначать 3-6 месяцев
- 4) назначать 1-3 месяца

Задание #11

Вопрос:

В основе гештальт-терапии лежит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) экзистенциализм
- 2) все перечисленное
- 3) бихевиоризм
- 4) гештальт-психология
- 5) психоанализ

Задание #12

Вопрос:

К основным классическим клинико-психотерапевтическим принципам в работе с больными шизофренией относятся все перечисленные, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) доверительного обучения больного известной диссимуляции
- 2) принципа особого значения эмоционально-тесного контакта с врачом
- 3) эмоционально благотворного оживления пациента различными способами
- 4) активирование поведения как воздействия на психику, в конечном счете, через моторику
- 5) принципа критического наступления на бредовые и сверхценные, навязчивые построения

Задание #13

Вопрос:

Процесс, посредством которого психологический комплекс идей, желаний, чувств и т.д. заменяется физическими симптомами, называется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) вытеснением
- 2) овеществлением
- 3) конверсией
- 4) смещением

Задание #14

Вопрос:

Основами какого метода психотерапии являются понятия отношение фигуры и фона, осознание чувств и сосредоточенность на настоящем, единство и борьба противоположностей, функции и защиты, принятие ответственности на себя:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) клиентцентрированной терапии Роджерса
- 2) индивидуальной психотерапии Адлера
- 3) гештальт-терапии
- 4) аналитической психотерапии Юнга
- 5) психоанализа

Задание #15

Вопрос:

Что из перечисленного является ведущим в терапии неврозов?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) нейролептики
- 2) психотерапия
- 3) антидепрессанты
- 4) транквилизаторы

Задание #16

Вопрос:

Методика парадоксальной интенции Франкла состоит в том, что:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) пациент неожиданно перестает сопротивляться своим obsessions или фобиям, дает им полную власть над собой и в этом страдании переживает душевный триумф
- 2) пациент искренне юмористически хочет, чтобы случилось то, что составляет содержание obsessions
- 3) пациент неожиданно резко интенсивно начинает сопротивляться obsessions, фобиям, намереваясь с юмором вытолкнуть их из души и более не впускать
- 4) пациент неожиданным для него интересным, захватывающим занятием, зрелищем отвлекается от болезненных расстройств

Задание #17

Вопрос:

Какие из перечисленных транквилизаторов относятся к «дневным»?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) мезапам
- 2) хлордиазепоксид
- 3) сибазон
- 4) нитразепам

Задание #18

Вопрос:

В отличие от театра в психодраме участник исполняет роль:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) невротика, а психотерапевт - роль здорового
- 2) наедине с психотерапевтом
- 3) исполняет роль импульсивно
- 4) не на сцене, а в специальной психотерапевтической комнате
- 5) в импровизированном представлении, активно экспериментирует с теми значимыми для него ролями, которые он играет в реальной жизни

Задание #19

Вопрос:

Из перечисленного ниже бензодиазепинам свойственно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) антибредовое действие
- 2) уменьшение эмоционального напряжения
- 3) антидепрессивное действие
- 4) ноотропное действие

Задание #20

Вопрос:

Групповая психотерапия противопоказана больным:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) склонным к образованию бредовых идей отношения
- 2) психопатией возбудимого круга
- 3) психастенией
- 4) с обычными жизненными трудностями
- 5) шизофренией в стадии ремиссии

Задание #21

Вопрос:

Стресс (по Г. Селье) - это:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором
- 2) вид дистресса
- 3) неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром
- 4) нервное вредоносное напряжение

Задание #22

Вопрос:

Седативный эффект характерен для антидепрессанта:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) аурорикс
- 2) золофт
- 3) мелипрамин
- 4) леривон

Задание #23

Вопрос:

Для лечения обсессивно-компульсивных расстройств предпочтительнее из антидепрессантов:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов
- 2) обратимые ингибиторы МАО
- 3) необратимые ингибиторы МАО
- 4) избирательные ингибиторы обратного захвата серотонина

Задание #24

Вопрос:

Внушение действует обычно тем сильнее, чем:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) критичнее пациент относится к тому, что ему внушают
- 2) сильнее охвачен пациент верой в психотерапевта
- 3) спокойнее, будничнее держится психотерапевт
- 4) более склонен пациент к психоаналитической терапии
- 5) тоньше, глубже размышление о механизме совершающегося с ним в это время

Задание #25

Вопрос:

Для лечения панических расстройств предпочтительней из антидепрессантов:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов
- 2) необратимые ингибиторы МАО
- 3) избирательные ингибиторы обратного захвата серотонина
- 4) обратимые ингибиторы МАО

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больной Т., 20 лет, находился на стационарном лечении в отделении неврозов. Наследственность не отягощена, родился здоровым, рос и развивался нормально. Воспитывался в условиях конфликтных отношений между родителями из-за пьянства отца. Семья жила в Киргизии, в сельской местности. Когда больному было 10 лет, вместе с семьей переехал в Россию из-за межнациональных конфликтов. Жили так же в сельской местности. Получил среднее специальное образование, освоил профессию механизатора. В настоящее время работает в совхозе механизатором, живёт с матерью и сестрой, отношения хорошие. Выпивает 1-2 раза в неделю по 1 бутылке пива. Был призван в армию 2 года назад, служил в артиллерийских войсках, 15 месяцев участвовал в боевых действиях на территории Чечни. В начале испытывал страх, потом адаптировался. Чтобы снять нервное напряжение ежедневно выпивал по 100- 200 гр. водки. В последнем бою получил ранение в область живота, на его глазах произошла гибель товарища. Лечился в госпитале, после чего вернулся домой. В течение месяца продолжал ежедневно выпивать, потом устроился на работу и частый приём алкоголя прекратил. Вскоре после этого каждую ночь стал видеть кошмарные сновидения с воспроизведением боевых действий, гибели товарища, угрозой собственной гибели. В течение ночи часто просыпался, не мог выспаться, отсутствовало чувство бодрости, отдыха после сна. Появились головные боли, раздражительность, неустойчивое настроение. Такое состояние продолжалось около месяца после чего сам обратился в поликлинику ЦРБ, был госпитализирован в отделение неврозов. В отделении быстро освоился, легко общался, был приветлив, дружелюбен, настроен на лечение. Отмечалось лёгкое снижение фона настроения, в первые дни пребывания – утомляемость.

Соматически и неврологически здоров.

По данным опросника Шмишека определялось усиление дистимических и тревожных черт. После проведённого лечения состояние улучшилось, пугающие сновидения исчезли. Находился в лечебном отпуске дома, там чувствовал себя хорошо. Был выписан домой.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 2

Больная К. 28 лет.

Живет в поселке городского типа, работает продавцом. Некоторое время проживала с мужем, в настоящее время живут отдельно, ожидает развода. Планирует выйти замуж за мужчину, находящегося в заключении. Курит. Алкоголь употребляет 2-3 раза в неделю, влечение отрицает. С мужем сложились напряженные отношения, он преследует больную, требует, чтобы она вернулась, угрожает ей расправой. Несколько месяцев назад появились приступообразные состояния удушья, во время которых больная не может полностью глубоко вдохнуть, испытывает сильнейший страх задохнуться и умереть. Настроение стало неустойчивым, беспокоит бессонница, плаксивость, тревожность. Самостоятельно принимала корвалол, новопассит. Улучшения не отмечала. Обратилась на прием к участковому психиатру.

При обращении несколько демонстративна, предъявляла многочисленные жалобы на состояние здоровья, приступы удушья, эмоциональную неустойчивость, раздражительность, слабость, плаксивость, головные боли, сложности при концентрации внимания, нарушения сна. Фиксирует внимание на вегетативных нарушениях, длительной бессоннице, кошмарных сновидениях. Считает себя больной. Настроена на лечение. Ориентирована полностью верно. Сознание не помрачено. Бреда, галлюцинаций нет. Мышление последовательное, в обычном темпе. Эмоционально лабильна. Интеллект, память без снижения. Настроение патологически не изменено.

Неврологическое состояние. Лицо с незначительной асимметрией. Язык прямо. ЧМН без патологии. Сух. рефлексy симметричны. В позе Ромберга устойчива. Отмечается тремор век, кистей, гипергидроз, разлитой красный дермографизм. Заключение невролога: вегето-сосудистая дистония, смешанный тип.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 3

Больная К., 32-х лет.

Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие по возрасту. Детский сад посещала только 1 год непосредственно перед школой, до этого с ней сидела бабушка. Закончила 11 классов общеобразовательной школы. Училась хорошо. Была достаточно активной, общительной, имела много друзей. Работала продавцом. Замужем с 18 лет. Проживает с мужем и сыном 3,5 лет. Считает свой брак удачным, но в то же время скучает без романтических отношений с другими мужчинами. Сексуальная жизнь дисгармонична, не испытывает удовлетворения. В 20 лет был выкидыш. Курит. Алкоголь употребляет эпизодически, без признаков зависимости.

Впервые психические расстройства появились около 5 лет назад после ограбления магазина, в котором она работала. После этого длительно сохранялось беспокойство, страх, боялась, что за ней придут грабители. Лечилась с улучшением на отделении неврозов в психиатрической больнице районного центра. Настоящее состояние появилось около года назад. Стали возникать мысли о том, что может причинить вред своему ребенку, убить его. Эти мысли сопровождались чувством вины перед ним, периодическими приступами тревоги и тоски; сон стал поверхностным. Снова лечилась на отделении неврозов в районной психиатрической больнице, у частного психотерапевта. Улучшения не было. По собственной инициативе добилась госпитализации в областную психиатрическую больницу.

При поступлении во время беседы больная была довольно спокойна. Мышление в обычном темпе, последовательное. Говорит о том, что ее преследуют мысли о том, что она своими действиями может причинить вред своему ребенку, «а вдруг я брошу его под машину..., выкину..., столкну с лестницы...» и т.д. Описывает эти мысли как чуждые ей, понимает, что не сделает этого, но в то же время боится, что может сделать. Испытывает сильное беспокойство, когда приходится оставаться дома с ребенком одной, вести его в детский сад. Попросила своих родителей переехать к ним с мужем, чтобы не оставаться одной с ребенком. Когда дома находится кто-то еще, чувствует себя спокойно. Также не может длительное время оставаться без ребенка, испытывает постоянную потребность в нем, скучает без него. На этом фоне периодически возникают приступы тоски,

тревоги, чувство сдавления в груди. Часто не хочется ничего делать, хочется, чтобы ее оставили в покое. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не обнаруживает. Во время беседы патологии памяти, внимание, интеллекта не обнаруживает.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 4

Больная С., 33 года.

Достоверные объективные сведения о больной отсутствуют. С ее слов, родители злоупотребляли алкоголем. Отца помнит плохо, поскольку он рано ушел из семьи. Росла в условиях безнадзорности. Посещала ДДУ. В школу пошла вовремя. По характеру с детства была не очень общительной, имела одну подругу. В среде окружающих ничем не выделялась. В школе училась плохо, однако классы не дублировала и дисциплину не нарушала. Учиться было неинтересно. Окончила 8 классов, 9-й класс в ШРМ, а также ПТУ, получила специальность швеи. Около 1 года работала швеей, в дальнейшем из-за развала предприятия оформила свидетельство ИП и стала заниматься транспортными перевозками. Начальный капитал получила за счет наследства. Тяжелыми соматическими заболеваниями не болела. Половая жизнь с 17 лет, замуж вышла в 18 лет. К замужеству готова не была, но мать мужа убедила оформить брак и прописаться в их доме, т.к. предполагала, что дом будет снесен, и они получат новое жилье. Брак считает неудачным, поскольку муж злоупотребляет алкоголем и на него нельзя положиться.

С детских лет периодически один-два раза в месяц испытывает сильное напряжение, когда находится в местах, где можно что-либо безнаказанно украсть. В детстве воровала мелкие вещи в гостях (клипсы, одеколон и др.). После кражи напряжение быстро проходило. Украденными вещами, как правило, не пользовалась, прятала их или отдавала кому-либо, т.к. интерес к ним пропадал. Последние годы желание что-либо украсть возникает в супермаркетах. Продолжает воровать ненужные ей вещи, сигареты, ложки, ножницы. Неоднократно задерживалась охраной. Как правило, конфликт заканчивался примирением сторон. Несмотря на то, что охрана ее знала в лицо и следила за ней, продолжала совершать мелкие кражи. В настоящее время против больной возбуждено уголовное дело за очередную мелкую кражу. Сама обратилась на прием к психиатру с жалобами на плохой сон, апатию, безразличие, нервозность, эмоциональную лабильность, а также непреодолимое желание совершать кражи. Была направлена на стационарное лечение в отделение неврозов. Факт возбуждения уголовного дела скрыла. Это обстоятельство стало известным после получения запроса от следователя.

При беседе с врачом контакту доступна, на вопросы отвечает по существу. Настроение несколько тревожное. Эмоционально лабильна. При разговоре об отношениях с мужем на глазах появляются слезы. Активной психотической симптоматики не продуцирует. Сообщила, что в стрессовых ситуациях испытывает волнение, появляется чувство комка в горле, дрожание рук. При конфликтах с мужем кричит, кидает вещи на пол. Круг интересов сужен: общественной жизнью не интересуется, книг и газет не читает, по телевизору смотрит развлекательные телепередачи типа «Пусть говорят» и «Дом 2». Запас знаний ниже полученного образования. Допускает ошибки в элементарных математических операциях, путается в простых географических понятиях (не может назвать столицы крупных европейских государств). Абстрактное мышление доступно в суженном объеме: не всегда может интерпретировать смысл пословиц, распространенные крылатые выражения интерпретирует правильно. Критически оценивает сложившуюся ситуацию. Считает себя вменяемой. Не пытается оправдываться.

По заключению психолога отмечается снижение адаптивных возможностей у незрелой зависимой личности с выраженным истерическим радикалом.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).

3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 5

Больная П., 47 лет.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась и до 37 лет проживала в Казахстане. Раннее развитие без особенностей, в школе училась «средне», окончила кооперативный техникум, работала по специальности. По характеру всю жизнь была общительной, в компании была на виду, привлекала внимание мужчин. Обидчива, особенно чувствительна к ущемлению ее прав. Вышла замуж в возрасте 23 лет, по любви после длительного периода знакомства. Имеет от брака 2-х взрослых дочерей. Перенесенные заболевания: пневмония, страдает диффузным зобом, железодифицитной анемией. С 24-х лет наблюдаются приступообразные головные боли, по поводу которых лечится без особого эффекта. 10 лет назад семья больной вынуждена была переехать из Казахстана в Иваново в связи с наступившими тяжелыми социально- бытовыми условиями жизни. Отъезд переживала тяжело, т.к. долго не могла приспособиться к новым условиям жизни. Ситуация усугублялась материальными трудностями и пьянством мужа. С мужем часто конфликтовала, были взаимные проявления неверности. Состояние ухудшилось три года назад, усилились головные боли, обращалась к различным специалистам, однако лечение оказывалось не достаточно эффективным. Пыталась устроиться на работу, но не могла найти подходящего места. Часто плакала, плохо спала, большую часть времени была в подавленном настроении. На фоне конфликтов с мужем дважды совершала демонстративные суицидальные попытки (выпила 10 таблеток феназепама, пыталась порезать сосуды на руке). Госпитализирована в психиатрическую больницу по инициативе родственников.

При поступлении: настроение снижено, контакт формальный, периодически плачет, подозрительна, недоверчива. Сознание не помрачено, ориентирована. Обманов чувств не обнаруживает. Мышление в замедленном темпе, без структурных, содержательных расстройств. Эмоционально лабильна, фон настроения снижен, жалуется на тоску, тревогу. Суицидальные мысли отрицает, попытку ни как не объясняет: «спрашивайте у мужа». Память снижена в силу идеаторной заторможенности. Концентрация внимания снижена.

В отделении: первые дни фон настроения был понижен, отказывалась от общения с окружающими, плакала. Первое время в отделении была замкнута, не откровенна, фон настроения оставался пониженным. Постепенно под влиянием лечения состояние больной улучшилось, стала доступна контакту, сообщила о себе подробные анамнестические сведения, постепенно выровнялся фон настроения. Находилась в пробном отпуске, появилось критическое отношение к своему состоянию и поведению перед госпитализацией. В настоящее время контакту легко доступна, фон настроения ровный, эмоционально адекватна, реагирует на юмор, строит реальные планы на будущее. Отмечает, что за время нахождения в больнице существенно пересмотрела свои взгляды на жизнь и стала более гибкой. Улучшилось соматическое состояние, стихли головные боли.

При психологическом обследовании выявлены демонстративные черты личности и ипохондричность.

Заключение невролога. Венозная энцефалопатия. Вегето-сосудистая дистония по смешанному типу. Синдром гемикрании. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Синдром затылочного нерва справа.

Заключение терапевта. Миокардиодистрофия сложного генеза. Хроническая железодифицитная анемия, некомпенсированная. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Диффузное увеличение щитовидной железы. Дерматит кистей.

Выписана домой с мужем в удовлетворительном психическом и соматическом состоянии под наблюдение участкового психиатра, терапевта, невролога, дерматолога.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 6

Больной К., 30 лет.

Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без патологических особенностей. В детстве посещал ДДУ, адаптировался в них удовлетворительно. В школе учился хорошо. Окончил пожарное училище. Работал по специальности, начальником караула в Подмосковье. С детства отличался мнительностью, тревожностью, долго обдумывал прежде принять какое-либо решение. Сделав свой выбор, испытывал трудности, когда его следовало изменить. Сам больной отмечает, что ему не хватает твердости в принятии решений, и это мешает ему в жизни. Чтобы приобрести необходимые черты характера, увлекся боксом, участвовал в соревнованиях, получил первый взрослый разряд. Однако активные занятия вскоре оставил из-за опасений вредного влияния бокса на здоровье, хотя серьезных травм не имел. На работе возникали конфликты, обусловленные со слов больного его нетерпимостью к нарушениям трудовой дисциплины. Впервые был направлен на лечение в психиатрическую больницу начальством пожарной части 5 лет назад. Госпитализации предшествовали конфликты на работе и разрыв с девушкой. В отделении был тревожен, подозрителен, подавлен, плохо спал, тяготился пребыванием в палате еще с несколькими больными. Описывал окрики по имени. После начала лечения состояние вскоре улучшилось, и больной был выписан. После выписки сменил место работы на более спокойное (без острых ситуаций) пожарным инспектором, т.к. испытывал большое напряжение при анализе своих действий на пожаре, нередко винил себя в том, что не предпринял всех необходимых действий. Год назад устроился на работу в казино в качестве крупье. Здесь также испытывал дискомфорт, когда с посетителем возникали даже незначительные конфликты. После одного из них стал испытывать боли за грудиной, не мог их рационально объяснить, и решил, что его очевидно сглазили. В это время просмотрел несколько передач по ТВ про колдунов и экстрасенсов. Два месяца назад уволился с работы и переехал в Иваново к матери. Был тревожен, недоволен собой, говорил, что не справился с работой, «неудачник», не знает, как ему дальше жить. Госпитализирован в больницу по инициативе матери. В отделении на протяжении 3-х недель поведение остается упорядоченным, галлюцинаторно-бредовых расстройств не обнаруживал. Фон настроения снижен с оттенком тревожности. Спит беспокойно, несмотря на лекарства. Просит врача побеседовать с ним, спрашивает, что ему врач посоветует, чтобы наладить свою жизнь. При беседе контакту хорошо доступен, способен уловить эмоциональный тон собеседника и адекватно на него реагирует.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 7

Больная Ч., 27 лет.

Наследственность не отягощена. Развитие происходило соответственно возрасту. Единственный ребенок в семье. Отец властный, требовательный, всегда держал ее в жестких рамках. Мать добрая, ласковая, придавала большое значение мнению окружающих, всегда заботилась о том, чтобы дочь «выглядела и вела себя достойно». Больная по характеру спокойная, уравновешенная, общительная, не конфликтная. Любит проводить время в компании друзей. В школе училась хорошо, получила высшее гуманитарное образование, после окончания вуза 2 года работала не по специальности секретарем в частной фирме. С работой справлялась. Получала удовольствие от того, что всегда хорошо выглядит, «ухоженная», со вкусом одета. Больная внешне очень привлекательна, получала много комплиментов от посетителей. Работала аккуратно и ответственно, работа была интересна. Пользуется успехом у мужчин, было несколько романов, но прекращала их сама, так как молодые люди казались «малоперспективными для будущей жизни», сильных чувств ни к кому не испытывала. 2 года назад начала встречаться с женатым мужчиной старше себя по возрасту, материально обеспеченным, с высоким социальным статусом. Увлеклась им, считала его намного более интересным, чем сверстники. Мужчина настоял на ее уходе из родительской семьи,

прекращении работы, купил ей квартиру, дает большие суммы денег на жизнь. С родителями из-за этого был серьезный конфликт, но постепенно они с ситуацией смирились. Знает, что любовник не собирается оставлять семью и жить с ней, но пока ее это устраивает. Первый год была поглощена новизной отношений, самостоятельной жизнью, устройством быта. С прежними друзьями встречалась значительно реже. Затем стала понемногу скучать, начала больше общаться, несколько раз сидела с приятелями в кафе, ходила на дискотеки. Когда об этом узнал любовник, то устроил ей скандал, поставил жесткие требования прекратить прежний образ жизни. Была вынуждена подчиниться, больше времени проводила дома, смотрела телевизор. Читать не любит, Интернет интереса не вызывает. Начала испытывать душевный дискомфорт, скуку, «как-то погасла». Постепенно, не может сказать точно, когда это началось, начала «заедать» свое душевное состояние. На протяжении последнего полугодия у больной возникают «приступы», когда появляется «нестерпимое желание съесть что-нибудь вкусное», это состояние субъективно отличается от обычного чувства голода. Заранее в уме составляет список продуктов, которые купит, предвкушает наслаждение, с которым все это съест. Покупает только «деликатесную» еду, в основном жирную и сладкую: «тортики с кремом, йогурты, пирожные, нарезки дорогой рыбы и мяса, икру, торты-мороженое». Начинает получать удовольствие уже в магазине, когда делает покупки, нагружает полную тележку. Дома садится перед телевизором, ставит со всех сторон еду и начинает есть. Ест медленно, понемногу, «смакуя» продукты, на протяжении целого дня. После сна снова начинает есть, и так происходит 2 – 3 дня, пока не кончатся продукты. В эти дни из дома не выходит. В начале процесса еды получает успокоение, «огромное наслаждение», довольна жизнью. К концу приступа настроение понемногу начинает портиться. Когда еда кончается, встает на весы, оказывается, что поправилась на несколько килограммов, сразу очень расстраивается, переживает, что «испортила фигуру», стыдится выходить из дома и «попадаться на глаза» знакомым. Начинает ограничивать себя в еде, ест низкокалорийную пищу, настроение при этом «ужасное». Клянется никогда больше не переедать. Интенсивно занимается в спортзале. Лишние килограммы быстро сбрасывает, постепенно успокаивается, начинает скучать, и «в голове снова рождается мысль, что можно съесть что-нибудь вкусное». Борется с этой мыслью 2-3 дня, потом «сдается», испытывает облегчение и радость, и «приступ» повторяется. Однажды после двух недель «воздержания» проснулась посреди ночи по непонятной для себя причине, не могла заснуть, «потянуло на кухню» и там быстро, «как-то лихорадочно» съела городскую булку с маслом и выпила пакет молока. Этот эпизод так напугал больную, что на следующий день она обратилась к психотерапевту в частную медицинскую фирму.

При беседе с врачом была приветлива, дружелюбна, несколько встревожена тем, что начала есть ночью, с удивлением говорит, что не понимает, как купила молоко и булку, обычно «такие продукты не ест». Осознает, что эпизоды переедания являются болезненными, вредят ее здоровью, но описывает эти состояния с удовольствием, каких-либо причин для такого поведения не находит, обсуждение психологических моментов своей жизни не поддерживает. Пассивно соглашается, что ей «надо лечиться». На следующую встречу не пришла.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 8

Больная Г., 32 года.

Наследственность отягощена: отец матери в пожилом возрасте покончил жизнь самоубийством. Родилась в срок, раннее развитие соответствовало возрасту, с детства страдает атопическим дерматитом, бронхиальной астмой. Своевременно пошла в школу, училась с оценками «4», «5». Окончила 11 классов, поступила на математический факультет педагогического института, выбором профессии была недовольна, в связи с чем ушла в академический отпуск на 4 курсе. В течение года работала референтом, затем окончила институт. Далее работала продавцом-консультантом, получила второе образование экономиста, однако по специальности не работала. С

детства воспитывалась в условиях гиперопеки с ориентацией на высокие социальные достижения. По характеру была спокойная, малообщительная, близких друзей не имела, однако участвовала в художественной самодеятельности, посещала изо-студию. Приблизительно с 10 лет стала обращать внимание на свою внешность, пришла к выводу, что у нее некрасивое лицо, излишняя худоба. По этой причине сторонилась окружающих. В 11 классе в течение нескольких месяцев было пониженное настроение, заметное для окружающих. Учителя сообщили матери, что она «излишне спокойна». В возрасте 22 лет в течение года был период пониженного настроения с обострением мыслей о недостатках своей внешности и собственной ненужности. С суицидальной целью выпила несмертельное количество таблеток (валидол, циннаризин), однако, испугавшись своего поступка, сама затем вызвала СП. Лечилась в психиатрической больнице около 1 месяца, затем была переведена в дневной стационар, принимала коаксил, амитриптилин. Лечение дало незначительный эффект (отмечались осложнения). Далее состояние улучшилось самопроизвольно. Два года назад понизилось настроение, обратилась в диспансерное отделение психиатрической больницы, была рекомендована госпитализация, от которой она отказалась, принимала амбулаторно лудиамил, феназепам (отмечались побочные эффекты – падение АД). В это время обострился атопический дерматит, обращалась в московский институт иммунологии, возникли мысли о наличии лямблиоза, по настоянию больной выполнялись повторные анализы, давшие отрицательный результат, что ее успокоило. В результате лечения было временное улучшение, сопровождавшееся улучшением психического состояния. Последнее ухудшение на протяжении трех месяцев, понизилось настроение, появились идеи самообвинения, пессимистическая оценка прошлого и будущего. Госпитализирована по инициативе матери. При поступлении фон настроения был снижен, выражение лица грустное, высказывала идеи самообвинения. При тестировании отмечалась тревога легкого уровня и средне выраженная депрессия. На фоне лечения анафранилом и труксалом состояние больной существенно улучшилось. При беседе с врачом контакту доступна, на вопросы отвечает по существу, эмоциональные реакции сохранены, испытывает затруднения в описании своих переживаний. Дает нечеткие, иногда противоречивые ответы на вопросы. Явных структурных расстройств мышления не выявлено, абстрактное мышление на достаточно высоком уровне.

По заключению психолога личность с чертами демонстративности и повышенной тревожности.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 9

Больная Д., 28 лет

Из анамнеза: Достоверных сведений о наследственности нет, ни кто из родственников у психиатров не лечился. Отец по характеру возбудимый, конфликтный. В браке прожил не долго. Роды у матери больной протекали с патологией. В раннем возрасте диагностировался синдром гиперактивности. С 3-х лет воспитывалась бабушкой, т. к. мать «делала карьеру». По характеру с детства была малообщительной, недоверчивой. Плохо уживалась в коллективе ДДУ. Со слов матери «держала семью в напряжении», могла на несколько часов убежать из дома. В школьный период близких отношений с одноклассниками не было. Пыталась реализовать себя через общественную работу. В возрасте 16 лет испытала сильное любовное разочарование, поскольку не смогла привлечь понравившегося ей юношу. Успешно училась в энергоуниверситете, окончила с отличием. Дружеских отношений практически ни с кем не поддерживала. Познакомилась с молодым человеком по переписке в Интернете. В это время вела дневник, в котором описывала свои любовные переживания, надеялась на дальнейшие контакты. Была сильно удручена, когда переписка закончилась. После окончания вуза 3 месяца проработала на фирме по специальности. Однако уволилась, т.к. работа ее не устроила. В это время (6 лет назад) отмечалось пониженное настроение, нарушение сна, аппетита, появились блуждающие боли в животе, по поводу которых была произведена лапароскопия, но патологии не выявлено, и было рекомендовано обратиться к

психиатру. Короткое время лечилась в частной клинике, принимала amitriptilin. транквилизаторы без эффекта. Обратилась в диспансерное отделение психиатрической больницы и сразу же была направлена в ДС. В течение последующих полутора лет четыре раза проходила лечение в ДС, в связи с пониженным настроением. Существенного улучшения не наблюдалось, была переведена на 2 гр. инвалидности. После выписки из ДС четыре года назад состояние больной было относительно стабильным. Находилась дома, лекарства принимала не регулярно, участкового психиатра не посещала, обследовалась на дому. Три года назад на комиссию МСЭ не явилась. В связи, с чем инвалидность была снята. Больная оставалась пассивной, вялой, не находила общего языка с матерью. Была не откровенна, иногда уходила из дома на несколько часов, не сообщая матери о месте своего нахождения. Состояние больной ухудшилось в конце полугода назад, нарушился сон, говорила, что уходит душа, плакала, заламывала руки. Боялась, что мать ее убьет. Госпитализирована в психиатрическую больницу бригадой «СП» по инициативе матери. В отделении первое время была напряжена, не доверчива, в переживаниях не раскрывалась. В дальнейшем стала подходить к больным и расспрашивать их о личной жизни, периодически что-то шептала. Постепенно под влиянием лечения состояние больной улучшилось, выровнялось настроение, стала доступной контакту. Однако в переживаниях до настоящего времени полностью не раскрывается, категорически отрицает, что у нее, когда-либо были галлюцинаторно-бредовые переживания. Отмечается повышенная сенситивность к обстоятельствам, связанным с интимными переживаниями, при рассказе о взаимоотношениях с мужчинами на глазах появляются слезы.

При психологическом обследовании выявлены отчетливые структурные нарушения мышления, эмоциональная амбивалентность.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 10

Больной Л., 52 года.

Личность изначально с чертами незрелости, замкнутостью, робостью, нерешительностью, в то же время с упрямством и капризностью. В возрасте 17 лет перенес септический эндокардит, имел инвалидность по заболеванию сердца. Психические расстройства появились с 20 лет, трижды лечился в психиатрической больнице с жалобами на пониженное настроение и тревогу, с преувеличением тяжести имеющихся нарушений со стороны сердца. В дальнейшем чувствовал себя хорошо, работал, создал семью, имел детей. Последние 15 лет полностью здоровым не был, постоянно имелся пониженный фон настроения с оттенком, недовольством окружающим, тревожностью. Стал раздражительным, замкнутым. Симптоматика сердечной патологии стала уменьшаться, ипохондрический компонент переживаний поблек. Все это время работал, сменил несколько мест работы в поисках более высокой зарплаты, уезжал в другой район. Жил все время в сельской местности, последние годы живет в одной деревне с родителями, брак распался, одинок. Работает оператором на водонапорной башне. Сам ведет домашнее хозяйство, занимается огородом, подрабатывает тем, что помогает соседям. Ведет замкнутый образ жизни, считает, что «при застое» жить было лучше, была неплохая зарплата, определенность. Постоянно наблюдается у психиатра, принимает поддерживающее лечение, несколько раз лечился в стационаре. В симптоматике на первый план выходят личностные сдвиги, хронически пониженный фон настроения. В последние годы ежедневно принимает феназепам, описывает, что утренний прием феназепама повышает ему настроение, «можно жить и работать», вечерний прием – нормализует сон. Прием феназепама увеличился до 4 таблеток в сутки. При отсутствии лекарства испытывает тревогу, раздражение, тахикардию, нарушения сна. Около 1 раза в месяц употребляет самогон, пьет 1- 2 дня. Считает, что алкоголь помогает ему «отвлечься от действительности».

При очередном поступлении в психиатрический стационар жаловался на снижение настроения, слабость, утомляемость, головные боли, раздражительность, нарушения сна, снижение памяти, боли во всем теле. Изредка перед засыпанием слышал оклики по имени голосом матери.

При беседе с больным в начале выглядел подавленным, вялым. Потом несколько оживился, стал отвечать на вопросы. С раздражением говорит, что его не так лечат, не назначили феназепам, что он не спал две ночи, голова «не соображает». Обижен на врача. Считает себя больным, свое заболевание четко не определяет, но относит к психической патологии, «что-то произошло с головой». Недоволен всем в окружающей действительности, отмечает улучшение состояния летом: «весной я оживаю, осенью – умираю». Описывает ряд симптомов соматического характера: головные боли, тахикардия, боли в сердце, но не очень обеспокоен этим. В поведении черты демонстративности, эмоционально живо реагирует на содержание беседы, временами становится напряженным, на скулах играют желваки. О будущем говорит, что будет «так и доживать».

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования**

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Профессиональное консультирование, обучение
и ресоциализация психиатрических больных»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 «Психиатрия»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.2.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Профессиональное консультирование, обучение и ресоциализация психиатрических больных»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы профилактики; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских 		

		<p>работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</p> <p>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нервно-психических заболеваний</p> <p>Умеет:</p> <p>- проводить самостоятельный прием психиатрических больных в диспансере</p> <p>Владеет:</p> <p>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой психиатрических больных</p>		
3.	ПК-8	<p>Знает:</p> <p>- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</p> <p>Умеет:</p> <p>- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</p> <p>Владеет:</p> <p>- дифференцированными методами реабилитации больных</p>		
4.	ПК-9	<p>Знает:</p> <p>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</p> <p>- организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</p> <p>Умеет:</p> <p>- формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет:</p> <p>- системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: <i>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i> Владеет: <i>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</i>	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
ПК-1	Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i> Владеет: <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-8	Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную,</i>	Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы,

	<p>немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p> <p>Владеет: применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>	<p>лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>
ПК-9	<p>Умеет: формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Отказ больного, несмотря на квалифицированное неоднократное разубеждение, признать отсутствие у него тяжелого соматического заболевания и вытекающие из этого настойчивые просьбы помочь ему, вылечить, спасти жизнь свидетельствуют о наличии у него:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) низкого интеллекта
- 2) рентных установок
- 3) ипохондрического бреда
- 4) ипохондрического отношения к болезни

Задание #2

Вопрос:

Групповая психотерапия противопоказана больным:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) с обычными жизненными трудностями
- 2) склонным к образованию бредовых идей отношения
- 3) психастенией
- 4) шизофренией в стадии ремиссии
- 5) психопатией возбудимого круга

Задание #3

Вопрос:

Оптимальным стилем руководства психотерапевтической группой является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) демократический
- 2) анархический
- 3) либеральный
- 4) авторитарный

Задание #4

Вопрос:

Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) трудность разграничения соматических ощущений и эмоций
- 2) невозможность предвидеть последствия своих поступков
- 3) трудность в вербализации чувств
- 4) затрудненность контактов с окружающими

Задание #5

Вопрос:

Эффект плацебо:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) следует избегать, так как он не позволяет оценить истинную эффективность применения подобранного лечения
- 2) следует избегать из-за возможности эффекта «отрицательного плацебо»
- 3) следует избегать по этическим соображениям
- 4) может и должен быть использован при фармакотерапии

Задание #6

Вопрос:

Методика парадоксальной интенции Франкла состоит в том, что:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) пациент неожиданно резко интенсивно начинает сопротивляться obsessions, fobias, намереваясь с юмором вытолкнуть их из души и более не впускать
- 2) пациент неожиданным для него интересным, захватывающим занятием, зрелищем отвлекается от болезненных расстройств
- 3) пациент искренне юмористически хочет, чтобы случилось то, что составляет содержание obsessions
- 4) пациент неожиданно перестает сопротивляться своим obsessions или fobias, дает им полную власть над собой и в этом страдании переживает душевный триумф

Задание #7

Вопрос:

Многолетний прием транквилизаторов

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) оказывает ноотропное действие
- 2) усиливает психоорганический синдром
- 3) не влияет на психоорганический синдром

Задание #8

Вопрос:

Пациент подавлен, заторможен, отмечает выраженное снижение настроения и суицидальные мысли. Какой антидепрессант в этом случае предпочтительнее?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) имипрамин (мелипрамин)
- 2) пароксетин (паксил)
- 3) amitriptylin (триптизол)
- 4) кломипрамин (анафранил)

Задание #9

Вопрос:

Побочные эффекты трициклических антидепрессантов включают в себя следующие, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) задержки мочеиспускания
- 2) нарушения четкости зрения
- 3) тахикардии
- 4) диареи
- 5) сухости во рту

Задание #10

Вопрос:

Стресс (по Г. Селье) - это:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) вид дистресса

- 2) защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором
- 3) неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром
- 4) нервное вредоносное напряжение

Задание #11

Вопрос:

Что из перечисленного является ведущим в терапии неврозов?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) психотерапия
- 2) транквилизаторы
- 3) антидепрессанты
- 4) нейролептики

Задание #12

Вопрос:

В основе гештальт-терапии лежит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) экзистенциализм
- 2) психоанализ
- 3) все перечисленное
- 4) бихевиоризм
- 5) гештальт-психология

Задание #13

Вопрос:

Индивидуальная психология особенно подчеркивает, что у всех духовно несчастных, неуверенных в себе невротиков (Адлер):

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) не было в детстве условий для развития социального чувства как источника мужества, оптимизма, уверенности в своих силах
- 2) не было здоровой душевной наследственности
- 3) были родители, склонные к ипохондрическим переживаниям
- 4) имеются врожденно неполноценные внутренние органы

Задание #14

Вопрос:

Для лечения обсессивно-компульсивных расстройств предпочтительнее из антидепрессантов:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) избирательные ингибиторы обратного захвата серотонина
- 2) обратимые ингибиторы МАО
- 3) неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов
- 4) необратимые ингибиторы МАО

Задание #15

Вопрос:

Пациент не отрицает что очень любит пить крепкий кофе, в этом случае эффект от транквилизаторов будет:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) повышен
- 2) снижен
- 3) не изменится

Задание #16

Вопрос:

К основным классическим клинико-психотерапевтическим принципам в работе с больными шизофренией относятся все перечисленные, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) принципа особого значения эмоционально-тесного контакта с врачом
- 2) эмоционально благотворного оживления пациента различными способами
- 3) доверительного обучения больного известной диссимуляции
- 4) активирование поведения как воздействия на психику, в конечном счете, через моторику
- 5) принципа критического наступления на бредовые и сверхценные, навязчивые построения

Задание #17

Вопрос:

Основами какого метода психотерапии являются понятия отношение фигуры и фона, осознание чувств и сосредоточенность на настоящем, единство и борьба противоположностей, функции и защиты, принятие ответственности на себя:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) клиентцентрированной терапии Роджерса
- 2) индивидуальной психотерапии Адлера
- 3) психоанализа
- 4) гештальт-терапии
- 5) аналитической психотерапии Юнга

Задание #18

Вопрос:

Защитный механизм, посредством которого неприемлемый импульс, чувство, желание или идея удаляются из сознания и становятся бессознательными, называется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) изоляция
- 2) вытеснение
- 3) рационализация
- 4) проекция
- 5) отрицание

Задание #19

Вопрос:

Для развития невроза первостепенное значение имеет

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) слабость иммунной системы
- 2) внутриличностный конфликт
- 3) органическая неполноценность мозга
- 4) хроническое соматическое заболевание

Задание #20

Вопрос:

Появление оговорки происходит обычно по причине (З.Фрейд):

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) утомления, рассеянности
- 2) противодействия двух различных намерений
- 3) соотношения звуков и слов (словесные ассоциации)
- 4) возбуждения, расстройства внимания
- 5) соматических расстройств

Задание #21

Вопрос:

Из перечисленного ниже бензодиазепинам свойственно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) уменьшение эмоционального напряжения
- 2) антибредовое действие
- 3) ноотропное действие
- 4) антидепрессивное действие

Задание #22

Вопрос:

Отказ онкологического больного признать факт заболевания скорее всего будет следствием:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) низкого интеллекта
- 2) бредовых идей
- 3) реакции личности на заболевание
- 4) депрессии

Задание #23

Вопрос:

Какой из нижеперечисленных признаков, симптомов является характерным, отличающим маскированные депрессии от других депрессий?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) суточные колебания настроения
- 2) суицидальные мысли
- 3) преобладание соматических жалоб
- 4) бредовые идеи самоуничтожения и самообвинения
- 5) навязчивые страхи

Задание #24

Вопрос:

Все душевные феномены в целом определяются стремлением (А.Адлер):

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) к нравственным поступкам
- 2) к эротическим переживаниям
- 3) к превосходству

4) к разрушению, агрессии

Задание #25

Вопрос:

Пациент 3 месяца назад перенес инфаркт, в связи с чем у него развилась тревожная депрессия. Для коррекции этого состояния врач назначил amitriptilin. Правильно ли поступил врач?

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Да
- 2) Нет

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больная А., 18 лет.

Наследственность отягощена: отец матери покончил жизнь самоубийством. Отец больной злоупотреблял алкоголем, проявлял агрессию и жестокость по отношению к родственникам, в связи с чем мать с ним развелась. Родной брат характеризуется замкнутостью, не имеет друзей. Больная родилась в срок, раннее развитие без особенностей, часто страдала простудными заболеваниями в раннем детстве, в связи с чем посещала специальное ДДУ. В школе училась с оценками «хорошо», конфликтов с окружающими не было. По характеру в меру общительная, любила обращать на себя внимание, имела подругу. Из перенесенных заболеваний отмечает пиелонефрит. В последние месяцы гастрит. В 7 классе перешла в другую школу, где плохо адаптировалась в коллективе. Снизилась успеваемость. После окончания школы ничем не занималась, большую часть времени проводила дома.

В последний год стала жаловаться на головную боль, неопределенные боли внутри. С этого же времени стала анализировать свою внешность и пришла к убеждению, что у нее некрасивый нос и зубы. Замечала, что окружающие видят в ней эти недостатки. Боялась выходить и показываться людям, так как улавливала насмешливые взгляды. Иногда незнакомые люди при виде ее прикасались к своему носу или зубам, намекая таким образом на ее уродство. Замкнулась, стала закрываться у себя в комнате, по ночам долго слушала музыку, настроение было пониженным. Стала вести дневник, в котором описывала свои переживания, связанные с недостатком внешности. Стала интересоваться возможностью проведения косметической операции. Надеялась, что мать прочитает ее дневник, который она оставляла на открытых местах. Однако мать была вынуждена много времени проводить на работе, в связи с чем не уделяла дочери достаточного внимания. Тогда больная нанесла себе поверхностные порезы на предплечье и испачкала кровью страницу дневника. Незначительные кровотечения прошли самостоятельно. В этот же день купила в аптеке упаковку Радедорма, которую выпила оставив коробку на виду. После этого находилась в оглушенном состоянии, однако родственниками это замечено не было. В связи с отсутствием реакции со стороны родных через два дня нанесла себе глубокие самопорезы, в связи с чем была доставлена в хирургическое отделение, где были наложены швы и дана рекомендация обратиться к психиатру. Была госпитализирована в психиатрическую больницу.

При поступлении: настроение понижено, раздражительна, высказывает недовольство своей внешностью. Тяготеет обстановкой в больнице. Капризна, отказывалась от больничной пищи. Госпитализацией недовольна, считает, что должна сделать косметическую операцию по коррекции носа и зубов (у больной обычные нос и зубы). Считает, что родные не хотят «тратиться» на операцию и поэтому поместили ее в психиатрическую больницу. Была недовольна палатой с большим количеством больных, лежала, отвернувшись к стене. Больной были назначены антидепрессанты, а в дальнейшем рisperone. В результате лечения состояние больной постепенно улучшилось. В настоящее время поведение упорядоченное, спокойна, пытается завязать отношения с молодыми людьми с мужского отделения. Продолжает высказывать недовольство своим

внешним видом, считает, что ее недостатки понижают ее самооценку и мешают ей нормально общаться с окружающими. В то же время соглашается, что окружающие не обращают внимания на дефект ее внешности. Суждения поверхностные, инфантильные. Требуется от матери, чтобы та обменяла 3-х комнатную квартиру на 2-х комнатную, а полученные деньги потратила на операцию, приобретение красивой одежды, поездку в Германию, чтобы попасть на концерт ее любимой группы. Говорит, что хочет быть похожа на солистку этой группы. Предъявила матери список своих требований. Больная склонна использовать суицидальные высказывания для шантажа окружающих по малозначительным поводам.

При обследовании психологом не выявлено структурных расстройств мышления. Отмечены характерологические черты незрелости, инфантильности, упрощения с преобладанием истероидных.

Была выписана домой в удовлетворительном состоянии. После выписки лекарства не принимала, к психиатру на прием не ходила. Через неделю тайком от семьи уехала в Москву, чтобы узнать в частной косметологической клинике о возможности проведения операции.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 2

Больной О., 42 года.

Ранее злоупотреблял алкоголем, сам больной эти сведения отрицает, говорит, что последние годы соблюдает трезвость. Вырос в детском доме. Считает себя ранимым, чувствительным. Был женат, брак расторгнут из-за измены жены. Говорит о том, что не любит людей, окружающий мир, «все попадались плохие люди, тянули к пьянству». Последние годы живет и работает у брата на ферме в деревне, пасет скот. Такой образ жизни нравится. Любит быть наедине с природой, «со мной собака, мне не скучно». После развода с женой с женщинами общался мало, все они чем-то его не устраивали. За последний год собрался устроить свою личную жизнь, так как «есть дом, есть работа». Однако вскоре после этого решения обнаружилось какое-то новообразование на яичке, был оперирован. После операции, несмотря на ее успешность, стал беспокоиться по поводу возможного развития импотенции, так как заметил ослабление эрекции. Считал, что жизнь кончена, думал только об этом, Настроение понизилось с чувством тревоги. Описывает, что «хорошие мысли ушли из головы как облако, остались только плохие». Нарушился сон и аппетит. Были суицидальные мысли. В связи с таким состоянием был госпитализирован в психиатрическую больницу.

При беседе с больным он рассказывает о своем состоянии достаточно откровенно. Обеспокоен фактом пребывания в психиатрическом стационаре, тяготится этим. Несмотря на то, что эрекция полностью не восстановилась, говорит об этом значительно спокойнее, конкретных планов на будущее не строит.

Невролог диагностирует резидуальную энцефалопатию.

По результатам экспериментально-психологического исследования выявлен высокий уровень невротизации, уровень психопатизации в зоне неопределенного диагноза. Диссоциативных расстройств мышления не выявлено. В тесте Шмишека преобладают демонстративные и тревожные черты.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 3

Больная К., 16 лет

Наследственность отягощена: все дети в семье обучаются в специальной школе, одному из братьев поставлен диагноз умственной отсталости. Живет с матерью и отчимом, братьями и сестрами. Развитие в раннем детстве без отставания. Сразу начала обучаться в специальной школе. В детские годы ставился диагноз энуреза, дислалии. Была спокойной, исполнительной, старательной, послушной. В школе училась неплохо. В течение последнего года стали возникать конфликты в школе с одноклассниками и дома с отчимом и сестрами. Стала грубой, упрямой, непослушной, конфликтовала дома и в школе. Любит драться. Несколько раз уходила из дома, проводила время в компании с асоциальными интересами, последний раз жила вне дома 3 месяца. В этой компании отношения складывались хорошо. С 13 лет употребляет алкоголь, пьет практически ежедневно. По ее словам, пьет «все, что горит: пиво, водку, самогон, спирт». Отмечается рост толерантности – до 0,5 литров самогона или водки или 5 литров пива в сутки. Утрачен рвотный рефлекс, начинает формироваться абстинентный синдром, изредка опохмеляется.

Госпитализирована в психиатрическую больницу в связи с нарушениями поведения. В отделении общается с молодыми по возрасту больными, вежлива с врачом, могла быть грубой с пожилыми больными. В отделении хорошо адаптировалась, соблюдала режим. Лидирует среди больных, с которыми общается. Следит за собой, аккуратна, использует косметику. Расстроилась и долго плакала, когда плохо по ее мнению справилась с психологическим тестом.

При беседе держится напряженно, глаза опущены, руки теребят пояс от халата. Времена смотрит в глаза, взгляд живой, эмоциональные реакции достаточно живые. Отвечает односложно. Отказалась рассказывать о сути домашних конфликтов. Хорошо ориентируется в бытовых вопросах, понимает смысл задаваемых вопросов, отвечает без раздумий. Сравнения производит по существенным признакам. У нескольких пословиц не смогла найти переносный смысл, при этом волновалась, почти сразу отказывалась отвечать, говорила, что не знает, конкретных ответов при этом не давала. Суждения носят легковесный характер, несерьезна. В то же время планирует получить специальность, работать. С формальной критикой относится к своему поведению.

По результатам психологического исследования выявлены интеллектуальные нарушения по типу педагогической запущенности.

Невролог диагностирует резидуальные явления минимальной мозговой дисфункции.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 4

Больной Т., 28 лет.

Воспитывался матерью и бабушкой в условиях гиперопеки. Получил в академии специальность инженера-механика. После окончания академии в течение года отслужил в ВМФ. Вернувшись из армии, создал свой бизнес, занимался продажей и установкой дверей. Женат, в семье 3-х месячный ребенок. В настоящее время, поскольку отношения с женой ухудшились, проживает с матерью. В течение жизни всегда был общительным, активным, имел много друзей. Тяжелых соматических заболеваний в течение жизни не переносил. Полтора года назад попал в автомобильную аварию, получил перелом левой голени, ребер, сотрясение мозга. В течение жизни отмечались эпизоды злоупотребления спиртными напитками (влечение отрицает). Несколько раз пробовал курить ананас, не понравилось. Курит сигареты. Не судим.

Первый опыт общения с игровыми автоматами произошел на 4 курсе института, когда больному было 22 года. Сразу стал регулярно посещать игровые клубы. Начал занимать деньги у знакомых, попал в долги. Во время службы в ВМФ ни разу не играл, при этом чувствовал себя хорошо, но после возвращения из армии сразу же снова начал посещать игровые клубы, частота игры постоянно возрастала (играл регулярно, иногда несколько раз в день), постоянно увеличивал ставки. Во время игры часто алкоголизировался. После закрытия в городе игровых клубов играть прекратил. Чувствовал себя хорошо. Много работал, в это время успешно развивался бизнес. В этот период вступил в брак. Два года назад вновь начал посещать игровые клубы и казино (в Ярославле),

ежедневно ездил туда. Психическое состояние стало неустойчивым, появились раздражительность, тревожность, беспокойство, колебания настроения. Совершил суицидальную попытку (перерезал вены) после того, как проиграл кредит, взятый на ремонт (ранее для расплаты с долгами был вынужден продать квартиру). Был вынужден закрыть магазин. В связи с полученной в автоаварии травмой временно прекратил играть. Через полгода вновь начал регулярно посещать игровые клубы. Заключил удачную сделку по продаже дверей, но все полученные деньги проиграл. В связи с этим совершил повторную суицидальную попытку (пытался внутривенно ввести раствор хлористого калия). В связи с ухудшением психического состояния самостоятельно обратился к участковому психиатру, который направил больного в стационар.

При поступлении был в пониженном настроении, эмоционально лабилен. Предъявлял жалобы на тревожные мысли, бессонницу, снижение аппетита, эмоциональную неустойчивость, чувство постоянного напряжения. Выглядел подавленным, на глазах слезы, говорил о том, что «потерял смысл жизни», «внутри что-то сломалось», «изменился, потерял прежние интересы», стал пассивным. Во время беседы постепенно успокоился, просил о лечении. При разговоре об игровых автоматах оживился. Описывал очень сильное влечение, которому не может противостоять, постоянное, повторяющееся участие в азартных играх, чувство стыда, «позора», которое испытывает потом. В не помраченном сознании. Ориентирован полностью верно. Мышление в обычном темпе, последовательное. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Память не изменена. Критически относится к своему состоянию.

Тест Равена: iq менее 100 (интеллектуальная эффективность на нижней гр. нормы), тест УНП: уровень невротизации в зоне неопределенного диагноза, уровень психопатизации повышен. Тест Шмишека: гипертимический (18), экзальтированный (18) тип. Тест Басса-Дарки: высокий уровень физической, косвенной, вербальной агрессии, негативизма, враждебности, чувства вины, общей агрессивности. Заключение психолога: на момент обследования выявлены признаки преобладания в структуре личности зависимого и экзальтированного компонентов, склонности к эмоциональным неэффективным формам реагирования.

В результате проведенного лечения состояние постепенно улучшилось, стал более спокойным, уравновешенным, самостоятельно отмечал улучшение. Уходил в лечебный отпуск, во время которого воздерживался от участия в азартных играх. В групповых психотерапевтических занятиях проявил достаточно большую активность, охотно участвовал в обсуждении своих проблем. Имеет позитивные жизненные установки. Намерен продолжить психотерапевтическое лечение амбулаторно.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 5

Больной М., 20 лет.

Находился на стационарном обследовании в психиатрической больнице. Поступил впервые по направлению РВК для решения вопроса о годности к военной службе.

Третий ребенок в семье. Родился от нормально протекавшей беременности и родов. Детский сад не посещал. С детства отмечались нарушения речи, в связи с чем обучался в школе для детей с расстройствами речи. Закончил 9 классов. Со школьной программой справлялся. Был достаточно общительным, имел много друзей. В характеристике из школы отмечено следующее: «по характеру достаточно самолюбивый, легко ранимый, застенчивый, болезненно относится к замечаниям, довольно тяжело переживает неудачи в учебе». После школы закончил училище по специальности «станочник». В настоящее время не трудоустроен. Проживает с родителями. Взаимоотношения в семье хорошие. Мать считает, что по характеру сын неуравновешенный, мнительный, робкий, стеснительный, неуверенный, тяжело переносит трудности.

Из перенесенных заболеваний: коклюш, варикоцеле. В возрасте 13-14 лет амбулаторно лечился у невролога по поводу навязчивых движений, мыслей. Должен был два раза закрывать за собой дверь, обходить спичечный коробок, зажигалку, если они попадались на дороге, т.к. боялся пожара, при письме должен был особым образом переносить слова. В последствие эти переживания прошли. В течение последнего года отмечает повышение АД. Алкоголь употребляет эпизодически без признаков зависимости.

При беседе с врачом держится уверенно. Жалуется на повышенную раздражительность, головные боли, плохой сон. Отвечает по существу, достаточно подробно. Мышление последовательное, в обычном темпе. Абстрагирование доступно. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. В не помраченном сознании. Ориентирован полностью верно. Во время беседы грубой патологии памяти, интеллекта, внимания не обнаруживает. Запас знаний соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоционально неустойчив, активно возмущается режимом отделения, сроками обследования, заявил врачу, что это «бред». Настроение патологически не изменено. Критичен. К службе в армии относится отрицательно.

Неврологическое состояние. ЧМН без патологии. Выраженные вазовегетативные реакции. Заключение невролога: «Вегето-сосудистая дистония по смешанному типу».

Тест ММИЛ: личность с преобладанием черт психастенического типа: неуверенность в своих возможностях, склонность к сомнениям, повышенное внимание к отрицательным сигналам. Стремление к безопасности и порядку. Реакции на стресс – избегание неудач, отказ от действий. Часто испытывает чувство тревоги, беспокойства.

Тест Равена: IQ более 100 (интеллектуальная эффективность соответствует средней норме. УНП: уровень невротизации в зоне неопределенного диагноза (на границе нормы и патологии), высокий уровень психопатизации. Тест Шмишека: циклотимический (21), экзальтированный (18), тревожный (18), демонстративный (14) тип. Тест Айзенка: значительная интроверсия, средняя эмоциональная нестабильность, меланхолик. Тест Басса-Дарки: высокая склонность к раздражению, высокий уровень чувства вины.

Заключение психолога: на момент обследования на первый план выступают признаки повышения уровня тревожности у личности эмотивного типа.

За время обследования режим отделения не нарушал. Время проводил среди сверстников. Часто жаловался на головные боли. Отмечались проявления неуравновешенности, эмоциональной неустойчивости. На фоне психоэмоционального напряжения легко возникали стойкое повышение артериального давления, сопровождающееся раздражительностью, колебаниями настроения, головными болями.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 6

Больной Б., 21 года.

Находился на стационарном обследовании в психиатрической больнице. Поступил впервые по направлению РВК для решения вопроса о годности к военной службе.

Психически больных в семье нет. Отец злоупотреблял алкоголем. 4-й ребенок в семье (2-е старших братьев в армии не служили). Беременность у матери протекала без осложнений, роды протекали тяжело. В периоде новорожденности по данным амбулаторной карты диагностированы: «Правосторонняя внутриутробная пневмония. Правосторонняя врожденная мышечная кривошея. Перинатальная энцефалопатия гипоксическая, токсическая энцефалопатия средней тяжести, ранний восстановительный период, синдром двигательных нарушений. Дисплазия тазобедренных суставов. Врожденный артроз». Посещал детский сад. Обучался в общеобразовательной школе с 7 лет. Отмечает, что периодически были конфликты с учителями, вплоть до того, что его выгоняли из класса, когда он начинал отстаивать свое мнение, вступал в пререкания с преподавателями. Закончил 9 классов. В школьной характеристике отмечено следующее: «По основным предметам

успевают на «3», Больше любит общаться с девочками. Поведение при общении ситуативное: может быть вежливым и вести себя культурно, а может и наругать. Реакция на критику старших – обида и грубость. Интеллект пониженный. Объем памяти небольшой. Волевые качества в учебе проявляются слабо. Уверенность зависит от ситуации. Ошибок в своем поведении не признает». После школы окончил техникум по специальности «организация обслуживания в сфере сервиса». В настоящее время учится в международном институте управления на заочном отделении. Курит. Алкоголь употребляет эпизодически без признаков зависимости. Проживает с матерью и одним из братьев. С матерью часто ссорится. Она описывает его характер как неуравновешенный, раздражительный, взрывной, отмечает перепады настроения, скрытность.

При поступлении держался напряженно был эмоционально-неустойчив, заявлял о нежелании служить в армии, поскольку «не готов». При беседе с врачом был в не помраченном сознании. Ориентирован верно. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не обнаруживал. Настроение патологически не изменено. Мышление в обычном темпе, последовательное. Абстрагирование доступно. Расстройств памяти, интеллекта при беседе не обнаруживал. Запас знаний соответствует возрасту и полученному образованию. К службе в армии относится отрицательно, боится. Говорил, что не любит большие скопления людей, оружие, вид крови, при этом испытывает дискомфорт, беспокойство. По характеру считал себя общительным, вспыльчивым, легко ранимым. Подвергался унижениям, насмешкам в компании более старших ребят, защитить себя не мог. Часто испытывал насмешки из-за того, что отец злоупотреблял алкоголем, в связи с этим в дошкольном возрасте прекратил общение со сверстниками, замкнулся, в течение года не выходил гулять. После смерти отца (когда обследуемому было 15 лет) в течение нескольких месяцев был в пониженном настроении, стал замкнутым, раздражительным, резко снизилась успеваемость. Во время учебы в школе часто дрался, поскольку был очень вспыльчивым. Отмечает, что больше любит общаться с девочками, поскольку с ними чувствует себя в большей безопасности, чем с лицами мужского пола. При этом отношения с противоположным полом редко бывают продолжительными. По причине боязни редко посещает дискотеки, не любит большие скопления людей. Отмечает перепады настроения без видимой причины. Во время беседы отмечались черты демонстративности, проявления эмоциональной лабильности. На лице легко возникала вегетативная реакция. Легко поддавался на провокационные вопросы, при этом становился напряженным, замыкался, замолкал, на глазах выступали слезы.

Заключение невролога: вегето-сосудистая дистония, смешанный тип.

Тест Равенна: IQ менее 100 (интеллектуальная эффективность на нижней границе нормы). УНП: высокий уровень невротизации (возможно, невроз), психопатизации. Тест Шмишека: акцентуация по застревающему (18), эмотивному (18), тревожному (18), циклотимическому (21), возбудимому (21), экзальтированному (18) типу. Тест Айзенка: значительная интроверсия, высокая эмоциональная нестабильность у меланхолика. Тест Баса-Дарки: высокий уровень физической, вербальной агрессии, негативизма, враждебности, подозрительности, общей агрессивности, враждебности, чувства вины, высокая склонность к раздражению. ММИЛ: сенситивно-психастенический тип.

Заключение психолога: на момент обследования выявлены признаки эмоциональной неустойчивости при наличии рентной установки у испытуемого.

На отделении длительное время был замкнутым, держался в одиночестве, ни с кем не общался. Часто жаловался на колебания настроения, пониженное настроение, плохой сон, поведение соседей по палате. В беседах с врачом регулярно высказывал опасения по поводу службы в армии. Пребыванием в отделении тяготился, часто просил отпустить его домой, при отказе становился раздражительным, открыто высказывал недовольство. В поведении отмечались черты демонстративности, неуравновешенности, эмоциональной лабильности.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Больной Б. 33-х лет.

Наследственность психопатологически неотягощена. Имеет высшее образование, работает не по специальности около 10 лет начальником охраны и личным телохранителем директора частного предприятия. Работа требует постоянной мобилизации, последние годы постоянно чувствовал напряжение. Около года стал чаще выпивать, до нескольких раз в неделю. Пил, чтобы снять напряжение. Уровень толерантности колеблющийся, однако, есть тенденция к ее общему росту. Контроль не утрачен. После массивной алкоголизации испытывал на следующий день «мутное состояние», пытался опохмеляться, но это приводило к ухудшению самочувствия. В последние месяцы взял кредит на бытовые нужды. Однако в связи с кризисом перестал получать зарплату в полном объеме, расплатиться с кредитом не смог, сумма долга существенно увеличилась, из банка постоянно звонили и требовали его погашения. Состояние изменилось за 5 дней до поступления в больницу. Из-за гордости не решался обратиться за помощью к родным и друзьям. Возникла тревога, чувство безысходности, переживал, что «не может духовно расти». Объяснял это тем, что из-за финансовых трудностей не в состоянии даже покупать себе книги. Родные и знакомые описывают, что в эти дни больной стал возбужденным, подозрительным, был напряжен, говорил о сговоре против него, выражался намеками, недомолвками, считал, что друг, девушка в этом замешаны, замечал подслушивающие устройства у себя дома. Спрашивал друга по телефону: «...к тебе уже приходили?». В состоянии алкогольного опьянения совершил суицидальную попытку, глубоко порезав себе шею. Сопrotивлялся при проведении обработки раны, пытался выпрыгнуть из окна в хирургическом отделении. В психиатрическую больницу был доставлен по СП. Говорил, что хочет умереть, что «уже мертвый». В отделении говорил о том, что вокруг него ведется «какая-то игра», «какой-то мухлеж». На фоне лечения психические расстройства быстро купировались, поведение стало упорядоченным. При беседе спокоен, приветлив, Настроение хорошее. Эмоции живые и адекватные. Говорит о перенесенных расстройствах с критикой, считает их «ненормальностью». Сказал, что вынес уроки из происшедшего, теперь психологически «стал сильнее». О суицидальной попытке говорит как о глупости, сожалеет о ней. Считает, что в трезвом состоянии такого не сделал бы. Переживания острого периода раскрывает неохотно, отрицает враждебность со стороны окружающих. Пояснил, что в понятие «игра» вкладывал формальность и неискренность поведения окружающих, которые успокаивали его по поводу ситуации с долгом, чем вызывали раздражение. Строит реальные планы на будущее.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 8

Больной С., 39 лет.

Наследственность психопатологически неотягощена. Родился и рос в детстве здоровым ребенком. Посещал ДДУ. В школу пошел с 7 лет, учился «средне». Закончил 8 классов, техникум, получил специальность техника-технолога. Служил в ВВС, демобилизован на общих основаниях. С детства отличался закомплексованностью, испытывал трудности в общении. В течение всей жизни адаптировался в разных коллективах хорошо, в конфликты не вступал. Предпочитал читать и фантазировать. Женился на девушке, с которой был знаком с младшего школьного возраста. Брак считает удачным, имеет двух детей. В течение последних лет работал у частного предпринимателя. На протяжении последних 10 лет стал часто употреблять алкоголь. Пил преимущественно крепкие сорта пива по полтора литра. Отмечались запои до трех недель длительностью, когда выпивал по полтора литра пива ежедневно. Отмечает амнезии опьянения. Количественный контроль утрачен. Иногда опохмеляется. Последняя алкоголизация за полторы недели до госпитализации в психиатрическую больницу. За последний год на работе сложилась психотравмирующая ситуация. Больной был необоснованно обвинен в невозвращении 100 тысяч рублей долга. Был уволен с работы. Новая работа оказалась более сложной и менее прибыльной. На прежней работе подали на больного исковое заявление в суд. Психические расстройства развились остро, за три дня до

госпитализации. Стал испытывать тревогу, появились голоса в голове, которые угрожали и приказывали убить близких, больной задавал голосам мысленные вопросы, а они ему отвечали. Считал, что на него действует посторонняя сила через радиоволны. Считал, что на нем долг в два миллиона рублей, и за ним следят криминальные структуры. Замечал, что на улице посторонние смотрят на него по-особому. Считал, что вместо матери к нему подослали другого человека, похожего на мать. Жена также была подделана криминальными структурами, потому что на улице все рекламные надписи говорили о смерти, а при сложении номеров проезжающих машин всегда получалась цифра 13. Больной счел ситуацию невыносимой и решил покончить жизнь самоубийством, совершил самопорезы на запястьях. Однако сам обратился за помощью. В психиатрическую больницу был доставлен в порядке экстренной госпитализации. В первое время в отделении был тревожен, недоверчив, переживания раскрывал плохо. Настроение было пониженным. Говорил, что он виноват перед семьей, которую разорил. Боялся, что могут отнять квартиру за долги. На 4-й день госпитализации был осмотрен психологом, при этом были выявлены структурные расстройства мышления. В процессе лечения состояние больного значительно улучшилось. Стал спокоен, доступен контакту, появилась критика к болезни. Однако критика не является полной. Больной не до конца отделил бредовые переживания от реальных событий. В отделении поведение упорядоченное. Общение в отделении избирательное. Интересуется сроком выписки. Мышление достаточно последовательное. Структурных расстройств мышления при беседе выявить не удалось.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 9

Больной К., 11 лет.

Наследственность отягощена: отец вспыльчивый по характеру, злоупотребляет алкоголем, часто конфликтовал с матерью, семью оставил. Ребенок с детства отставал в психофизическом развитии, возрасте 2,5 лет перенес инфекционный мононуклеоз, после этого более трех лет не разговаривал. С этого времени находится под наблюдением участкового психиатра. В общеобразовательной школе не справлялся с учебной программой, в связи с чем во втором классе был переведен во вспомогательную школу. По характеру детства был общительный, читал стихи, выступал на праздниках художественной самодеятельности. В школе отношения с соучениками устанавливались трудно, подвергался насмешкам, стал более замкнут, утратил интерес к школьным предметам. В течение последнего года усилилась замкнутость, периодически разговаривал сам с собой. Последний месяц перед госпитализацией появилась дурашливость, стал называть себя «Хрюшей», стал «хрюкать». Иногда проявлял агрессию к матери. В стационар направлен психиатром диспансерного отделения. В отделении режим не нарушает, спокоен. Первое время контакт с больным был нарушен, в ответ на вопросы «хрюкал». Постепенно состояние больного улучшилось. Стал доступен продуктивному контакту, ничем особо себя не проявлял. Смотрел телевизионные передачи. Активно к общению не стремился. Проводилось лечение rispoleptom и тизерцином, больному был предоставлен лечебный отпуск, провел дома 10 дней. Все это время вел себя адекватно. После возвращения в отделение ведет себя спокойно, охотно вступает в контакт. Однако в сложных ситуациях, требующих психического напряжения вновь называет себя поросенком «Хрюшей», при этом улыбается, реагирует на юмор собеседника. Словарный запас беден, уровень знаний и информированности не соответствует возрасту. Активной психотической симптоматики у больного не выявлено.

Заключение невролога: резидуальная внутриутробная энцефалопатия.

Заключение психолога: выявлены признаки выраженного изменения процесса мышления, слабость процессов абстрагирования, снижения критичности.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).

2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).

3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 10

Больная Б., 38 лет.

Наследственность отягощена пьянством отца, с которым мать развелась, когда больной было 5 лет. В дальнейшем воспитывалась матерью и отчимом, который так же злоупотреблял алкоголем. С детства была спокойной, в меру общительной, упрямой. В школу пошла в срок, отношения с окружающими всегда были ровными. В возрасте 14,5 лет при праздновании Нового года с друзьями была грубо изнасилована тремя молодыми людьми старше ее. Тяжело переживала этот факт, замкнулась в себе, о случившемся ни кому не рассказывала. В течение длительного времени было пониженное настроение. Через полтора года мать заметила, что в характере дочери произошли перемены, и при настойчивом расспросе больная ей обо всем рассказала. В течение длительного времени решался вопрос о возбуждении уголовного дела, однако в конечном итоге больная возбуждать уголовное дело отказалась из-за боязни мести со стороны обидчиков. После окончания школы окончила бухгалтерские курсы, работала по специальности. Отношения с коллегами по работе были неустойчивыми, так как больная не стремилась поддерживать общение с ними, была замкнутой и хмурой.

В возрасте 28 лет вступила в интимные отношения с молодым человеком. Испытывала к нему выраженное чувство любви, хотела выйти за него замуж. Через несколько месяцев в результате ДТП получила перелом ноги и другие травмы, в результате чего была определена 3 группа инвалидности. Вскоре ее друг разорвал с ней отношения, объяснив это тем, что ему «инвалидка» не нужна. Тяжело переживала разрыв, пыталась восстановить с ним отношения, несмотря на то, что он вскоре женился, была уверена в том, что он по-прежнему ее любит. Часто звонила ему на мобильный телефон, посылала смс, подстерегала на улице. Требовала развестись с женой и жениться на ней. Несмотря на категорические заявления мужчины, что их отношения навсегда закончились, продолжала его преследовать, была убеждена, что он совершает ошибку, расставшись с ней. Такое поведение продолжалось около года. Была госпитализирована в психиатрическую больницу по заявлению этого мужчины, после того, как начала звонить с угрозами его жене. После выписки еще примерно год продолжала преследование бывшего возлюбленного, еще раз по этой же причине находилась в психиатрической больнице. После выписки наблюдалась в ДО, постоянно принимала транквилизаторы, а в дальнейшем нейролептики. Постепенно мысли о «возлюбленном» ушли, охладела к нему. В это время познакомилась с другим мужчиной, вскоре на фоне прекращения месячных появились мысли, что она беременна. Замечала, что у нее увеличивается живот, шила детскую одежду. Продолжала наблюдаться амбулаторно психиатром, регулярно принимала лекарства. Постепенно мысли о беременности прошли. В это время была установлена инвалидность сначала 3, а потом и 2-ой группы по психическому заболеванию. Не работала.

Через несколько лет у больной прекратились месячные и снова появились мысли о беременности. Обращалась к гинекологу, но диагноз беременности был отвергнут. Одновременно появилось нагрубание молочных желез с выделениями. Обследовалась различными специалистами, но причина такого состояния не была определена. Тогда самостоятельно прекратила прием нейролептиков и вскоре проблема с молочными железами исчезла. Однако с этого времени стала тревожной, внимание фиксировала на своем соматическом здоровье, не верила заключениям врачей. В связи с усилением тревоги, бессонницы и выраженным моторным беспокойством была госпитализирована в психиатрическое отделение.

В первые дни оставалась тревожной, постоянно требовала обследования у различных специалистов, внимание было фиксировано на своих соматических ощущениях. Постепенно под влиянием лечения больная стала спокойнее, исчезли ипохондрические высказывания, появилась частичная критика к болезни. В настоящее время больная посещает ПРО, интересуется возможностью выписки. Поведение упорядоченное, общается с окружающими. При беседе

отмечается живость эмоциональных реакций, мышление последовательное, структурные расстройства не выявлены. Невропатологом и терапевтом патологии не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Пивной алкоголизм»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 «Психиатрия»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.2.2

1. Паспорт ОС по дисциплине «Пивной алкоголизм»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения

		<p>здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 		
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии в условиях диспансера и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы профилактики; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии - санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нервно-психических заболеваний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием психиатрических больных в диспансере <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой психиатрических больных 		
4.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма - общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и 		

		<p><i>специальных методов диагностики</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования</i> - <i>основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ</i> - <i>клиническая симптоматика патологических состояний</i> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>получить информацию о заболевании</i> - <i>применить объективные методы обследования больного</i> - <i>выявить общие и специфические признаки нервно-психического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной помощи (психомоторное возбуждение, эпилептический статус, суицидально-агрессивное поведение)</i> - <i>оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния</i> - <i>определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, патопсихологических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты</i> - <i>определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных нервно-психических заболеваний, обосновать клинический диагноз</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>методикой расспроса больного</i> - <i>методикой наблюдения за пациентом</i> - <i>методикой сбора анамнестических и катамнестических сведений</i> - <i>методикой психопатологического анализа получаемой информации</i> - <i>методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в психиатрии</i> 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>клинику, дифференциальную диагностику, терапию и профилактику психических заболеваний</i> 		

		<p>- клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях</p> <p>- принципы, приемы и методы психофармакотерапии, вопросы интенсивной терапии психозов</p> <p>- основы фармакотерапии при различных формах эпилепсий, пограничных заболеваниях, психических нарушениях при мозговых инфекциях и черепно-мозговых травмах</p> <p>Умеет:</p> <p>- оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния</p> <p>- оказать необходимую срочную первую помощь при психомоторном возбуждении (выбор психотропных препаратов, способа введения)</p> <p>- обосновать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению психофармакотерапии, психотерапии, лечебной педагогике; разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания</p> <p>- обосновать медикаментозную терапию, определить показания и длительность курса лечения</p> <p>Владеет:</p> <p>- методиками диагностики и подбора адекватной терапии конкретной психиатрической патологии</p> <p>- методиками преодоления терапевтической резистентности при лечении психотропными препаратами.</p> <p>- методиками распознавания и лечения следующих неотложных состояний (психомоторное возбуждение эпилептический статус; острая сердечная и дыхательная недостаточность при фебрильных психозах; отказ от еды; депрессивное состояние с суицидальными тенденциями; острое бредовое состояние; психопатоподобное возбуждение с агрессивностью и аутоагрессивностью)</p>		
6.	ПК-8	Знает:		

		<p>- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</p> <p>Умеет:</p> <p>- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</p> <p>Владеет:</p> <p>- дифференцированными методами реабилитации больных</p>		
7.	ПК-9	<p>Знает:</p> <p>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</p> <p>- организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</p> <p>Умеет:</p> <p>- формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет:</p> <p>- системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
--------------------	------------------	---------------------

УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
УК-2	<p>Умеет: управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p> <p>Владеет: управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>
ПК-1	<p>Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>

	<i>состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	
ПК-6	Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</i> Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</i>	Умеет: <u>Не способен к ведению и лечению</u> <i>пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи обследования.</i>
ПК-8	Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i> Владеет: <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации санаторно-курортном лечении</i>	Умеет: <u>Не способен применять</u> <i>природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i>
ПК-9	Умеет: <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i> Владеет: <i>системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i> <i>выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</i>	Умеет: <u>Не способен формировать у</u> <i>пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Синдром измененной реактивности включает все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) изменения формы потребления одурманивающего вещества
- 2) появления абстинентного синдрома
- 3) изменения толерантности
- 4) исчезновения защитных реакций при передозировке
- 5) изменения формы опьянения

Задание #2

Вопрос:

Что является наиболее эффективной терапией алкогольного бреда ревности

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) психотерапия
- 2) условно-рефлекторная терапия
- 3) лечение нейролептиками
- 4) лечение у сексопатолога

Задание #3

Вопрос:

Для алкогольного абстинентного синдрома не характерны

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) потливость
- 2) тахикардия
- 3) сухость во рту
- 4) тремор пальцев рук
- 5) заложенность носа и риноррея

Задание #4

Вопрос:

Алкоголизм представляет собой

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) хроническое психическое заболевание
- 2) острое отравление алкоголем
- 3) вредную привычку
- 4) психосоматическое заболевание

Задание #5

Вопрос:

Психическое (первичное, обсессивное) влечение к алкоголю в 1 стадии алкоголизма

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) ситуационно обусловлено и сопровождается борьбой мотивов
- 2) ситуационно обусловлено и не сопровождается борьбой мотивов
- 3) не связано с ситуациями традиционного употребления алкоголя

Задание #6

Вопрос:

Для неосложненного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) интенсивного влечения к опохмелению
- 2) физического дискомфорта
- 3) иллюзорного восприятия
- 4) выраженных вегетативных расстройств

Задание #7

Вопрос:

Укажите наиболее типичное для алкогольной деградации эмоциональное расстройство

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эмоциональное огрубение
- 2) апатия
- 3) эмоциональная лабильность
- 4) амбивалентность

Задание #8

Вопрос:

Для алкогольной полинейропатии характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) парестезии
- 2) снижения болевой и температурной чувствительности
- 3) наличия многочисленных трофических язв
- 4) болей по ходу периферических нервов

Задание #9

Вопрос:

Длительность алкогольного абстинентного синдрома составляет

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) не более суток
- 2) не более трех дней
- 3) около недели
- 4) около месяца

Задание #10

Вопрос:

Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю
- 2) утраты защитного рвотного рефлекса
- 3) роста толерантности в 2-4 раза
- 4) компульсивного характера влечения
- 5) снижения количественного контроля

Задание #11

Вопрос:

Во II стадии заболевания форма потребления алкоголя чаще всего проявляется по типу

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) псевдозапоев
- 2) постоянного пьянства на фоне низкой толерантности
- 3) постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
- 4) истинных запоев

Задание #12

Вопрос:

Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) утрату ситуационного контроля
- 2) снижение толерантности к алкоголю
- 3) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 4) высокая толерантность

Задание #13

Вопрос:

Форма злоупотребления алкоголем в III стадии заболевания может проявиться всем указанным, исключая

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) истинные запои
- 2) перемежающееся пьянство
- 3) постоянное пьянство на фоне низкой толерантности
- 4) псевдозапои

Задание #14

Вопрос:

При формировании алкоголизма у женщин, по сравнению с мужчинами

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) соматическая патология тяжелее и развивается быстрее
- 2) хуже прогноз, ниже курбельность заболевания
- 3) чаще развиваются психозы
- 4) все перечисленное неверно

Задание #15

Вопрос:

Предельное содержание алкоголя в пиве, полученном путем естественного брожения, составляет не более:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) 3%
- 2) 4%
- 3) 5%
- 4) 6%
- 5) 7%

Задание #16

Вопрос:

Согласно законодательству пиво может продаваться лицам старше:

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) 16 лет.
- 2) 17 лет.
- 3) 18 лет.
- 4) 19 лет.
- 5) 20 лет.
- 6) 21 лет.

Задание #17

Вопрос:

Темп формирования зависимости при злоупотреблении пивом по сравнению с другими видами алкоголя:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Более высокий.
- 2) Менее высокий.
- 3) Не отличается.
- 4) Зависит от качества пива.
- 5) зависит от концентрации алкоголя в пиве.

Задание #18

Вопрос:

К числу симптомов «пивного» алкоголизма относятся все кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Ожирения.
- 2) Половой дисфункции.
- 3) Отека лица.
- 4) Энуреза.
- 5) Бессонницы.

Задание #19

Вопрос:

Эффективность лечения «пивного» алкоголизма по сравнению с другими его видами:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Выше.
- 2) Ниже.
- 3) Одинаковая.
- 4) Таких данных нет.
- 5) Зависит от крепости пива.

Задание #20

Вопрос:

Можно ли использовать безалкогольное пиво больным алкоголизмом в ремиссии.

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Можно всем.
- 2) Можно только мужчинам.

- 3) Можно только женщинам.
- 4) Нельзя.
- 5) Можно по согласованию с врачом.

Задание #21

Вопрос:

При «пивном» алкоголизме преобладающей формой потребления алкоголя является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Непрерывная.
- 2) Псевдозапойная.
- 3) Дипсоманическая.
- 4) Перемежающаяся.
- 5) Все в равной степени.

Задание #22

Вопрос:

Является ли переход населения на пиво способом понизить потребление алкоголя в пересчете на абсолютный алкоголь:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Является.
- 2) Не является.
- 3) Является только при потреблении слабоалкогольного пива.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

К наркологу обратился мужчина 30 лет. Себя больным не считает, пришел «для проверки» по настоянию жены. Жена считает, что он болен алкоголизмом, с чем он категорически не согласен. Сообщил о себе следующее. Первая проба алкоголя в 14 лет с друзьями. Выпил небольшое количество слабоалкогольного коктейля, было весело, танцевал на дискотеке. В дальнейшем алкоголь употреблял эпизодически в небольших количествах. Отслужил полный срок в армии. После демобилизации долго не мог найти себе работу, поскольку то, что предлагали, не давало достойной зарплаты. Подрабатывал на разных работах без оформления трудовых отношений. В это время стал употреблять пиво, сначала в компании после работы, а потом и в одиночестве. Женился в возрасте 22 лет. Сейчас живет с женой, имеет сына 4 лет. Отношения с женой напряженные. Считает, что жена к нему придирается, хотя он выпивает только по одной бутылке пива в день. Работает мастером отделочником, не прогуливает, в пьяном виде не скандалит, не опохмеляется. При соматическом осмотре отмечается одутловатость лица, отложение жира на животе по женскому типу.

Вызвана для беседы жена, которая сообщила, что больной с начала совместной жизни употребляет алкоголь (преимущественно пиво) почти ежедневно. Выпивает после работы 1 бутылку 1,5 литра крепкого пива (около 8% алкоголя). Приходит домой и ложится спать. Не скандалит. Иногда не помнит событий, происходивших в период опьянения. Утром чувствует себя плохо, однако перед работой алкоголь не употребляет, откладывая выпивку на вечернее время. Утратил прежние интересы, снизилось половое влечение, появилась эректильная дисфункция.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Задача №2

Пациент 18 лет, мужской пол. Направлен по линии РВК для обследования. Поводом для направления послужили сведения о регулярном употреблении пива. Из анамнеза. Отец страдает алкоголизмом, наблюдается в наркологическом диспансере. Семья распалась, когда обследуемому было 3 года. Воспитывался матерью в условиях гипоопеки. Тяжелыми соматическими заболеваниями не болел. Ранее развитие своевременное. Посещал ДДУ. В школу пошел 7 лет. Окончил 9 классов и ПТУ, получил специальность строителя. С детских лет отличался повышенной возбудимостью, неусидчивостью. В школе на занятиях отвлекался на посторонние дела, из-за чего возникали конфликты с учителями. Извинялся за свое поведение, но вскоре все возвращалось к прежнему. Учился посредственно, пропускал занятия без уважительных причин. В 7 классе подружился с компанией подростков с асоциальным поведением. Стал употреблять слабоалкогольные напитки и пиво. После окончания училища на работу не устроился. Предпочитал большую часть времени проводить в компании друзей. Иногда подрабатывал разовыми поручениями. В последний год пиво пьет по несколько раз в неделю. Количество употребляемого пива зависит от наличия денег. Как правило выпивает 1 литр пива крепостью 5%. Максимально способен выпить 2 литра пива в день. Эпизодически напивается до выраженного опьянения. Рвотный рефлекс сохранен, амнезии опьянения отрицает.

Со слов матери: с детства имеет неустойчивый характер, может дать обещание и не выполнить его, склонен ко лжи. Пиво употребляет 2-3 раза в неделю. Однажды явился домой в состоянии сильного опьянения, была рвота. Не опохмеляется.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Задача № 3

Больной К., мужчина 48 лет. Госпитализирован в отделение алкогольных психозов в связи с возбуждением и галлюцинациями.

Из анамнеза. Родился в срок. Ранее развитие соответствовало возрасту. Посещал ДДУ. В школу пошел 7 лет. Окончил 11 классов и техникум. В армии отслужил полный срок. После армии работал по полученной специальности. В возрасте 23 лет женился, имеет дочь.

Злоупотреблять алкоголем стал с 25 лет. Предпочитал крепкие алкогольные напитки. Напивался до сильного алкогольного опьянения, имелись провалы в памяти на период опьянения. Опохмеляется с 28 лет. В пьяном виде становился легко возбудим, дрался. К 35 годам толерантность возросла до 1 литра водки в сутки. В возрасте 40 лет получил закрытую черепно-мозговую травму в ДТП. В течение 3 недель лечился в нейрохирургическом и неврологическом отделении. После травмы беспокоили головные боли, метеопатия. Стал плохо переносить крепкие спиртные напитки – не получал эйфории, усиливалась головная боль. Перешел на потребление пива. Жена отмечает, что больной стал пьянеть с малых доз – выпивал 0,5 – 1 литр пива и засыпал. Выпивки продолжались почти ежедневно. Работать не мог, был переведен на инвалидность в связи с последствиями ЧМТ. За несколько дней до госпитализации в компании друзей пил в течение нескольких дней различные алкогольные напитки, в том числе суррогаты. После резкого обрыва алкоголизации на второй день нарушился сон, стал возбужден, не узнавал знакомых, говорил, что по стене ползают тараканы. В таком состоянии был доставлен в отделение. Под влиянием лечения быстро вышел из психоза. При осмотре. К контакту доступен. Критичен к перенесенному психозу. Считает, что ухудшение

состояния возникло из-за «паленой водки». Прimitивен. Круг интересов сужен. Память снижена, особенно на текущие события.

Заключение невролога: отдаленные последствия закрытой ЧМТ.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Задача № 4

Больная 16 лет. Госпитализирована в подростковое наркологическое отделение в связи с пьянством и неправильным поведением.

Наследственность. Отец страдал алкоголизмом (лечился у наркологов), погиб от несчастного случая в пьяном виде. Воспитывалась матерью в условиях гипоопеки. Ранее развитие с задержкой. Обучение начала в коррекционном классе, с 4 класса была переведена в общеобразовательную школу. Училась слабо, не было интереса к освоению наук. После окончания 9 кл. поступила в ПТУ, но была отчислена за прогулы. В возрасте 14 лет стала общаться с «дурной» компанией. Стала прогуливать уроки, употреблять алкоголь. В основном пила пиво. Сначала пьянела с 0,5 литра пива, к настоящему времени толерантность возросла в 3-4 раза. Предпочитает крепкие сорта пива. В последний год пьянство приняло постоянный характер – «трезвых» дней меньше, чем «пьяных». Исчез рвотный рефлекс, имеются амнезии опьянения. Утром после абюзиса плохо себя чувствует (испытывает головную боль, тошноту), состояние купируется повторным приемом алкоголя. В половую связи вступила в 15 лет в состоянии опьянения. В дальнейшем были эпизодические связи. При беседе контакт формальный, больной себя не считает. Запас знаний не соответствует полученному образованию. Интересы ограничены бытовыми потребностями. Признается, что согласилась бы сейчас выпить немного пива.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Задача № 5

Больной, 23 лет. Госпитализирован в урологическое отделение областной клинической больницы в связи с внезапно возникшей задержкой мочи. Из анамнеза. Отец страдал депрессиями, однократно обращался к психиатру. Покончил жизнь самоубийством. Сам больной развивался нормально. Посещал ДДУ. Окончил среднюю школу и энергоуниверситет. С 15 лет страдает периодами пониженного настроения, которые возникали ежегодно и продолжались 3-4 недели. В это время становился тосклив, понижался аппетит, страдал бессонницей. Несмотря на болезненное состояние продолжал обучение, хотя испытывал значительные трудности в усвоении учебного материала. Несмотря на советы родственников обращаться к психиатру не хотел. Для улучшения состояния стал употреблять алкоголь с 16 лет. Пил слабоалкогольные напитки в дозе до 1 литра. В состоянии опьянения настроение несколько улучшалось. В последние годы пристрастился к пиву, пил его по несколько раз в неделю в количестве 0,5 литра. В состоянии опьянения был спокоен, благодушен. Выраженного опьянения не наблюдалось, поведение контролировал, похмельных состояний не было. За три недели до госпитализации настроение вновь понизилось настроение, прибегал к привычному методу – ежедневно пил пиво. Поскольку прежнего эффекта от приема пива не было, стал пить его в больших дозах – до 1,5 литра. Один из знакомых порекомендовал принимать amitriptilin. На фоне алкогольного опьянения выпил одну таблетку. Через некоторое время возникли позывы на мочеиспускание, но помочиться не смог. Распирающие боли в области

мочевого пузыря усиливались, в связи с чем вечером была вызвана бригада СП. Диагностирована задержка мочи и больной госпитализирован в урологическое отделение.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Задача № 6

Больной Ч., 18 лет.

Находился в психиатрической больнице впервые по направлению РВК для решения вопроса о годности к службе в армии. Предъявлял жалобы на периодические головные боли давящего характера, метеочувствительность, забывчивость, медлительность, периодическую вспыльчивость, раздражительность.

Родился в неполной семье (сведений об отце нет), единственный ребенок. Родился недоношенным, беременность протекала тяжело, роды затяжные, оказывались реанимационные мероприятия, после род. дома был переведен в детскую больницу №5, где получал лечение по поводу перинатальной гипоксической энцефалопатии, синдрома угнетения ЦНС. Ранее психомоторное развитие с задержкой: сидит с 7 мес., ходит с 1г. 3мес. регулярно наблюдался и лечился у невролога. Воспитывался матерью и отчимом. Отмечались незначительные проблемы с речью. Часто болел простудными заболеваниями. ДДУ посещал, адаптировался плохо, капризничал, конфликтовал с другими детьми. В школу пошел в 7 лет, окончил 9 классов. Допускал частые пропуски занятий, был упрям, учился слабо, но классов не дублировал, далее нигде не учился. Периодически работал неофициально вальщиком леса вместе с отчимом. С матерью и отчимом отношения хорошие. Курит с 13 лет, около 1 пачки сигарет в день. Алкоголь употребляет с 15 лет, чаще водку, описывает рост толерантности, в настоящее время - около 750 мл водки в сутки. Отмечает тягу к алкоголю, на следующий день беспокоит слабость, головная боль, тошнота, опохмеляется водкой, пивом. В последнее время алкоголь употребляет запоями до 7-10 дней с перерывами до 1 мес. Эпизодически на 2-3 день воздержания от употребления алкоголя после запоя был тревожен, видел кошмарные сновидения, «слышал» оклики по имени, шорохи, «видел мультики», был напряжен, беспокоен. К наркологам не обращался. Не судим, приводов в милицию не было. Страдает хроническим бронхитом. В течение жизни получал неоднократные ЧМТ без потери сознания, к врачам не обращался, последствий не отмечает. Себя характеризует добрым, медлительным, иногда вспыльчивым, но быстро успокаивается. Друзей мало, с девушками не встречается («дел много, не до них»). Около 1,5 лет назад нанес себе порез в области наружной поверхности левого предплечья, когда требовал деньги у матери на приобретение алкоголя. Матерью характеризуется упрямым, вспыльчивым, злопамятным, она считает, что сын со службой в армии не справится, не сможет держать себя в руках.

Психическое состояние: в отделение поступил в сопровождении медицинского персонала, был спокоен, общался с допризывниками. Режим не нарушал. В беседе держится свободно, несколько медлителен, ответы неразвернутые, требуют уточнения, словарный запас беден. Ориентирован полностью верно, сознание не помрачено. Галлюциаторно-бредовой симптоматики нет. Мышление в среднем темпе, вязкое, абстрагирование доступно на низком уровне, верно трактует метафоры, улавливает переносный смысл пословиц, использует подсказку врача при их объяснении. Справляется со сравнением, обобщением, исключением понятий в простых вариантах, при усложнении испытывает сложности. Память без грубого снижения. Внимание со слабым произвольным компонентом, истощаемое. Интеллект невысок, кругозор узок, интересов не имеет, планы на будущее ограничены поиском подработки. В социально-бытовых вопросах ориентирован удовлетворительно. Эмоционально за время беседы ровен. Недостаточно критичен к злоупотреблению алкоголем, старается приуменьшить размеры алкоголизации. Суицидальных, антисоциальных тенденций нет. За время пребывания в отделении в целом был тих, малообщителен,

режим не нарушал, при отказе отпустить домой, давал аффективные вспышки с выраженными вазо-вегетативными проявлениями. Был навязчив с повторными просьбами, ригиден, упрям. Невролог резидуальная перинатальная и постгипоксическая энцефалопатия.

Психолог: выявлены признаки склонности к аддиктивному поведению (зависимость от алкоголя), в структуре личности преобладают черты зависимого радикала. Уровень проявления гнева повышен, контроль над эмоциональными проявлениями снижен, позиция в конфликте - активно-наступательная, выявлены признаки снижения волевой деятельности, суждения с оттенками поверхностности, беспечности.

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Задача № 7

Больной К., 32 лет, охранник колледжа. Поступил в психиатрическую больницу 2-й раз. Отец злоупотреблял алкоголем. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту. Окончил общеобразовательную школу, автотранспортный колледж, работает там же охранником. Справляется. Успешно отслужил в армии. 10 лет состоит в браке. Отношения ровные, имеет ребенка. Занимается восточными единоборствами. Спокойный, уравновешенный, общительный. Последние годы выпивал до нескольких раз в неделю, иногда по 2-3 дня подряд. Чаще пиво в больших количествах, реже водку. Толерантность до 0,5 литра водки в день, снизился количественный контроль. Появились похмельные состояния в виде потливости, сердцебиений, боли в сердце, пониженного настроения.

Полгода назад у больного неожиданно для него, внезапно умер отец. Тяжело переживал эту смерть, настроение было сниженным, но старался «крепиться». Стал интересоваться мистической литературой, в том числе о загробной жизни, стал религиозным, посещал церковь. Настроение было стойко сниженным. Через 40 дней возникла тревога. А затем периоды подавленности стали сменяться периодами экзальтации с восторгом и «любовью к ближним».

Всё чаще думал о том, что он грешник и должен очистить себя от грехов. На кисти была давняя татуировка с изображением чертёнка, стал думать о том, что это отражает наличие в нем «дьявольского начала». Заметив полученные во время тренировки синяки на теле, расценил их как следствие «порчи». Однажды во время посещения церкви у больного внезапно возникло приятное восторженное состояние, которое он назвал «трансом». Видел как лучи от горящих свечей взметнулись вверх и образовали над ним купол, заметил, что «бабушки в церкви» молились на него. Стал думать, что Бог обратил на него внимание, в душе у него что-то открылось. Появилась мысль, что он необычный человек, отмеченный богом. Периоды восторженности сменялись периодами пониженного настроения с чувством греховности. Отмечал плохой сон, боли в сердце, снижение аппетита («как при похмелье»). Чтобы «изгнать из себя дьявола», выжечь татуировку, жёг кисти рук на батарее. Получил тяжёлые ожоги. Был в экстренном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении несколько дней был напряжён, тревожен, негативистичен. Не отвечал на вопросы.

Терапевт и невролог патологии не выявили. При психологическом исследовании нарушений психических функций не обнаружено.

После лечения нейролептиками и антидепрессантами стал спокоен, настроение выровнялось. С критикой рассказал о болезненных переживаниях. Был выписан домой.

Дома чувствовал себя хорошо 4 дня, перестал принимать лекарства. Затем стал подолгу застывать, пристально смотрел на электрическую лампочку, не разговаривал с родными. Был повторно госпитализирован. В отделении был то возбужден, то застывал, много резонерствовал,

рассуждал о «добре и зле». Замечал, что в отделении разыгрываются необычные события, как спектакль, все подстроено, исполнено особого значения.

Было переживание «как во сне», когда с другом «путешествовал в космосе». Описывал устройство космического корабля.

После лечения нейролептиками стал вялым, пассивным. Формально отвечает на вопросы, с частичной критикой оценивает свои переживания.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Задача № 8

Больная М., 20 лет.

До болезни была аккуратной, доброй, стеснительной. Окончила среднюю школу, успеваемость была хорошей. Более 2-х лет назад после окончания школы резко изменилась, стала вызывающе и вульгарно одеваться, использовала яркую косметику. Перестала общаться с прежними подругами, появились друзья, которые часто употребляли алкоголь. Начала сама выпивать, пила с частотой несколько раз в неделю, употребляла пиво, вино, водку. Не стеснялась того, что пьет, могла с легкостью об этом говорить. Абстинентные явления и опохмеление отрицала. Объясняла, что «пьет, потому что хочется». Изменилось отношение к матери. Держалась с ней холодно и отчужденно. Стала раздражительной, при попытке матери сделать ей замечание, серьезно поговорить, начинала скандалить, грубо нецензурно ругалась. В связи с изменившимся поведением была госпитализирована в психиатрическую больницу. Равнодушно отнеслась к факту госпитализации. В отделении держалась спокойно, формально общалась с больными молодого возраста. При общении с врачом улыбалась, говорила, что у нее «все хорошо». Обращали на себя внимание непоследовательность мышления, отдельные нелепые высказывания. Была выписана полгода назад.

После выписки не работала, ничем не занималась, ничем не интересовалась. Продолжала выпивать. Мать больной отмечает, что дочь «опустилась», общалась с «грязными алкоголиками». Встречалась с мужчиной старше себя по возрасту, который помогал ей материально. На протяжении последнего месяца перед повторной госпитализацией переживала по поводу отправленного подруге СМС – сообщения, считала, что с этим что-то связано, что стала разговаривать, как подруга. Сказала, что ее «как будто сглазили», неопределенно говорила о каком-то управлении в связи с просмотром телепередач. Повторяла, что «все хорошее отдала людям, плохое осталось».

При повторном поступлении была в состоянии психомоторного возбуждения, агрессивна, пыталась ударить мать. Призналась, что выпивала накануне шампанское и водку, «много», утром выпила 50 гр. алкоголя. На следующий день была уже спокойна. В отделении была вначале бездеятельна, затем более общительна, помогала медперсоналу. Одевалась подчеркнуто сексуально, «взбивала» волосы. Несколько раз говорила, что одна из больных «смотрит» на нее. Отличалась манерностью, вычурностью походки. Совершала бестактные поступки, была по-детски несдержанна.

При беседе широко улыбается. На многие вопросы отвечает уклончиво, иногда не может выразить свою мысль. Мышление непоследовательное с элементами паралогии. Не смогла толком объяснить, что связано с отправленной СМС, но подтвердила, что думала об этом месяц, сразу после ее отправления стала «бешеной», топала ногами. Сама открыто говорит о злоупотреблении алкоголем. Настроение оценивает как хорошее. Общение носит формальный характер, отсутствует синтонность. Эмоциональные реакции неадекватны задаваемым вопросам, ситуации. Суждения инфантильны и примитивны.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Задача № 9

Больной Ч., 34 года.

Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без заметных отклонений от нормы. С возраста 6 лет воспитывался одной матерью, так как отец погиб в результате несчастного случая. В школе учился хорошо, окончил 11 классов массовой школы. Поступил в химинститут. С 1 курса был взят в армию, отслужил полный срок в ракетных войсках в звании сержанта и вновь вернулся к учебе. После окончания института работал некоторое время по специальности, последние годы работал менеджером на частных предприятиях. С работой справлялся. Тяжелыми заболеваниями не болел. По характеру всегда был малообщительным, недостаточно откровенным, повышено чувствительным. Женат не был. Заводил знакомства с женщинами, вступал с ними в интимные отношения, но всегда держал их на расстоянии. Алкоголь впервые попробовал в возрасте 17 лет. Злоупотребляет спиртным около 10 лет. В начале употреблял преимущественно пиво несколько раз в неделю. Пил в одиночестве, так как хотел «расслабиться» и уйти от повседневных проблем. В последние годы перешел на крепкие напитки. Толерантность заметно повысилась. В настоящее время может выпить более 0,5 л. водки. В последние годы отмечается утрата количественного контроля, утрата рвотного рефлекса и амнестические формы опьянения. Похмельные состояния отрицает. Последняя алкоголизация в день госпитализации в больницу. За три дня до поступления стал слышать в ушах мужские и женские голоса комментирующего содержания. Решил, что за ним установлена слежка и на него действуют какими-то приборами. Объяснил это тем, что у него имеется большое количество акций Газпрома, которые у него хотят отнять. Появившуюся на теле сыпь расценил как результат постороннего воздействия. Ощущал, что людям известны его мысли. Замечал, что в разговорах окружающие делают какие-то намеки на него. Замечал за собой слежку. За день до госпитализации, находясь в подвале, увидел «зеленых человечков», испытал сильный страх и убежал оттуда. Госпитализирован в психиатрическую больницу по инициативе знакомого.

В отделении первое время был напряжен, свои переживания почти не раскрывал. В результате лечения нейролептиками состояние больного заметно улучшилось. Активная психотическая симптоматика померкла, однако критика к болезни не восстановилась. Больной активно стремился к выписке, опасаясь увольнения из-за болезни. В переживаниях раскрывался неохотно. Отмечалась выраженная эмоциональная лабильность. При попытке активизировать беседу на глазах у больного появились слезы, и он перестал отвечать на вопросы. В отделении пассивен, большую часть времени проводит в палате, к трудовым процессам не стремится, с окружающими общается мало. Во время врачебного обхода каждый раз спрашивает о выписке, говорит, что чувствует себя отлично.

При обследовании терапевтом и невропатологом патологии не выявлено.

По заключению психолога у больного имеются признаки снижения целенаправленности, готовность к использованию латентных свойств. Личность эмоционально снижена.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Задача № 10

Больная Л., 43 лет,

Живёт в районном городе, безработная. Поступила в психиатрическую больницу повторно. У ряда родственников были какие-то психические нарушения. Росла и развивалась правильно, окончила общеобразовательную школу, рано начала встречаться с мужчинами, отношения были поверхностными, вела беспорядочную половую жизнь. Родила дочь, которую воспитывали ее родители. С 16 лет начала употреблять алкоголь, употребление очень быстро стало постоянным, сформировался абстинентный синдром, выросла толерантность. Дважды лечилась у наркологов без эффекта. В состоянии алкогольного опьянения убила мужчину, два года скрывалась от милиции. В этот период замечала милицейские машины на улице, которые следили за ней, «устала от ситуации». Была задержана, проходила СПЭ, признавалась виновной, 7 лет провела в местах лишения свободы, там хорошо адаптировалась, пользовалась послаблениями режима. Дважды лечилась у психиатра медсанчасти после смерти родственников. Жаловалась на усиление раздражительности, агрессивность, злобность, желание ударить кого-нибудь.

После освобождения, по её словам, прекратила употребление алкоголя, изредка пила пиво. Общалась с группой наркоманов, хотя сама наркотики не употребляла, они склоняли её к продаже квартиры. Жила вместе с дочерью. Начались конфликты. Дочь в состоянии алкогольного опьянения пригрозила больной убийством. Стала раздражительна, плохо спала, читала книги «про убийства», боялась, что «выстрелят в дверь». Сама обратилась к психиатрам с просьбой о госпитализации. В отделении рассказывала о том, что ранее замечала преследование и опасность со стороны мужчины, что это послужило причиной совершенного ею убийства. Говорила о желании самой убить дочь, чтобы «опередить её». С момента поступления была спокойна, высокомерно и пренебрежительно вела себя с больными, подчёркивала, что у неё моложавый вид, хорошая фигура. Затем призналась, что «придумала» симптоматику, чтобы уйти от конфликтной ситуации дома.

Невролог определял признаки хронической алкогольной интоксикации.

Настояла на выписке, узнав, что дочь продала вещи, собирается уезжать в Москву.

После выписки переехала в Ивановскую область, вышла замуж, за мужчину моложе себя на 24 года. Жила в его квартире и за его счёт, свою квартиру сдавала квартирантам. Не работала, была довольна жизнью. Имела 3 беременности, которые закончились абортми, около полугода нарушения менструального цикла. Полгода назад муж разорвал отношения с ней, выгнал из квартиры. Уехала к дочери, но с ней не смогла ужиться, вернулась домой, попыталась выселить квартирантов, но с ними также возник конфликт. Обратилась к психиатру с жалобами на плохое настроение, «голоса» неприятного содержания, под влиянием которых совершала нелепые поступки (поездка в Москву и обратно без цели), страх, замечаемом ею преследовании. Была повторно госпитализирована в психиатрическую больницу. В отделение поступила в пониженном настроении, первое время продолжала говорить о наличии психических расстройств, поведение не соответствовало описываемой симптоматике. В отделении пыталась лидировать, в палате командовала больными, выражала недовольство помещением в палату неприятных ей больных. Ударил больную.

При беседе говорит, что была больна, при этом «голоса» описывает схематично, о «преследовании» говорит вскользь, мало убедительно, настроение ровное. Сказала, что за время пребывания в стационаре продумала, как ей жить дальше, планы реальны. Настроение ровное. Выразила желание продолжить лечение, просит отпустить её в длительный пробный отпуск для устройства личных дел.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Наркология»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 «Психиатрия»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Наркология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения

		<p>здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 		
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии в условиях диспансера и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы профилактики; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии - санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нервно-психических заболеваний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием психиатрических больных в диспансере <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой психиатрических больных 		
4.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма - общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и 		

		<p>специальных методов диагностики</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования - основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ - клиническая симптоматика патологических состояний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании - применить объективные методы обследования больного - выявить общие и специфические признаки нервно-психического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной помощи (психомоторное возбуждение, эпилептический статус, суицидально-агрессивное поведение) - оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния - определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, патопсихологических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты - определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных нервно-психических заболеваний, обосновать клинический диагноз <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой расспроса больного - методикой наблюдения за пациентом - методикой сбора анамнестических и катамнестических сведений - методикой психопатологического анализа получаемой информации - методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в психиатрии 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинику, дифференциальную диагностику, терапию и профилактику психических заболеваний 		

		<p>- клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях</p> <p>- принципы, приемы и методы психофармакотерапии, вопросы интенсивной терапии психозов</p> <p>- основы фармакотерапии при различных формах эпилепсий, пограничных заболеваниях, психических нарушениях при мозговых инфекциях и черепно-мозговых травмах</p> <p>Умеет:</p> <p>- оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния</p> <p>- оказать необходимую срочную первую помощь при психомоторном возбуждении (выбор психотропных препаратов, способа введения)</p> <p>- обосновать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению психофармакотерапии, психотерапии, лечебной педагогике; разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания</p> <p>- обосновать медикаментозную терапию, определить показания и длительность курса лечения</p> <p>Владеет:</p> <p>- методиками диагностики и подбора адекватной терапии конкретной психиатрической патологии</p> <p>- методиками преодоления терапевтической резистентности при лечении психотропными препаратами.</p> <p>- методиками распознавания и лечения следующих неотложных состояний (психомоторное возбуждение эпилептический статус; острая сердечная и дыхательная недостаточность при фебрильных психозах; отказ от еды; депрессивное состояние с суицидальными тенденциями; острое бредовое состояние; психопатоподобное возбуждение с агрессивностью и аутоагрессивностью)</p>		
6.	ПК-8	Знает:		

		<p>- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</p> <p>Умеет:</p> <p>- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</p> <p>Владеет:</p> <p>- дифференцированными методами реабилитации больных</p>		
7.	ПК-9	<p>Знает:</p> <p>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</p> <p>- организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</p> <p>Умеет:</p> <p>- формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет:</p> <p>- системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
--------------------	------------------	---------------------

УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
УК-2	<p>Умеет: управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p> <p>Владеет: управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>
ПК-1	<p>Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>

	<i>состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	
ПК-6	Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</i> Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</i>	Умеет: <u>Не способен к ведению и лечению</u> <i>пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</i> обследования.
ПК-8	Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i> Владеет: <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i>	Умеет: <u>Не способен применять</u> <i>природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i>
ПК-9	Умеет: <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i> Владеет: <i>системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i> <i>выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</i>	Умеет: <u>Не способен формировать у</u> <i>пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Какая из нижеперечисленных наркоманий приводит к наиболее грубому интеллектуальному дефекту ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) опийная
- 2) гашишная
- 3) кокаиновая
- 4) барбитуровая

Задание #2

Вопрос:

Синдром измененной реактивности включает все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) изменения формы потребления одурманивающего вещества
- 2) появления абстинентного синдрома
- 3) изменения толерантности
- 4) исчезновения защитных реакций при передозировке
- 5) изменения формы опьянения

Задание #3

Вопрос:

Изменение состояния опьянения у наркомана характеризуется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) исчезновения сомато-вегетативных эффектов наркотика
- 2) исчезновения седативного эффекта
- 3) появления амнезий
- 4) повышения интенсивности эйфории
- 5) появления парадоксальных и извращенных психических эффектов

Задание #4

Вопрос:

Наиболее частыми признаками опийного опьянения являются все перечисленные, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) миоза
- 2) галлюцинаций
- 3) эйфории
- 4) дизартричности речи

Задание #5

Вопрос:

Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) 2-3 часа
- 2) 5-10 часов
- 3) сутки

4) двое суток

Задание #6

Вопрос:

Рубежом, за которым выявляются признаки зависимости от снотворных у лиц, применяющих их длительное время, является все перечисленное, кроме

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) дневной прием
- 2) извращение физиологического действия снотворных (появление эйфоризирующего действия)
- 3) необходимость повышения дозы снотворного на ночь для сохранения контроля над симптомами бессонницы

Задание #7

Вопрос:

Наиболее частым осложнением приема средств бытовой и промышленной химии не является

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) деменция
- 2) судорожный синдром
- 3) делириозные состояния
- 4) олигофрении

Задание #8

Вопрос:

Для лечения больных опиоидной (героиновой) наркоманией используют все кроме:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) купирование абстинентных явлений
- 2) лечение аффективных расстройств (использование нормотимиков и антидепрессантов)
- 3) личностно-ориентированная психотерапия
- 4) суггестивные методы (внушение, гипноз, «кодирование» и пр.)

Задание #9

Вопрос:

Какой из нижеперечисленных факторов позволяет достоверно разграничить наркоманию и наркотизм (злоупотребление)?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) частота употребления наркотиков
- 2) сложившийся абстинентный синдром
- 3) повышение толерантности
- 4) отсутствие критики к злоупотреблению наркотиками
- 5) любой из нижеперечисленных

Задание #10

Вопрос:

Укажите правильное утверждение о толерантности при 1-2 стадии наркомании:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) толерантность снижается
- 2) толерантность повышается

3) толерантность не меняется

Задание #11

Вопрос:

Какие из перечисленных наркоманий являются повышенным фактором риска заражением ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гашишная
- 2) героиновая
- 3) барбитуровая
- 4) кокаиновая

Задание #12

Вопрос:

Для какой абстиненции характерны интенсивные мышечные и суставные боли, чихание, слезотечение, боли в животе и диарея ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) барбитуровой
- 2) кокаиновой
- 3) психомиметиковой
- 4) опишной

Задание #13

Вопрос:

Укажите НАИМЕНЕЕ характерный для деградации опиоидного наркомана признак:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) лживость
- 2) истероформное поведение
- 3) снижение памяти
- 4) эгоцентризм
- 5) суицидальное поведение

Задание #14

Вопрос:

К симптомам интоксикации кокаином относятся все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) выраженной эйфории
- 2) ощущения повышенных возможностей
- 3) гиперактивности
- 4) раздражительности, беспокойства
- 5) отрешенности

Задание #15

Вопрос:

К галлюциногенам относятся все перечисленные средства, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) производных лизергиновой кислоты (LSD)

- 2) псилобицина
- 3) метадона
- 4) мевистицина
- 5) мескалина

Задание #16

Вопрос:

Последствиями ингаляционного употребления средств бытовой и промышленной химии детьми и подростками являются все кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) грубое психопатоподобное поведение
- 2) токсическая энцефалопатия
- 3) задержка психического и физического развития
- 4) некроз печени, почек, миокардиодистрофии
- 5) манифестация шизофрении

Задание #17

Вопрос:

Клиническая картина состояний, связанных с злоупотреблением циклодолом, характеризуется:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) повышенной двигательной и идеаторной активностью
- 2) иллюзорно-галлюцинаторными расстройствами
- 3) ничем из перечисленного

Задание #18

Вопрос:

При передозировке каких психотропных препаратов возможно возникновение интоксикационного делирия:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) аминазина
- 2) амитриптилина
- 3) феназепам
- 4) сертралина

Задание #19

Вопрос:

Что является наиболее эффективной терапией алкогольного бреда ревности

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) психотерапия
- 2) условно-рефлекторная терапия
- 3) лечение нейролептиками
- 4) лечение у сексопатолога

Задание #20

Вопрос:

Для алкогольного абстинентного синдрома не характерны

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) потливость
- 2) тахикардия
- 3) сухость во рту
- 4) тремор пальцев рук
- 5) заложенность носа и риноррея

Задание #21

Вопрос:

Содержание бреда острого алкогольного параноида обычно представлено

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) бредом преследования
- 2) бредом Котара
- 3) бредом ревности
- 4) "кухонным бредом"

Задание #22

Вопрос:

Алкоголизм представляет собой

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) хроническое психическое заболевание
- 2) острое отравление алкоголем
- 3) вредную привычку
- 4) психосоматическое заболевание

Задание #23

Вопрос:

Какие из перечисленных препаратов целесообразно назначить для купирования делирия

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) диазепам
- 2) аминазин
- 3) амитриптилин
- 4) бензонал
- 5) эфедрин

Задание #24

Вопрос:

Психическое (первичное, обсессивное) влечение к алкоголю в 1 стадии алкоголизма

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) ситуационно обусловлено и сопровождается борьбой мотивов
- 2) ситуационно обусловлено и не сопровождается борьбой мотивов
- 3) не связано с ситуациями традиционного употребления алкоголя

Задание #25

Вопрос:

Для неосложненного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) интенсивного влечения к опохмелению

- 2) физического дискомфорта
- 3) иллюзорного восприятия
- 4) выраженных вегетативных расстройств

Задание #26

Вопрос:

Укажите наиболее типичное для алкогольной деградации эмоциональное расстройство

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эмоциональное огрубение
- 2) апатия
- 3) эмоциональная лабильность
- 4) амбивалентность

Задание #27

Вопрос:

Для алкогольной полиневропатии характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) парестезии
- 2) снижения болевой и температурной чувствительности
- 3) наличия многочисленных трофических язв
- 4) болей по ходу периферических нервов

Задание #28

Вопрос:

Длительность алкогольного абстинентного синдрома составляет

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) не более суток
- 2) не более трех дней
- 3) около недели
- 4) около месяца

Задание #29

Вопрос:

Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю
- 2) утраты защитного рвотного рефлекса
- 3) роста толерантности в 2-4 раза
- 4) компульсивного характера влечения
- 5) снижения количественного контроля

Задание #30

Вопрос:

Во II стадии заболевания форма потребления алкоголя чаще всего проявляется по типу

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) псевдозапоев
- 2) постоянного пьянства на фоне низкой толерантности

- 3) постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
- 4) истинных запоев

Задание #31

Вопрос:

Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) утрату ситуационного контроля
- 2) снижение толерантности к алкоголю
- 3) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 4) высокая толерантность

Задание #32

Вопрос:

Форма злоупотребления алкоголем в III стадии заболевания может проявиться всем указанным, исключая

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) истинные запои
- 2) перемежающееся пьянство
- 3) постоянное пьянство на фоне низкой толерантности
- 4) псевдозапой

Задание #33

Вопрос:

Основным отличительным признаком алкогольного делирия от простого алкогольного галлюциноза является

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) выраженность галлюцинаций
- 2) длительность психоза
- 3) помрачение сознания
- 4) ничего из перечисленного

Задание #34

Вопрос:

При формировании алкоголизма у женщин, по сравнению с мужчинами

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) соматическая патология тяжелее и развивается быстрее
- 2) хуже прогноз, ниже курбельность заболевания
- 3) чаще развиваются психозы
- 4) все перечисленное неверно

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больной С., 43-х лет.

Находился на стационарном обследовании и лечении в психиатрической больнице. Госпитализирован впервые. Отец злоупотреблял алкоголем. Больной закончил 8 классов

общеобразовательной школы и ШРМ. Служил в армии, участник боевых действий в Афганистане. В армии перенес несколько ЧМТ с потерей сознания, но травмы нигде не фиксированы. Демобилизован на общих основаниях. После армии сменил много мест работы (в основном неквалифицированной), увольнялся сам в поисках большей зарплаты, или его увольняли в связи с нарушением трудовой дисциплины. Занимался неквалифицированной работой. В течение 5 лет был женат, разведен, имеет от брака дочь. В настоящее время проживает один, поддерживает отношения с семьей. По данным амбулаторной карты четыре года назад перенес ЗЧМТ с сотрясением головного мозга. Дважды судим за кражи.

Много лет злоупотребляет алкоголем. Пьет водку, самогон, суррогаты. Наблюдаются длительные запои. Последние годы опохмеляется по утрам, так как испытывает дрожь, слабость, тошноту, головные боли. Около года стал хуже переносить алкоголь, пьет понемногу, но чаще в течение дня. Курит. Больным себя считает около десяти месяцев, когда появилась слабость, сильно похудел, начали отекать ноги. До этого в течение нескольких месяцев был запой (употреблял технический спирт). Длительно лечился у невролога по месту жительства, в том числе стационарно, устанавливался диагноз «Энцефаломиелополинейропатия смешанного генеза (токсическая, посттравматическая), нижний центральный парез, легкий атаксический синдром». После выхода с больничного листа уволился с работы т.к. работать больше не мог и встал на учет в ЦЗН. Был направлен на МСЭК для установления группы инвалидности, в установлении группы было отказано. С жалобами на раздражительность, слабость, нарушения сна обратился к участковому психиатру, от которого злоупотребление алкоголем скрыл. Был направлен на госпитализацию в психиатрическую больницу.

При поступлении жаловался на частые головные боли, бессонницу, раздражительность, вспыльчивость. Находился в не помраченном сознании. Ориентирован полностью верно. Отвечал по существу. Мышление несколько замедлено по темпу, с проявлениями ригидности, последовательное. Внимание неустойчиво, истощаемо. Во время беседы грубой патологии памяти, интеллекта не определяется. Настроение патологически не изменено. Психически больным себя не считал. Отрицал наличие зависимости от алкоголя. Уверял врача, что может контролировать свое влечение, что «все так пьют».

Заключение терапевта: хронический бронхит вне обострения, ДН1, хронический гастродуоденит вне обострения, МКБ (по анамнезу).

Неврологическое состояние: Конвергенция ослаблена. Носогубные складки асимметричны. Тремор пальцев рук. Сухожильные рефлексы торпидны, ахилловы рефлексы не вызываются. Заключение невролога: энцефаломиелополинейропатия сложного генеза (травматическая и токсическая), нижний периферический легкий парез. Люмбоишалгия слева, гепартроз слева.

Заключение психолога: легкое снижение функции внимания, динамики психических процессов, ослабление памяти. Уровень формального интеллекта в пределах низкой нормы. Отмечаются алкогольные ассоциации.

Во время пребывания в стационаре часто был эмоционально неустойчив, раздражителен, вспыльчив. Вступал в конфликты с соседями по палате.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 2

Больной М., 54 г.

Данная госпитализация первая, ранее у психиатров не лечился, наследственность психопатологически не отягощена, родился недоношенным, посещал ДДУ. В школе учился посредственно. Плохо усваивал учебный материал, ленился. Дублировал 7 класс, после этого перешёл в ПТУ, получил специальность слесаря, работал по специальности, одновременно окончил

ШРМ. Отслужил полный срок в армии в войсках ПВО, в Германии. После демобилизации работал водителем, в последние годы работает в охране. Был женат, от брака имеет взрослую дочь, 8 лет назад жена от него ушла. Стал проживать с сожительницей, которая умерла через несколько лет. Тяжелыми соматическими заболеваниями ранее не болел. Алкоголь стал употреблять с 16 лет 1-2 раз в неделю. После армии алкоголизация носила систематизированный характер, алкоголизировался по несколько дней подряд. Отмечался рост толерантности, которая достигала около 1л водки в день. Употреблял суррогаты, напивался до выраженного опьянения. Опохмеляться стал в возрасте 30 лет. Пьянство усилилось 6 лет назад. Со слов матери, у больного якобы были «припадки», во время которых он замирал на короткое время, не реагировал на окружающих, падений и судорог не отмечалось. В прошлом году больной лечился в терапевтическом отделении по поводу пневмонии. На фоне высокой температуры отмечались эпизоды зрительных галлюцинаций. Психиатром консультирован не был, терапевтами состояние было расценено как «белая горячка». После выписки из больницы, со слов больного и его матери, употребление алкоголя прекратил. В это время мать обратила внимание, что больной стал рассеян, забывчив, собирался на работу в не положенное время, был вынужден записывать порученные ему дела. Нарушилась способность к самообслуживанию, стал неряшлив. Месяц назад состояние резко ухудшилось, стал говорить, что его хотят убить, нарушился сон. Врачами СП определялось повышенное АД. При очередном вызове СП был доставлен в ОНД, откуда направлен в психиатрическую больницу. При поступлении больной не откровенен, переживания раскрывает плохо, настроение снижено, отмечается снижение памяти на текущие события. АД 170/100мм.рт.ст. В дальнейшем в отделении испытывал страх, говорил, что его могут убить.

При обследовании психологом выявлено нарушение памяти преимущественно кратковременной, и внимания, а также неустойчивость динамики психических процессов.

Неврологом диагностирована энцефалопатия сложного генеза (токсическая, дисциркуляторная).

Терапевтом выявлены: хронический бронхит, пневмосклероз, ДН.

Под влиянием лечения (нейролептики, ноотропы) состояние больного постепенно улучшилось, настроение выровнялось, стал охотнее общаться, себя обслуживает полностью, улучшилась память и способность концентрации внимания, однако психическое состояние остается неустойчивым, периодически говорит, что в отделении находятся подозрительные люди, становится тревожным.

При беседе контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, высказывает озабоченность тяжёлой болезнью отца, просит отпустить его домой, чтобы повидаться с ним. Критика к болезни формальная, - «раз нахожусь в больнице - значит болен». Отмечает, что в последние месяцы ухудшилась память, стал рассеянным. Говорит, что два месяца назад за ним стали следить лица, пытавшиеся ранее проникнуть на охраняемую территорию. Узнавал их по подозрительному поведению и жестам, его друзья в разговорах намекали, что задержанные им на работе люди, хотят ему отомстить, замечал возле своего дома подозрительные машины, пытался выяснить отношения с одним из «преследователей», но тот заявил, что не знаком с ним. Мышление достаточно последовательное, логичное, смысл метафорических выражений интерпретирует правильно, алкогольные ассоциации не выявлены.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 3

Больной Ч., 18 лет.

Находился в психиатрической больнице впервые по направлению РВК для решения вопроса о годности к службе в армии. Предъявлял жалобы на периодические головные боли давящего характера, метеочувствительность, забывчивость, медлительность, периодическую вспыльчивость, раздражительность.

Родился в неполной семье (сведений об отце нет), единственный ребенок. Родился недоношенным, беременность протекала тяжело, роды затяжные, оказывались реанимационные мероприятия, после род.дома был переведен в детскую больницу №5, где получал лечение по поводу перинатальной гипоксической энцефалопатии, синдрома угнетения ЦНС. Ранее психомоторное развитие с задержкой: сидит с 7 мес., ходит с 1г. 3мес. регулярно наблюдался и лечился у невролога. Воспитывался матерью и отчимом. Отмечались незначительные проблемы с речью. Часто болел простудными заболеваниями. ДДУ посещал, адаптировался плохо, капризничал, конфликтовал с другими детьми. В школу пошел в 7 лет, окончил 9 классов. Допускал частые пропуски занятий, был упрям, учился слабо, но классов не дублировал, далее нигде не учился. Периодически работал неофициально вальщиком леса вместе с отчимом. С матерью и отчимом отношения хорошие. Курит с 13 лет, около 1 пачки сигарет в день. Алкоголь употребляет с 15 лет, чаще водку, описывает рост толерантности, в настоящее время - около 750 мл водки в сутки. Отмечает тягу к алкоголю, на следующий день беспокоит слабость, головная боль, тошнота, опохмеляется водкой, пивом. В последнее время алкоголь употребляет запоями до 7-10 дней с перерывами до 1 мес. Эпизодически на 2-3 день воздержания от употребления алкоголя после запоя был тревожен, видел кошмарные сновидения, «слышал» оклики по имени, шорохи, «видел мультики», был напряжен, беспокоен. К наркологу не обращался. Не судим, приводов в милицию не было. Страдает хроническим бронхитом. В течение жизни получал неоднократные ЧМТ без потери сознания, к врачам не обращался, последствий не отмечает. Себя характеризует добрым, медлительным, иногда вспыльчивым, но быстро успокаивается. Друзей мало, с девушками не встречается («дел много, не до них»). Около 1,5 лет назад нанес себе порез в области наружной поверхности левого предплечья, когда требовал деньги у матери на приобретение алкоголя. Матерью характеризуется упрямым, вспыльчивым, злопамятным, она считает, что сын со службой в армии не справится, не сможет держать себя в руках.

Психическое состояние: в отделение поступил в сопровождении медицинского персонала, был спокоен, общался с допризывниками. Режим не нарушал. В беседе держится свободно, несколько медлителен, ответы неразвернутые, требуют уточнения, словарный запас беден. Ориентирован полностью верно, сознание не помрачено. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. Мышление в среднем темпе, вязкое, абстрагирование доступно на низком уровне, верно трактует метафоры, улавливает переносный смысл пословиц, использует подсказку врача при их объяснении. Справляется со сравнением, обобщением, исключением понятий в простых вариантах, при усложнении испытывает сложности. Память без грубого снижения. Внимание со слабым произвольным компонентом, истощаемое. Интеллект невысок, кругозор узок, интересов не имеет, планы на будущее ограничены поиском подработки. В социально-бытовых вопросах ориентирован удовлетворительно. Эмоционально за время беседы ровен. Недостаточно критичен к злоупотреблению алкоголем, старается приуменьшить размеры алкоголизации. Суицидальных, антисоциальных тенденций нет. За время пребывания в отделении в целом был тих, малообщителен, режим не нарушал, при отказе отпустить домой, давал аффективные вспышки с выраженными вазо-вегетативными проявлениями. Был навязчив с повторными просьбами, ригиден, упрям. Невролог резидуальная перинатальная и постгипоксическая энцефалопатия.

Психолог: выявлены признаки склонности к аддиктивному поведению (зависимость от алкоголя), в структуре личности преобладают черты зависимого радикала. Уровень проявления гнева повышен, контроль над эмоциональными проявлениями снижен, позиция в конфликте - активно-наступательная, выявлены признаки снижения волевой деятельности, суждения с оттенками поверхностности, беспечности.

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).

5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 4

Больной М., 17 лет.

Вырос в условиях безнадзорности, родители ведут асоциальный образ жизни, злоупотребляют алкоголем. В школу пошел во время, учился слабо, не выполнял домашние задания, прогуливал уроки, дважды дублировал классы. Бросил школу в 13 лет. Подросток нигде не работает, не учится, часто уходил из дома, бродяжничает, проводит время в асоциальных компаниях. Состоит на учете в комиссии по делам несовершеннолетних. Перенес гепатит «А» в возрасте 5 лет. Год назад в драке получил ЗЧМТ с сотрясением головного мозга. С 13 лет вдыхает пары клея «Момент» и ацетона. Вначале делал это в своей компании, но постепенно компания распалась: кого-то осудили, кто-то умер, кто-то уехал. Последнее время вдыхал пары ЛОВ в одиночестве, увеличилось количество выдыхаемой жидкости. На высоте интоксикации испытывает истинные зрительные галлюцинации. С 15 лет, на фоне обрыва интоксикации 2-3 дней испытывает головные боли, раздражительность, слабость, становится агрессивным и злобным. По инициативе комиссии по делам несовершеннолетних был госпитализирован в детское наркологическое отделение. Установки на лечение не было, в отделении группировался с подростками своего возраста, режим соблюдал. Ремиссии после стационарного лечения не было. Возобновил ингаляцию по причине актуализации патологического влечения к ЛОВ. Ингаляция постоянного характера, в одиночестве, несколько раз в течение дня. Настоящая толерантность около 300 мл. Вскоре был госпитализирован повторно по направлению нарколога.

При поступлении жаловался на слабость, головную боль, тревогу, был внешне неопрятен. Моторно неусидчив, расторможен. Контактен, но на вопросы отвечает без желания, чаще односложно. Взорового контакта избегает. Внимание неустойчивое, быстро истощается. Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Психотической симптоматики не продуцирует. Мышление по темпу замедленно, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, в бытовых вопросах ориентирован достаточно. Запас школьных знаний не велик, суждения не зрелые. Настроение лабильное. Эмоциональные качества не устойчивы, легко раздражается. Испытывает патологическое влечение к ЛОВ. Критика низкая. Установки на лечение нет.

Проведённое лечение: витамины В1, В6, В12, С, ноотропы, сонапакс, диазолин.

Психотерапия: рациональная.

В отделении режим соблюдал, выполнял все требования врача. Был в меру общителен, в кругу сверстников адаптировался. В результате лечения купированы проявления интоксикации, нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к ЛОВ отрицает. Критика к заболеванию - формальная, установка на трезвость – сомнительная. Выписан с улучшением под наблюдение нарколога.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 5

Подросток, 17 лет. Учащийся общеобразовательной школы, 9 класс.

Находился в детском наркологическом отделении в течение 2-х недель. Был переведен из взрослого наркологического отделения, куда поступил впервые в состоянии алкогольного опьянения.

Наследственность отягощена алкогольной зависимостью по линии отца. Родился первым ребенком. Отец из семьи ушел рано, этот момент подросток переживал. Далее воспитывался матерью в условиях гипоопеки. В развитии от сверстников не отставал. ДДУ посещал. Отношения

между матерью и сыном конфликтные, подросток часто уходил из дома, проводил время в асоциальных компаниях. Обучался в общеобразовательной школе с 6 лет. Закончил 8 классов. Успеваемость ниже среднего, к учебе относится формально, пропускает занятия без уважительной причины. Увлечения: на данный момент посещает секцию самбо. Общается в основном с ровесниками, со слов подростка, алкоголь в компании употребляют редко. Состоит на учете в милиции по поводу уходов из дома, бродяжничества. Состоит на учете у психиатра, три года назад проходил лечение в психиатрической больнице в связи с нарушениями поведения. Из перенесенных заболеваний припоминает ветрянку, ОРВИ. Был оперирован по поводу перелома носовой перегородки. Перенес ЗЧМТ легкой степени. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Аллергических реакций не было.

Впервые употребил алкоголь в 11 лет – пиво около 200 мл., в компании сверстников. Мотив коммуникативный. Первичная реакция на алкоголь без особенностей, отмечал состояние «эйфории», легкое головокружение. Далее продолжил употреблять алкоголь эпизодически, не более 2 раз в неделю. Синдром отмены не сформирован. Защитные рефлексы сохранены. Промежутки трезвости до 1-2 месяцев. Максимальная толерантность – 1,5 л пива, 50 - 100 мл водки. Предпочитает употреблять алкоголь только в компании подростков. Психотические эпизоды, судорожные припадки отрицает. Патологическое влечение к алкоголю не сформировано. Со слов больного последнее употребление алкоголя было в день госпитализации в наркологическое отделение, в этот день выпил больше обычного, так как в компании присутствовало несколько взрослых парней, вернулся домой сильно пьяным, был возбужден, вел себя неадекватно. Мать отвезла его на прием на такси к дежурному наркологу, по его направлению был госпитализирован в наркологическое отделение, откуда после купирования интоксикации был переведен в детское отделение.

Жалобы при поступлении на слабость, головную боль.

Психический статус при поступлении: Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Моторно неусидчив. Контактирует формально, в беседе демонстративен, манерен. Контакт избирательный, лжив. Мимика вялая. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Волевые качества не зрелые. Мышление в замедленном темпе, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, суждения инфантильные, четких планов на будущее нет. Влечение к алкоголю отрицает. Критика снижена. Установка на лечение и трезвость низкая.

Невролог: синдром минимальной мозговой дисфункции.

Режим отделения соблюдал формально. В кругу сверстников адаптировался, претендовал на лидерство. Требования врача выполнял.

В результате лечения нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к алкоголю не отмечалось. Установка на трезвость сомнительная. Критика к заболеванию формальная.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 6

Девушка, 15 лет. Учащаяся общеобразовательной школы, 7 класс.

Поступила в детское наркологическое отделение повторно по направлению нарколога.

Воспитывается в неполной семье. Мать развелась с отцом из-за его пьянства, когда больной было 3 года. Живет с матерью и старшей сестрой 19-ти лет в двухкомнатной квартире. Росла и развивалась соответственно возрасту. Страдает хроническим пиелонефритом, хроническим гастритом, врожденным пороком сердца. 8 месяцев назад перенесла ЗЧМТ, последствий не отмечает. Училась посредственно, классы не дублировала, с одноклассниками отношения формальные. По характеру пассивная, подчиняемая. Мать много работала, воспитанием дочерей

занималась мало. В последние 3 года начала встречаться с мужчиной, часто ночует у него, вместе с ним выпивает, дочерьми почти не интересуется. Больная много времени проводила с сестрой, слушалась ее во всем, старалась подражать. С 13 лет входит в компанию сестры, вместе с ними выпивала 1-2 раза в месяц, в основном алкогольные коктейли, переносит их хорошо, доза до 500 мл в сутки. Сестра на протяжении 2-х лет употребляет героин, наркотики доставал парень, с которым сестра встречается. Год назад упростила сестру дать и ей попробовать «уколоться». Эффект от наркотика был приятен, спустя несколько дней инъекцию повторила, в дальнейшем употребляла героин систематически, первоначальная доза выросла в 7-8 раз, эффект наркотизации был эйфорическим. Друг сестры, приносивший первые дозы и ей, быстро прекратил снабжать ее наркотиком даром, потребовал в уплату за героин вступить с ним в сексуальные отношения. Согласилась на это легко, в дальнейшем вступала кроме него в сексуальные связи с другими молодыми людьми из компании, относится к этому как к неизбежности, сексуального влечения нет. Начала пропускать занятия в школе, успеваемость снизилась. Через 3-4 месяца, при отсутствии дозы героина был общий дискомфорт, боли в теле, головные боли, тревога, нарушения сна. Быстро купировала эти состояния последующей инъекцией. Три месяца назад сестра и ее друг уехали на несколько дней в другой город, осталась без очередной дозы, мать застала ее в состоянии абстиненции, обратилась с девочкой на прием к детскому наркологу, была впервые госпитализирована в детское наркологическое отделение. В отделении находилась в течение месяца, формально соглашалась, что была зависимой от героина, теперь выздоровела, так как больше употреблять его не будет. Режим соблюдала, общалась с другими больными без конфликтов. Два месяца назад была выписана из отделения под наблюдение участкового нарколога. После выписки возобновила обучение. Периодически пропускала занятия без уважительной причины, к учебе относится формально. За прошедший период проживала с матерью и сестрой, отношения в целом удовлетворительные. Общается теперь с ребятами, с которыми познакомилась на отделении. После выписки героин не употребляла. Алкоголь употребляла эпизодически, 3-4 раза в месяц, в основном алкогольные коктейли. Настоящая толерантность 500 мл алкогольного коктейля в сутки. Крепкие спиртные напитки, суррогаты алкоголя не употребляет. Влечение к алкоголю отрицает. АС не сформирован, рвотный рефлекс сохранен. Алкоголизуется только в компании сверстников. Была задержана инспектором в состоянии алкогольного опьянения, что послужило причиной для повторной госпитализации.

Невролог: энцефалопатия смешанного генеза (токсическая, посттравматическая).

Получен положительный результат анализа на наличие ВИЧ – инфицирования. Больная пока не знает об этом.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 7.

Подросток, 17 лет. Учащийся профессионального лицея.

Поступил в детское наркологическое отделение впервые по направлению нарколога.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родился первым ребенком в полной, благополучной семье. В развитии от сверстников не отставал. Воспитывался отцом и матерью в условиях строгости. В целом отношения внутри семьи удовлетворительные, особо доверительные отношения с отцом. Побег из дома, бродяжничество отрицает. ДДУ посещал с 3 лет, был адаптирован. С 6 лет обучался в общеобразовательной школе (начинал обучение в лицее, далее был переведен в обычную школу в связи с неправильным поведением). Учился удовлетворительно, в классе пользовался авторитетом. Классы не дублировал. Закончил 9 классов средней школы г. Иваново. На данный момент обучается в профессиональном лицее № 3 по специальности официант - бармен. К учебе относится формально, допускает пропуски занятий по неуважительной причине.

Постоянных увлечений не имеет. Круг общения – лица старшего возраста, в компании претендует на лидерство. Однократно обсуждался на КДН по поводу кражи пачки сигарет в магазине. Из перенесенных заболеваний: ветрянка, ОРВИ, краснуха. ЗЧМТ неоднократно, 2 раза с потерей сознания. В анамнезе синкопальные состояния. Операций не было. Аллергические реакции отрицает.

Впервые употребил каннабиноиды (гашиш) в 15 лет, в компании друзей. Негативных реакций при первом употреблении не припоминает, испытал «состояние расслабленности». Далее употребил гашиш через 2 недели, затем употреблял эпизодически – 1-2 раза в месяц. Воздержание до 2 месяцев. Защитный рефлекс не утрачен. Патологическое влечение к каннабиноидам не сформировано. Синдром отмены не сформирован. В течение последних 6 месяцев гашиш употреблял эпизодически только в компании подростков. Начальная толерантность 0,15 гр. гашиша, настоящая толерантность 0,15 – 0,2 гр. гашиша в сутки. Последнее употребление гашиша – за 1 день до поступления. Со слов подростка впервые попробовал алкоголь около года назад. Отмечает негативные реакции. Далее алкоголь не употреблял.

При поступлении предъявлял жалобы на слабость, вялость, головную боль. Психический статус при поступлении: Сознание не помрачено. Ориентирована полностью верно. Моторно неусидчив. Контактует формально, в беседе лжив. Мимика живая. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Волевые качества не зрелые. Мышление в замедленном темпе, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, суждения инфантильные, четких планов на будущее нет. Патологическое влечение к каннабиноидам отрицает. Критика снижена. Установка на лечение и трезвость формальная.

Педиатр: хронический компенсированный тонзиллит. Проплапс митрального клапана. Невролог: грубой очаговой симптоматики не выявлено. Резидуальные проявления посттравматической энцефалопатии.

Режим отделения соблюдал формально. В кругу сверстников адаптировался, претендовал на лидерство. В меру общителен, доброжелателен. Требования врача выполнял, внутреннему распорядку отделения подчинялся.

В результате лечения нормализовались сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечения к каннабиноидам не отмечалось. Установка на трезвость средняя. Критика к заболеванию формальная.

Выписан с улучшением по окончании курса лечения. Забран отцом под личную ответственность.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 8

Подросток, 17 лет. Учащийся технического училища.

Находился в детском наркологическом отделении в течение месяца. Поступил впервые по направлению участкового нарколога.

Наследственность отягощена алкоголизмом матери. Родился первым ребенком. Мать лишена родительских прав. Подросток находится под опекой бабушки с малолетнего возраста. С бабушкой отношения теплые, хотя в последнее время стал менее послушным, грубит, когда бабушка высказывает недовольство его друзьями. С отцом отношения не поддерживает, его местонахождение не известно. В развитии от сверстников не отставал. ДДУ не посещал, т.к. «часто болел». Обучался в общеобразовательной школе с 7 лет. Закончил 9 классов общеобразовательной школы (указывает, что до 7 класса учился на «хорошо» и «отлично», далее успеваемость резко снизилась по причине знакомства с компанией асоциальных подростков). После окончания школы стал осваивать профессию повара-кондитера в профессиональном лицее, где и

обучается в настоящий момент. К учебе относится формально. Взаимоотношения с одноклассниками чаще избирательные, общается в основном с девушками. Кружки, секции не посещает, постоянных увлечений не имеет. Себя оценивает как скромного подростка, поддающегося чужому влиянию, малообщительного, ранимого. Судимостей не было, обсуждался на КДН. Перенесенные заболевания: ветрянка, ОРВИ, сотрясение головного мозга с потерей сознания. Из оперативных вмешательств - аппендэктомия. Отмечает, что на изменение погодных условий реагирует головной болью. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Аллергических реакций не было.

Впервые употребил алкоголь в 15 лет в компании подростков, «выпил как все, так веселее». Почувствовал легкую эйфорию, было приятно, чувствовал себя более раскрепощенным. Употребляет алкоголь в течение последних 6 месяцев с частотой 3-4 раза в месяц. Начальная толерантность – 200 мл пива, настоящая толерантность – 0,5 л пива, 0,5 л алкогольного коктейля, максимальная толерантность – 1 л пива или алкогольного коктейля. Рвотный рефлекс сохранен. Количественный и ситуационный контроль сохранены. Влечение к алкоголю не сформировано. Абстинентный синдром не сформирован. Психотические эпизоды, судорожный синдром отрицает. Курит постоянно с 14 лет, по 2-3 сигареты в день. К наркологу обратились по инициативе бабушки.

При поступлении жалобы на слабость, сниженное настроение.

Психический статус при поступлении: Моторно неусидчив, теребит пальцы рук. Общается формально, к контакту не стремится. В беседе демонстративен, манерен. На госпитализацию согласился после длительных уговоров. Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Настроение снижено, дисфоричен. Эмоционально неустойчив. Волевые качества не зрелые. Мышление в замедленном темпе, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, четких планов на будущее нет. Влечение к алкоголю отрицает. Критика снижена. Установка на лечение и трезвость низкая.

Невролог: резидуальные проявления постинтоксикационной энцефалопатии.

Психолог: Выявлены черты демонстративности. Личность эмоционально-лабильная, незрелая, с ослабленным волевым самоконтролем.

Педиатр: ихтиоз.

Режим отделения соблюдал формально. В кругу сверстников адаптировалась, был в меру общителен, из общей массы не выделялся, вдумчив, требовал к себе повышенного внимания

В результате лечения нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к алкоголю не отмечалось. Установка на трезвость сомнительная. Критика к заболеванию формальная.

Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение нарколога.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 9

Подросток, 17 лет. Учащийся школы-интерната 5 вида.

Находился на лечении в детском наркологическом отделении 3 недели. Поступил впервые по направлению нарколога.

Наследственность отягощена алкогольной зависимостью матери. Ребенок находится на иждивении у государства с 4-х лет. Развитие в раннем детстве без особенностей. Посещал ДДУ, был адаптирован. В школу пошел с 7 лет, успеваемость средняя, закончил 9 классов коррекционной школы-интерната 5 вида. С одноклассниками был общителен, дружелюбен. Отношение к учебе отрицательное. Трудовая деятельность с 15 лет – летом подрабатывал в детском лагере, работал с удовольствием. По характеру считает себя застенчивым, малообщительным. Два года назад был условно осужден за кражу суррогатом на 1 год (в компании с другими ребятами украли

в киоске сигареты, пиво и сладости). Состоит на учете в ИДН. Из перенесенных заболеваний отмечает: частые простудные заболевания, хронический пиелонефрит. Впервые употребил алкоголь в возрасте 13 лет в компании сверстников. Выпивает 1 -2 раза в месяц, влечения к алкоголю не испытывает. Со слов больного впервые вдыхать пары ЛОВ (клей «Момент») попробовал год назад. В течение последнего месяца ингалировал ежедневно. Начальная толерантность – 10 мл клея, настоящая толерантность – 50 мл. Испытывает влечение к ЛОВ. Рвотный рефлекс утрачен в течение последней недели. На высоте интоксикации неоднократно видел «мультики – страшилки». Судорожный синдром отрицает.

При поступлении жалоб активно не предъявлял, были выявлены признаки интоксикации ЛОВ. Поведение в отделении: Моторно суетлив, расторможен. В кругу сверстников адаптировался не сразу, был малообщителен. Настроение ровное. Эмоционально устойчив. Волевые качества низкие. Психотической симптоматики не продуцировал. Мышление по темпу замедленно. Когнитивные функции незначительно снижены. Отмечалось патологическое влечение к ЛОВ. Установка на трезвость слабая. Критика к заболеванию формальная. В отделении режим соблюдал.

Психолог: повышенный уровень тревожности и эмотивности. В поведении могут наблюдаться непостоянство, нетерпеливость, элементы демонстративности.

В результате лечения купированы проявления интоксикации, нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Выписан с улучшением под наблюдение нарколога.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 10

Подросток, 17 лет. Учащийся профессионального лицея.

Находился в детском наркологическом отделении в течение месяца, Поступил впервые по направлению нарколога.

Наследственность отягощена алкоголизмом матери, данных об отце не имеет. Рос и воспитывался в детском доме. Развитие в детстве без особенностей. Рос в условиях гипоопеки. Образование среднее. До 3 класса обучался в общеобразовательной школе, с 3 по 9 классы – в коррекционной школе 8 вида. Учился удовлетворительно. Продолжил образование в профессиональном лицее по специальности штукатур - маляр. Семейное положение: холост, детей нет.

Проживает в детском доме. Отношения в д/д в целом удовлетворительные, временами конфликтует с преподавателями, бывает груб, раздражителен. Из характеристики: «в коллективе является отрицательным лидером, оказывающим сильное влияние на сверстников». Судимости не имеет. Состоит на учёте в детской комнате милиции по поводу неправильного поведения.

Перенесённые заболевания: аппендэктомия в младшем школьном возрасте, частые простудные заболевания. Переносил ЗЧМТ неоднократно, без потери сознания.

Судорожные припадки: отрицает. Впервые употребил алкоголь два года назад в компании подростков, пиво – 0,5 л., водка – около 50 мл. Сказал, что алкоголь помогает ему общаться. Состояние опьянения сразу же понравилось. Выпивал эпизодически, чаще по инициативе приятелей. Примерно год назад появилось пристрастие к алкоголю. Стал выпивать чаще. Ждет очередной выпивки с нетерпением, нервничает и злится, когда не удастся выпить. Синдром отмены не сформирован. В течение последних 2 месяцев сформировано систематическое злоупотребление алкоголем, выпивает 1 -2 раза в неделю. Рвотный рефлекс утрачен в течение последних 2 месяцев. Промежутки трезвости до 1 недели. Алкоголь употребляет в компании подростков и в одиночестве. Начальная толерантность- 50 мл водки, 0,5 – 1 л пива, настоящая - 2,5л пива, 100 мл водки, максимальная толерантность – 3 л пива, 100 мл водки. Психотические эпизоды отрицает.

Со слов больного впервые ингалировался ЛОВ в возрасте 11 лет – краска «Серебрянка», ингалировался также клеем, «Морилкой» в течение полугода, 2-3 раза в неделю в компании асоциальных подростков. Патологическое влечение к ЛОВ не сформировано. Воздержание более 3 лет.

При поступлении жалобы на вялость, слабость, сниженное настроение.

Психическое состояние при поступлении: моторно неусидчив. Адекватен ситуации. В беседе недоверчив, подозрителен, лжив, контакт избирательный. Сознание не помрачено. Ориентирован верно. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Волевые качества не зрелые. Мышление по темпу замедленно, последовательное. Влечение к алкоголю отрицает. Когнитивные функции снижены, суждения не зрелые. Способность к абстрагированию снижена. Круг интересов сужен, общается с асоциальными подростками, употребляющими алкоголь. Критика к заболеванию крайне низкая. Установка на трезвость и лечение низкая

Невролог: токсическая энцефалопатия.

Психолог: отмечается своеволие, склонность к импульсивным поступкам, агрессивные реакции в отношении лиц «ближнего» круга, элементы демонстративности.

В отделении подчинялся внутреннему распорядку формально. Временами был груб, агрессивен, режим лечения выполнял формально. В результате лечения купированы проявления интоксикации, нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к алкоголю купировано, критика к заболеванию - низкая, установка на трезвость – формальная.

Рекомендации: амбулаторное диспансерное наблюдение, аминалон по 1 т. утром и днем, «нейромультивит» по 1 т. утром.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования**

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Организация
медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 Психиатрия
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.2

1. Паспорт ОС по дисциплине «Организация медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Знает: - основы логики - философские диалектические принципы общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма (УК-1, ПК-5); - основы международной классификации болезней (МКБ) (ПК-5); - правила оказания неотложной	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения

		<p>медицинской помощи (УК-1, ПК-5, ПК-6);</p> <ul style="list-style-type: none"> – современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при сердечно-сосудистой патологии (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8); – основы нормальной и патологической физиологии сердечно-сосудистой системы (УК-1, ПК-5); – этиологию, патогенез и клинику основных нозологических форм заболеваний сердечно-сосудистой системы (УК-1, ПК-5); – анатомо-физиологические особенности детского возраста, новорожденных и недоношенных детей, пожилого и старческого возраста (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8); – основы сердечно-легочной-церебральной реанимации и ведения восстановительного периода после клинической смерти (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8); <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – обеспечивать необходимый доступ к магистральным или периферическим сосудам для инфузионной терапии, коррекции гиповолемии и показателей гемодинамики (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6); – провести быструю диагностику остановки сердечной деятельности и выполнить стандартный алгоритм сердечно-легочной реанимации (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6); – выполнить лекарственную стимуляцию сердца, при необходимости, электрическую дефибрилляцию сердца (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6); – соблюдать правила техники безопасности и охраны труда средним и младшим медицинским персоналом (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6); <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами интенсивной терапии и при отеке легких (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6); – методом интенсивной терапии при травме груди и сердца (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6); 		
--	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> – методами интенсивной терапии и реанимации при острой сердечно-сосудистой недостаточности, остром инфаркте миокарда, нарушениях ритма сердца (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6); – методами мониторинга показателей кровообращения (инвазивные и неинвазивные); методами электростимуляционной и электроимпульсной терапии (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6); 		
--	--	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
ПК-1	<p>Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и</i></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их</i></p>

	<p>развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p> <p>Владеет: ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p>	<p>Умеет: <u>Не способен к</u> ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p>
ПК-8	<p>Умеет: применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p> <p>Владеет: применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. На фоне какого синдрома может возникать жизнеугрожающая двунаправленная-веретенообразная тахикардия?

- а. WPW-синдрома
- б. синдрома удлиненного интервала QT
- в. синдрома Гайе-Вернике
- г. синдрома Фредерика
- д. синдрома Бругада

2. При каких патологических состояниях не может отмечаться брадикардия?

- а. мерцание предсердий
- б. синоаурикулярная блокада
- в. атриовентрикулярная блокада
- г. пароксизмальная тахикардия

3. Электрокардиостимуляция не показана в следующих случаях

- а. тяжелая форма брадикардии
- б. полная атриовентрикулярная блокада
- в. брадиаритмия с нарушениями желудочкового ритма
- г. тахисистолическая форма мерцательной аритмии
- д. не показана во всех из перечисленных случаев
- е. показана при любом из перечисленных случаев

4. Что не применяется при оказании скорой медицинской помощи больным с ТЭЛА?

- а. тромболитик
- б. снижение артериальной легочной гипертензии
- в. антибактериальная терапия
- г. обезболивание
- д. коррекция дыхательной и сердечной недостаточности
- е. введение прямых антикоагулянтов

5. Какие критерии обязательны для установления диагноза гипертонический криз?

- а. внезапное (или относительно внезапное) начало
- б. обязательное появление или усугубление клинической симптоматики
- в. появление АД выше обычного для больного уровня
- г. развитие тяжелых сердечно-сосудистых осложнений
- д. правильно обязательное сочетание всех признаков указанных в ответах

6. Какое пульсовое давление наиболее типично для кардиогенного шока?

- а. 36-40 мм рт. ст.
- б. 31-35 ммрт. ст.
- в. 26-30 мм рт. ст.
- г. 21-25 ммрт. ст.
- д. 5-20 мм рт. ст. и ниже

7. На догоспитальном этапе к основным принципам терапии острого коронарного синдрома относится

- а. стабилизация систолического артериального давления на оптимальном уровне
- б. искусственная вентиляция легких
- в. электроимпульсная терапия
- г. коррекция кислотно-щелочного состояния

8. Терапевтической дозой добутамина, применяемой для увеличения сократимости миокарда является
- а. 1-2 мкг/кг/мин
 - б. 5-10 мкг/кг/мин
 - в. 10-25 мкг/кг/мин
 - г. 10-15 мг/кг/мин
9. С чего следует начинать скорую медицинскую помощь больному острым инфарктом миокарда при нормальном артериальном давлении?
- а. анальгин 50%-2,0 мл + димедрол 1%-1,0 мл в/в
 - б. анальгин 50%-2,0 мл + реланиум 2,0 мл в/в
 - в. промедол 2%-1,0 мл + реланиум 2,0 мл в/в
 - г. фентанил 0,005%-2,0 мл + дроперидол 0,25%-2,0 мл внутривенно
 - д. нитроглицерин 0,4 мг сублингвально
10. При каком нарушении проводимости сердца кроме электрокардиографических признаков имеются специфические клинические проявления блокады?
- а. синоатриальная блокада I степени
 - б. внутрипредсердная блокада
 - в. атриовентрикулярная блокада I степени
 - г. атриовентрикулярная блокада II - III степени
 - д. внутрижелудочковая блокада
11. Какой препарат относится к антиаритмическим хинидиноподобным средствам?
- а. бретилия тонзилат (орнид)
 - б. прокаинамид
 - в. кордарон
 - г. дифенин
 - д. изоптин
12. Гормоном с высокой прессорной активностью является
- а. кальцитонин
 - б. адреналин
 - в. инсулин
 - г. альдостерон
 - д. пролактин

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

Больной 54 лет, госпитализирован в кардиореанимационное отделение свывраженной одышкой. 3 года назад перенес инфаркт миокарда с зубцом Q, осложненный развитием аневризмы передней стенки левого желудочка.

Объективно: цианоз кожи и слизистых оболочек, акроцианоз. Находится в положении ортопноэ. При перкуссии границы сердца: левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над верхушкой. ЧСС 110 в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. Выявляется значительное притупление перкуторного звука в нижних отделах обоих легких, при аускультации выслушивается большое количество мелкопузырчатых хрипов над всей поверхностью легких. Печень увеличена на 4 см. Отеки нижних конечностей. ЭКГ без динамики.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Задача 2.

У больного 64 лет два часа назад возникла интенсивная боль за грудиной, выраженная слабость, чувство страха. В течение 8 лет страдает стенокардией напряжения. Последние 2 недели после эмоционального напряжения состояние ухудшилось, загрудинные боли возникали при меньшей физической нагрузке, иногда в покое, принимал нитроглицерин до 6 таблеток в день. Объективно: больной заторможен, кожа бледная, холодный пот. Пульс 108 в мин., слабого наполнения, ритмичный. АД- 70/50 мм рт.ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание жесткое, хрипы мелкопузырчатые в нижних отделах легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Задача 3.

Больная 46 лет жалуется на выраженное головокружение, резкую слабость. В течение 4 лет отмечает эпизодическое повышение АД. Около 1,5 часов назад после эмоциональной нагрузки появилась интенсивная головная боль, колющая боль в области сердца, в связи с чем приняла 10 мг нифедипина и таблетку нитроглицерина под язык. Через 10 минут состояние не улучшилось, приняла еще 2 таблетки нитроглицерина и 50 мг каптоприла.

Через 1 час при резком подъеме с кровати был кратковременный обморок.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледна. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультативно: в легких -дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 98 в 1 мин. Пульс 98 в 1 мин, слабого наполнения. АД - 70/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 100 в 1 мин., признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Задача 4.

Студентка медицинского вуза, присутствуя при проведении операции по поводу острого холецистита, внезапно потеряла сознание, упала на пол. При осмотре: кожные покровы бледные, зрачки расширены, дыхание частое, поверхностное, пульсация на сонных артериях сохранена.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Задача 5.

Больной 67 лет обратился в поликлинику с жалобами на головокружение, общую слабость, дважды была потеря сознания. 4 года назад перенес инфаркт миокарда. Объективно: состояние средней тяжести, кожа и слизистые обычного цвета. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультативно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 62 в 1 мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. При проведении суточного мониторирования ЭКГ выявлены эпизоды АВ-блокады 2 ст. Мобитц 2(2:1-4:1), частые периоды асистолии желудочков с максимальной продолжительностью 3,5 сек. Во время осмотра внезапно потерял сознание. Кожа бледная. Пульс и АД не определяется.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Задача 6.

Мужчина 60 лет

Находился на стационарном лечении по поводу трансмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались. На ЭКГ: патологический зубец Q в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал капотен, атенолол и аспирин.

На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Задача 7.

Мужчина 56 лет

В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.

Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент I тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС = 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210/130 мм ртст S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ.

ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроретинопатия.

АНАЛИЗ КРОВИ: холестерин 8,2 ммоль/л, триглицериды 2,86 ммоль/л (в остальном - без особенностей).

АНАЛИЗ МОЧИ: без особенностей.

СЦИНТИГРАФИЯ ПОЧЕК: Правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭХОКГ: Аорта уплотнена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Задача 8.

Больной Н., 63 лет, пенсионер, жалуется на перебои в работе сердца, сердцебиение, чувство нехватки воздуха при ходьбе, слабость. Из анамнеза заболевания: 2 года назад впервые после стресса возникли интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую подлопаточную область, сопровождавшиеся резкой слабостью, обильным потоотделением. Через 30 мин от начала болевого приступа бригадой скорой помощи был доставлен в стационар. Болевой синдром в грудной клетке купирован на догоспитальном этапе и в последующем не рецидивировал. После выписки из стационара принимал -блокаторы, на фоне чего самочувствие пациента оставалось относительно хорошим. Настоящее ухудшение со вчерашнего дня на фоне значительной физической нагрузки (работа в саду). Бригадой СМП доставлен в стационар. Объективно: Кожа бледная, обычной влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах с обеих сторон немногочисленные влажные хрипы, ЧД 28 в мин. Пульс аритмичный, 110 в мин., слабый, мягкий, малой величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 100/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой СКЛ. Ритм сердца неправильный, тоны приглушены, акцент II тона в 3-й точке аускультации. ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Задача 9.

Больной Д., 45 лет, директор завода, доставлен в приемное отделение с жалобами на дискомфорт в области сердца, сухой кашель, сердцебиение, слабость, одышку. Указанное состояние возникло 2 часа назад после психоэмоционального перенапряжения на фоне полного здоровья. Из анамнеза заболевания: в течение последних 3 лет отмечает приступы болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в быстром темпе, длятся до 10 мин, купируются в покое или после приема нитроглицерина через 1 мин. Частота загрудинных болей – 1-2 раза в месяц. Не обследован, лекарственные препараты не принимает. Объективно: Состояние тяжелое. Сознание спутано, возбужден. Повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, влажные. Цианоз губ. Отеков нет. Дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Тоны сердца глухие, ритм неправильный. ЧСС 158 уд/мин. АД 80/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Задача 10.

Больная С., 72 лет, доставлена с жалобами на резкую разлитую головную боль, мелькание мушек перед глазами, головокружение, тошноту, общую слабость, сухость во рту, слабость в правой руке. Из анамнеза заболевания: повышение АД с 42 лет, максимальные цифры АД – 210/100 мм рт.ст. Повышение АД сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой. Относительно регулярно принимает гипотензивные препараты, на фоне терапии АД на уровне 140-150/80-90 мм рт.ст. В 65-илетнем возрасте перенесла ОНМК. Последние 2 года беспокоят одышка при умеренной физической нагрузке и отеки нижних конечностей. Три дня назад (на фоне стресса) прекратила прием гипотензивных препаратов. Сегодня около часа назад появились вышеуказанные жалобы. Объективно: Повышенного питания (вес 98 кг, рост 155 см). Кожные покровы гиперемированы, чистые, повышенной влажности. Отеки стоп, голеней до верхней трети. Мышечная сила в правых конечностях снижена. Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах единичные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 26 в мин. Верхушечный толчок в V межреберье по левой СКЛ, разлитой, ослаблен. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край хряща III ребра, левая – на 2 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент II тона на аорте, шумов нет. ЧСС 78 уд/мин. АД 250/125 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени определяется на 2 см ниже реберной дуги, округлый, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12 11 8 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента (УК-1, ПК-5).
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте его (ПК-6).
3. Определите дальнейшую тактику (ПК-6).
4. Расскажите о принципах дальнейшего обследования и лечения в стационаре (ПК-8).

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования**

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Гериатрия»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 «Психиатрия»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.3

1. Паспорт ОС по дисциплине «Герiatrics»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы профилактики; - организационно-экономические основы деятельности учреждений 		

		<p>здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</p> <p>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нервно-психических заболеваний</p> <p>Умеет:</p> <p>- проводить самостоятельный прием психиатрических больных в диспансере</p> <p>Владеет:</p> <p>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой психиатрических больных</p>		
3.	ПК-5	<p>Знает:</p> <p>- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма</p> <p>- общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики</p> <p>- вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования</p> <p>- основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ</p> <p>- клиническая симптоматика патологических состояний</p> <p>Умеет:</p> <p>- получить информацию о заболевании</p> <p>- применить объективные методы обследования больного</p> <p>- выявить общие и специфические признаки нервно-психического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной помощи (психомоторное возбуждение, эпилептический статус, суицидально-агрессивное поведение)</p> <p>- оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения</p>		

		<p><i>больного из этого состояния</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, патопсихологических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты</i> - <i>определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных нервно-психических заболеваний, обосновать клинический диагноз</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>методикой расспроса больного</i> - <i>методикой наблюдения за пациентом</i> - <i>методикой сбора анамнестических и катамнестических сведений</i> - <i>методикой психопатологического анализа получаемой информации</i> - <i>методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в психиатрии</i> 		
4.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</i> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>дифференцированными методами реабилитации больных</i> 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: <i>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i> Владеет: <i>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</i>	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
ПК-1	Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i> Владеет: <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-5	Умеет: <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i> Владеет: <i>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы</i>	Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

	<i>заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	
ПК-8	<p>Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p> <p>Владеет: <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8

1. Возрастной период «пожилой возраст»

- 1) 60-74 года

- 2) 50-65 лет
- 3) 75-85 лет
- 4) старше 90 лет

2. Возрастной период «старческий возраст»

- 1) 75 лет и старше
- 2) старше 90 лет
- 3) 70-75 лет

3. Геронтология – это:

- 1) наука о старении
- 2) наука о биологических процессах в старческом организме
- 3) наука об апоптозе и репарации

4. Разделы геронтологии:

- 1) все перечисленное верно
- 2) биология старения
- 3) гериатрия
- 4) социальная геронтология

5. Ведущая гипотеза о механизмах старения:

- 1) аутоинтоксикационная теория
- 2) изменения функции нервной системы
- 3) возрастные изменения соединительной ткани
- 4) затухающие самообновления протоплазмы
- 5) адаптационная - регуляторная теория - синтетическая

6. Процесс, стабилизирующий жизнедеятельность организма:

- 1) витаукт
- 2) ремоделирование
- 3) репозиция
- 4) реконструкция
- 5) витаминизация
- 6) омоложение

7. Продолжительность жизни индивидуума определяет взаимосвязь:

- 1) старение и витаукт
- 2) образа жизни и питания
- 3) оптимизма и благоприятных условий труда и быта
- 4) качественным лечением хронических заболеваний и питанием
- 5) качеством жизни и регулярностью ЛФК

8. К биомаркерам старения относят:

- 1) все перечисленное верно
- 2) диастолическое артериальное давление и систолическое артериальное давление
- 3) скорость пульсовой волны
- 4) жизненная ёмкость лёгких, время задержки дыхания
- 5) слуховой порог
- 6) балансировка, вес
- 7) самооценка здоровья
- 8) тест Векслера
- 9) тест Шульте
- 10) сила кисти
- 11) анамнез

9. Преждевременное старение – это:

- 1) ранее развитие возрастных изменений или их выраженность в зависимости от возраста
- 2) перенесенные инфаркты, инсульты
- 3) дислипидемия или сахарный диабет
- 4) последствия возрастных изменений

10. Особенности питания пожилых:

- 1) b, c, d – верно
- 2) растительные жиры 1/3 суточная рациона и больше
- 3) белка – 1г/кг массы тела
- 4) растительно-молочная диета
- 5) увеличение сахара
- 6) увеличение потребления белка (больше 1г/кг массы тела)

11. Заболевания лиц пожилого и старческого возраста изучает:

- 1) геронтология
- 2) гериатрия
- 3) герогигиена

12. Наличие двух и более заболеваний у пациента — это:

- 1) полипрагмазия
- 2) полиморбидность
- 3) полиэтиологичность
- 4) атипичность

13. Одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов — это:

- 1) полипрагмазия
- 2) полиморбидность
- 3) полиэтиологичность
- 4) полиморфность

14. При бессоннице лицам пожилого и старческого возраста рекомендуют

- 1) настой пустырника
- 2) бромиды
- 3) барбитал
- 4) фенотал

15. К развитию пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста предрасполагает

- 1) переутомление
- 2) перегревание
- 3) постельный режим
- 4) стрессы

16. Причина снижения интенсивности боли при инфаркте миокарда у лиц пожилого и старческого возраста

- 1) усиление воспалительной реакции
- 2) ослабление воспалительной реакции
- 3) повышение порога болевой чувствительности
- 4) снижение порога болевой чувствительности

17. Ведущая причина артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста

- 1) атеросклероз
- 2) болезнь Иценко-Кушинга
- 3) хронический пиелонефрит
- 4) феохромоцитома

18. В возникновении язвенной болезни в пожилом возрасте наибольшее значение имеет

- 1) генетическая предрасположенность
- 2) нарушение микроциркуляции в стенке желудка
- 3) повышение кислотности желудочного сока
- 4) психоэмоциональные перегрузки

19. Задержка мочеиспускания у лиц пожилого и старческого возраста часто связана с

- 1) острым гломерулонефритом
- 2) острым пиелонефритом
- 3) острым циститом
- 4) аденомой предстательной железы

20. Заболевание, встречающееся преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста

- 1) гемофилия
- 2) болезнь Шенлейна-Геноха
- 3) железодефицитная анемия
- 4) хронический лимфолейкоз

21. Заболевание, характеризующееся повышенной ломкостью костей из-за снижения содержания в них кальция

- 1) артроз
- 2) ревматоидный артрит
- 3) остеохондроз
- 4) остеопороз

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

Женщина Т.П., 65 лет, ничем особо не болела. Раз в год, проходила сомотр в поликлинике. В конце 2016 г. женщине пришлось поволноваться, т.к. врачи заподозрили у мужа онкозаболевание. В канун нового 2017 года пожаловалась на неопределенный дискомфорт и «пульсацию» в левом подреберье и эпигастрии. Дискомфорт появился примерно месяц – полтора назад и все только усиливался. «Там что – то есть!» - убежденно, указывая пальцем на подреберье, сказала пациентка: «Там, в глубине!» Не обнаружив при осмотре ничего особенного, направили женщину на обследование. ФГДС 30.12.16 г. Очаговая атрофия слизистой антрального отдела желудка.

УЗИ почек 12.01.17 г. Нефроптоз справа. Киста (8мм) паренхимы правой почки.

УЗИ ОБП 12.01.17 г. Грубой структурной патологии не выявлено. Признаков аневризмы брюшной аорты нет.

ОАК, ОАМ, б/х ан-з крови, ТТГ, ЭКГ, рентгенография ОГК, УЗИ ОМТ – никакой патологии не выявили.

На прием Т.П. пришла с жалобами: учащенное и усиленное сердцебиение вне связи с физ.

Нагрузкой, ощущение подергивания в левом подреберье и эпигастрии, ощущение пульсации в руках, метеоризм, отрыжка воздухом. Назначены ирригоскопию, ректороманоскопию, копрологическое исследование. Выявлены - колоноптоз, хр. наружный геморрой вне обострения.

Прошла и маммографию в рамках доп. диспансеризации – патологии не обнаружено. Женщина, между тем, чувствует себя все хуже, поэтому соглашается на консультацию психотерапевта.

Возвращается с диагнозом «Паническое расстройство», начинает принимать фенибут, улучшения нет. Через месяц повторная консультация психотерапевта: диагноз тот же, назначен нозепам. Лечение не эффективно. Беспокоит пульсация и, вроде бы, боли в эпигастрии и левом подреберье, снижение аппетита, похудание. Настроение постоянно плохое, нет желания чем – либо заниматься, так радовавшие раньше хлопоты по выращиванию рассады, теперь только тяготят и раздражают.

Дважды, 17.03.17 г. и 24.03.17 г. пациентка обращалась к помощи гастроэнтеролога. Диагноз: Хр. гастродуоденит с явлениями атрофии СОЖ, Н.р. ассоциированный, с моторными нарушениями. Не искл. ДГР. Хр. панкреатит, латентное течение. ДЖВП. Дисхолия. Лечение, назначенное гастроэнтерологом (нольпаза, кларитромицин, амоксициллин, урсосан, дюспаталин, потом итомед, оmez, фосфалюгель, креон) – не облегчает состояние пациентки. Направили к психотерапевту в третий раз, назначены препараты: триттико, тералиджен, феназепам.

Вскоре подходит очередь на МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства: МР картина объемного патологического образования правой почки. (Почки обычной формы, расположения и размеров: правая – 9,6x4,2x4,9. В средней трети правой почки определяется объемное образование с четкими ровными контурами, изо – гиперинтенсивное по T2 и изо –

гипоинтенсивное по T1 ВИ, размером 21x22x24 мм. После введения контрастного в-ва, определяется неоднородное усиление сигнала от выявленного образования.

Корковое и мозговое в-во отчетливо дифференцируются, паренхима не истончена. ЧЛС не расширены, без дефектов наполнения. Надпочечники структурно и размерами не изменены. Региональные л/узлы не увеличены). Хр. холецистопанкреатит.

С 26.05.17 г. по 15.06.17 г. пациентка находилась в онкодиспансере. Выписана с диагнозом : Светлоклеточная карцинома правой почки без инвазии I ст. р T1 N0 M0. Нефрэктомия справа 06.06.17 г.

На прием явилась только после приглашения 27.07.17 г. « А зачем приходите? Я себя прекрасно чувствую. Препараты, рекомендованные психотерапевтом, со дня операции не принимаю.» В октябре месяце Т. П. сообщила, что у нее опять появилось ощущение пульсации в левом подреберье и по совету психотерапевта она возобновила прием тералиджена и тритико с положительным эффектом.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 2.

Женщина 64 лет. Считает себя больной в течение 10 лет. Периодически проходит курсы лечения с диагнозом: Атопический дерматит. Хотя, пациентка утверждает, что выставляли: Нейродермит. Улучшения отмечает, но не поймёт почему у мамы - экзема, а у родной сестры - псориаз? Но, в последнее время, появились новые высыпания с сильным зудом. "Это всё от нервов" - утверждала она, т.к. работает педагогом в школе. И, когда, уже "зуд стал не в терпёж, да и предыдущие мази перестали помогать", обратилась к врачу. Подумала, что появилась экзема или псориаз.

Status localis: Кожные покровы сухие. На коже сгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов - эритематозные очаги с шелушением, инфильтрацией, лихенификацией, папулами. На коже верхних конечностей - папулы, геморрагические корочки, эксфолиированные папулы, эрозии. На коже сгибательной поверхности лучезапястных суставов - блестящие полигональные папулы, часть с фиолетовым оттенком и пупкообразным вдавлением. На коже тыльных поверхностей кистей - эритематозные бляшки с шелушением, лихенификацией. В очагах - белый дермографизм.

Пациентка направлена на лечение в дневной стационар. Комментарии по наблюдению: Больная считает, что раз появились новые высыпания, зуд стал сильнее, то всё это от нервов. Ведь работает учительницей. Частично, она права. Да и эксфолиированные папулы свидетельствуют о нервозности пациентки.

Клинический диагноз: Атопический дерматит, стадия обострения. Красный плоский лишай, активная фаза.

В повседневной практике дерматолога встречается целый ряд хронических заболеваний, в возникновении/рецидивировании которых клинически очевидна роль психогенных воздействий. К ним, в первую очередь, относятся атопический дерматит, истинная экзема, псориаз, рецидивирующий простой герпес, хроническая крапивница, гнёздная плешивость, красный плоский лишай, розацеа, витилиго и др. Провоцирующая роль психогенных факторов при кожных заболеваниях издавна отмечалась врачами. Традиционно, в интерпретации патогенеза психосоматических дерматозов, доминировало психоцентрическое направление, постулирующее психогенез, как линейную модель формирования психосоматических болезней. К этому направлению принадлежат психологические (психоаналитические) концепции: концепция вегетативного невроза (Т.French, F.Alexander, 1941 г.), связывающая манифестацию психосоматических расстройств с актуализацией "бессознательных", сформировавшихся в результате ретенции подавленных эмоциональных реакций, конфликтов (в том числе семейных); концепция ре- и десоматизации, концепция психосоциального стресса, воздействие которого также интерпретируется в качестве основной причины возникновения психосоматических заболеваний. Однако, как свидетельствуют данные современных исследований, большинство кожных

заболеваний (атопический дерматит, псориаз и др.), традиционно относимых к психосоматическим, в своем развитии имеют прежде всего генетическую и иммунологическую основу. Психогенные же воздействия, выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению дерматоза лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 3.

Женщина, 67 лет.

Жалобы при поступлении: Галлюцинации, бред, слышимость голосов в голове, страх за свою жизнь, повышение температуры до 38.5С.

Анамнез заболевания. Заболела около месяца назад, когда появились расстройства психики, поведенческие нарушения. Далее состояние ухудшалось, около 5-7 дней назад появилась гипертермия. После очередного психического обострения дети принудительно показали мать психиатру, рекомендована госпитализация.

Анамнез жизни. Временно не работает. Содержит 7 кошек. Двое детей. Без вредных привычек. Пенсионерка.

Локальный статус. Больная возбуждена, плохо ориентирована. Температура тела 38.3С. За последний месяц похудела на 7 кг.

Общий статус. Состояние: средней тяжести. Сознание: заторможена. Кожные покровы и видимые слизистые: следы кошачьих царапин, остальное без видимой патологии. Лимфатическая система: увеличены шейные лимфоузлы до 1.5 см. Пульс: 77 уд. в мин.

АД: 145/90 мм.рт. ст. Тоны сердца: приглушены. ЧД: 24 в мин. Органы дыхания: Без особенностей. Язык: сухой, обложен (желтый налет). Живот: не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика: — Перитонеальная симптоматика: отсутствует. Стул: оформленный. Патологические примеси: нет. Мочеиспускание: свободно. Симптом Пастернацкого: отрицательный с обеих сторон. Определяется гепатоспленомегалия (печень +4 см)

К сожалению, провести серологическую диагностику для уточнения диагноза не представлялось возможным в условиях данного ЛПУ. В связи с этим было решено произвести пункционную биопсию лимфоузлов, что позволило подтвердить диагноз токсоплазмоз по наличию тахизоитов. Как известно, токсоплазмоз не требует специального лечения без весомых поводов. Была выбрана наблюдательная тактика. Через 7 дней у больной стали нарастать явления интоксикации, отека головного мозга. Был назначен фансидар (приём начался с 10 дня), симптоматическая терапия. Состояние больной прогрессивно ухудшалось, на 11 день стационарного лечения больная скончалась.

Патологоанатомический диагноз: ОСН: Токсоплазмоз, острая форма, с поражением головного мозга, миокарда и лимфатических узлов. ОСЛ: Отек головного мозга. Отек легких. Дистрофические изменения паренхиматозных органов. Параноидная шизофрения.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 4.

Мужчина 67 лет. Жалобы при поступлении: нарушение речи, слабость в правых конечностях.

Anamnesis morbi (Анамнез заболевания). Гипертоническая болезнь несколько лет с максимальным повышением АД до 160 и 100 мм.рт.ст., принимал гипотензивные препараты.

Anamnesis vitae (Анамнез жизни). Образование среднее. Пенсионер, работает сторожем. Служил в армии. Наследственность не отягощена

Состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Кожные покровы и видимые слизистые: оболочки бледно-розового цвета. Пульс: 76 уд.в мин. АД: 160/80 мм. рт. ст. Тоны сердца: ясные. ЧД: 18 в мин. Органы дыхания: При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык: влажный, не обложен. Живот: не вздут, мягкий, безболезненный. Перитонеальная симптоматика: отсутствует. Стул: оформленный Мочеиспускание: свободно. Симптом Пастернацкого: отрицательный с обеих сторон

Другие данные общего осмотра: Лицо асимметричное, центральный парез VII и XII справа. Правосторонний гемипарез.

Проведенные исследования:

ОАК: Эритроциты 6,25, Гемоглобин 168, Лейкоциты 10,5., Тромбоциты 584, СОЭ 2, п 2, с 84, м 4, э3, б 1, п 6.

БАК: о.белок 70,9, глюкоза 5,34, мочевины 5,10, креатинин 94, о.билирубин 7,9, прямой билирубин 1,4. калий 4,9, натрий 138, кальций общий 2,28, хлор 104, алат 27, асат 27,5, ЛДГ 303, КФК 197, холестерин 3,7, триглицериды 2,12 ОАМ: св/желтая, прозрачная, 1014, кисла, белок не обнаружен, глюкоза не обнаружена.

Эритропоэтин - 2,3 (4,3-29,0)

Кровь на ген JAK 2 -мутация гетерозигота

Коагулограмма: АЧТВ 39,6, ПТИ 88, МНО 1,09, фибриноген 2,65

Кровь на RW отриц.

КТ головного мозга: ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА. Комбинированная гидроцефалия

Рентгенография органов грудной клетки: Без инфильтративных изменений

УЗИ селезенки, почек, надпочечников. Размеры 159,5*65 мм, S =100. Контур ровные, структура однородная. Селезеночная вена в области ворот d 6мм. Заключение спленомегалия. УЗИ почек, надпочечников без патологии

ЦДК БЦС: Нестенозирующий атеросклероз магистральных артерий шеи. Нарушений гемодинамики в экстракраниальном отделе сонных артерий не выявлено. Деформация магистральных артерий шеи, вероятно, как проявление гипертонической макроангиопатии. Снижение кровотока по правой ВСА и правой ПА. Доминирующая левая ПА.

ЭКГ: синусовый ритм, ЭОС расположена горизонтально

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 4.

Мужчина, 62 лет.

Жалобы при поступлении: жалоб не предъявляет, заторможен.

Anamnes morbi (Анамнез заболевания). В поликлинику на прием невролога мужчину привели его братья, сообщившие, что пациент отравился угарным газом. Больной по национальности - кореец, выращивал лук, в ноябре, чтобы согреться, сжигал рубероид прямо в палатке. В ночь происшествия вместе с ним в палатке была молодая кореянка, которая тоже отравилась угарным газом. Оба пострадавших утром были доставлены в реанимационное отделение, через неделю обоих выписали из стационара. Родственники отметили, что после выписки мужчина никого не узнавал, часами сидел, уставившись в одну точку. Не просил кушать, пить или в туалет. В госпитализации в неврологическое отделение и ПНД отказано, мотивировано необходимостью ухода и крайне плохой выживаемостью. Пришлось лечить пациента амбулаторно.

Anamnes vitae (Анамнез жизни). Физически здоров, занимался выращиванием лука, арбузов, дынь на арендованных полях. Женат, 3 детей. Туберкулез, вен.заболевания отрицает.

Локальный статус: Заторможен, не ориентируется в пространстве, времени и собственной личности, не узнает родственников и жену. Не знает, где он находится, как его зовут. Оправляется прямо в кабинете врача.

Общий статус. Состояние: тяжелое. Сознание: сопор. Кожные покровы и видимые слизистые: чистые. Пульс: 78 уд.в мин. АД: 120/80 мм. рт. ст. Тоны сердца: глухие. ЧД: 17 в мин. Органы дыхания: Над легкими чисто, дыхание везикулярное. Язык: сухой, обложен. Живот: не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика: ослаблена. Стул: оформленный. Патологические примеси: —. Мочеиспускание: свободно. Симптом Пастернацкого: отрицательный с обеих сторон.

Проведенные исследования:

ОАК и ОАМ - без патологии

Рентгенограмма органов грудной клетки - норма

ЭКГ - умеренные диффузные изменения миокарда.

Предварительный диагноз: Апатический синдром с потерей памяти, ориентации в пространстве, времени и собственной личности после отравления угарным газом.

Назначения: микстура Павлова, антидепрессанты, глюкоза с аскорбиновой кислотой, витамины группы В, электрофорез по Вермелю с бромом, электрофорез с кофеином, в питании: горячий шоколад, кофе, крепкий чай.

Заключительный диагноз: Апатический синдром с нарушением психики после отравления угарным газом.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 5.

Мужчина, 65 лет

Жалобы при поступлении: на тошноту без связи с приёмом пищи, неприятные ощущения в эпигастриальной области

Anamnes morbi (Анамнез заболевания). Считает себя больным с 14 лет, когда после употребления суррогатного крепкого алкоголя отметил появление непроходящей тошноты. Обратился в поликлинику по месту жительства, на ЭГДС - поверхностный гастрит, получал блокаторы H₂-рецепторов. Лечение без особого эффекта, поэтому больше к врачам не обращался, тошноту терпел. Отмечает, что тошнота никогда не сопровождалась рвотой. Устраняла её только изрядная доля крепкого алкоголя, поэтому ежедневно употреблял 1-2 бутылки пива и по выходным - водку.

В 2008 г обратился к терапевту, направлен на консультацию гастроэнтеролога, на ЭГДС - хронический гастродуоденит, при УЗИ - признаки хронического панкреатита, диффузные изменения печени. Получал омез, креон, без эффекта, затем назначался какой-то противорвотный препарат, который также не помог.

В 2010 г после развода тошнота усилилась, стала почти невыносимой, вновь обратился к гастроэнтерологу частной клиники. Выявлены эрозии слизистой желудка, получал ИПП. На фоне лечения эрозии зарубцевались, но тошнота сохранялась. Обследован на всех возможных и невозможных паразитов, все анализы отрицательные. И для определения причин тошноты пациент поступил в отделение гастроэнтерологии.

Anamnes vitae (Анамнез жизни)

Рос и развивался нормально. Образование высшее. Работает IT-специалистом в крупной компании. За пределы Москвы и области последние 6 мес не выезжал. Отец и мать живы, страдают ИБС, ГБ. В разводе, детей нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. Кожные покровы и видимые слизистые: обычной окраски, умеренно влажные. Пульс: 80 уд.в мин. АД: 110/75 мм. рт. ст. Тоны сердца: ясные. ЧД: 16 в мин. Органы дыхания: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет

Язык: влажный, обложен белым. Живот: не вздут, мягкий, безболезненный, перистальтика: отчетлива. Перитониальная симптоматика: отсутствует. Стул: оформленный. Патологические примеси: нет. Мочеиспускание: свободно

Симптом Пастернацкого: отрицательный с обеих сторон.

На запястье левой руки поперечный шрам после попытка суицида в 15-летнем возрасте из-за несчастной любви. На груди и животе такие же шрамы от порезов, якобы подростковым возрасте входил в криминальную группировку (что, однако, вызывало сомнения, такие шрамы вполне можно было нанести своей рукой)

Проведенные исследования

ОАК: гемоглобин –154.4 г/л, эритроциты $4.939 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0.93, лейкоциты – $4.70 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 51.96%, лимфоциты – 38.15%, моноциты – 6.86%, эозинофилы – 2.72 %, базофилы – 0.31%, тромбоциты – $192.7 \times 10^9/л$, СОЭ - 3 мм/ч, НСТ –43.90 %, MCV - 88.8 fL, MCH - 31.27 pg, MCHC – 35.17 g/dL.

Биохимия: натрий – 137.0 ммоль/л, калий – 4.47 ммоль/л, АЛТ – 23 ед/л, АСТ – 27 ед/л, амилаза – 138 ед/л, Г-ГТ – 67 ед/л, ЩФ – 65 ед/л, общий белок – 7.9 г/дл, альбумин – 4.4 г/дл, билирубин общий – 0.7 мг/дл, креатинин – 1.0 мг/дл.

Маркеры вирусов гепатита В,С, ВИЧ, сифилиса отрицательно

Анализ мочи и кала: в пределах нормы

УЗИ брюшной полости: Печень нормальных размеров: левая доля 47 мм, правая доля – 107 мм, контуры ровные. Паренхима уплотнена по портальным трактам. Воротная вена – 11 мм. Желчный пузырь расположен низко, размерами 68 x 20 мм, стенки уплотнены, с перегибами у шейки, в просвете осадок. В желудке натощак содержимое. Поджелудочная железа: 20 x 13 x 15 мм, контуры ровные. Паренхима гиперэхогенная. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка 95 x 35 мм, контуры ровные, паренхима средней эхогенности. Селезеночная вена в воротах 6.2 мм. Правая почка расположена низко, 101 x 44 мм, контуры ровные. Паренхима 16 мм. ЧЛС не расширена. Левая почка 93 x 51 мм, контуры ровные, паренхима 17 мм. ЧЛС не расширена. Заключение: Диффузные изменения печени. Низкое расположение и деформация желчного пузыря, наличие осадка в просвете.

ФЭГДС: Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается полностью. В желудке умеренное количество слизистого секрета с примесью желчи. Складки невысокие, рельефные, расположены продольно. Слизистая ярко гиперемирована в антральном отделе, угол не изменен, привратник проходим, луковица 12п кишки гиперемирована на всем протяжении. Область БДС без видимой патологии. Заключение: Рефлюксный гастрит, пилородуоденит.

МРТ головного мозга: Органической патологии не выявлено.

Предварительный диагноз: Хронический билиарный панкреатит в стадии обострения. Хронический гастродуоденит.

Исходя из жалоб и анамнеза заболевания, отсутствие эффекта от приёма ИПП и других гастроэнтерологических препаратов, а также учитывая данные ЭГДС, УЗИ, анализов крови, было предположено, что тошнота связана с органической патологией головного мозга, что не подтвердило МРТ. Пациент был направлен на консультацию психиатра.

Заключительный диагноз: Вялотекущая шизофрения

Для дальнейшего лечения пациент был направлен в психиатрическую больницу. Находясь там, он считал, что еще находится в отделении гастроэнтерологии. Оказалось, что пациент наблюдался в психдиспансере, однако, не счёл нужным указать при опросе.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 6

Больная А., 67 лет на приеме у невролога предъявляет жалобы на чувство жара, эпизодические головные боли давящего характера, нарушение памяти, концентрации внимания (недавно села не на тот автобус), на слабость, быструю утомляемость и раздражительность. Из анамнеза известно, что много лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин.

В общем статусе: Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая. ЧДД 14 в минуту. Перкуторно в легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 68 удара в

минуту. АД 128/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул со склонностью к запорам, мочеиспускание в норме.

В неврологическом статусе: Черепно-мозговые нервы: Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу- норма. Зрачки S=D. Фотореакции умеренные. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Конвергенция умеренная. Чувствительных нарушений на лице не выявлено. Носогубные складки S=D.

Глотание не нарушено. Фонация сохранена. Мягкое небо подвижно, глоточный рефлекс сохранен. Язык по прямой линии.

Двигательная сфера: движения в конечностях сохранены в полном объеме. Тонус мышц диффузно снижен. Сила мышц в конечностях удовлетворительная. Фибриллярных и фасцикулярных мышечных подергиваний - нет. Гиперкинезов нет.

Рефлекторная сфера: Сухожильные рефлексы с рук и ног симметричные, живые. Патологических рефлексов не выявлено.

Чувствительная сфера: чувствительных нарушений не выявлено.

Координаторно-статическая сфера: ПНП, ПКП выполняет неуверенно. В позе Ромберга легкое пошатывание.

Наличие эпилептических припадков отрицает. Менингеальных знаков нет. Функция тазовых органов не нарушена. Симптомы натяжения отрицательные.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 7.

Пациентка М., 70 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость при физической и умственной нагрузке, редкие головные боли давящего характера, несистемное головокружение, пошатывание при ходьбе (больше влево), снижение фона настроения.

Указанные жалобы появились исподволь, без видимой причины и за последний год, со слов пациентки, усиливаются по выраженности. В анамнезе длительная неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ) с повышением АД до 180/110 мм рт. ст., обычное для больной АД 160-150/100-90. В течение последних 5 лет страдает сахарным диабетом, который в настоящее время находится в состоянии субкомпенсации.

При осмотре: черепно-мозговая иннервация интактна, за исключением рефлексов орального автоматизма, легкая гипомимия. Парезов нет. Мышечный тонус незначительно повышен по пластическому типу, но без феномена «зубчатого колеса», больше в левых конечностях.

Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, но в пробе на диадохокинез выявляется отставание левой руки.

Походка: обращает на себя внимание небольшое отставание левой ноги при ходьбе.

Нейропсихологическое тестирование: MMSE – 27 баллов Часы нарисовала правильно.

Обращает на себя внимание медленное выполнение нейропсихологических проб.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 8.

Больной А., 64 года, пенсионер. Жалуется на приступы судорожных подергиваний правой руки, начавшиеся около 4 месяцев назад и повторяющиеся 2-3 раза в месяц.

В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались генерализованные тонико-клонические судороги. Беспокоит также головная боль с рвотой, головокружение несистемного характера. После приступа, который длится 2-3 минуты, отмечается слабость в правой руке, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа.

Из анамнеза известно, что пациент 4 месяца назад перенес ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой ВСА, атеротромботический вариант. Атеросклероз церебральных артерий. Окклюзия левой ВСА 70%. Длительно страдает гипертонической болезнью, нерегулярно употребляет антигипертензивные препараты, курит.

Неврологический статус: Запахи различает. Поля зрения не изменены. Зрачки D=S, фотореакции живые; реакция на конвергенцию ослаблена; объем движения глазных яблок полный. Чувствительность на лице сохранена; болезненности точек выхода тройничного нерва не определяется. Носогубные складки D<S. Нистагма нет. Глотание, фонация не нарушены; мягкое небо подвижно; глоточный рефлекс живой, вкус сохранен. Девиация языка вправо. Объем активных движений полный. Повышение мышечного тонуса по пирамидному типу (спастическому) в правых конечностях. Снижение мышечной силы в правых конечностях до 4б. Амiotрофии не определяются. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания не определяются. Сухожильные рефлексы с рук D>S, с ног D>S. Брюшные рефлексы abs. Подошвенные рефлексы D>S, выявляются справа патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма. Чувствительность сохранена. Гиперкинезы не определяются. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов не нарушены.

Данные доп. методов обследования:

Глазное дно без патологии.

На ЭЭГ – эпилептиформной активности не обнаружено.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 9.

Пациентка: женщина, 87 лет.

Предъявляет жалобы на слабость и онемение левой верхней конечности в течение последних двух дней. Со слов сына, ее левая половина лица "обвисла".

Анамнез заболевания: медикаментозное лечение не получала, отсутствие подтвержденной документально истории болезни.

Данные объективного обследования:

Выполнена КТ головы без контрастирования (из отделения неотложной помощи) – региональная гиподенсуация в правой височной доле, исходящая из коры головного мозга в белом веществе - потеря дифференцировки серого/белого вещества - стертость борозд правой височной и теменной долей (из-за ишемии и возникшего отека) -некоторые хронические микрососудистые ишемические заболевания перивентрикулярного белого вещества - желудочки и цистерны сохранены, внутричерепное кровоизлияние или новообразования отсутствуют - вероятно, присутствует инфаркт неизвестного времени возникновения (подострый и острый) – рекомендовано МРТ.

МРТ головного мозга (из отделения неотложной помощи) – аксиальная проекция, диффузно-взвешенное изображение - повышенный сигнал в правой задней теменной доле - ограниченная диффузия – карта измеряемого коэффициента диффузии - соответствующий пониженный сигнал соответствует острому инсульту в правой задней теменной доле.

Ультрасонография сонных артерий - гиперэхогенные кальцинированные бляшки в правом каротидном синусе и в проксимальном отделе внутренней сонной артерии с 50-69% стенозом с повышенной скоростью во внутренней сонной артерии -гемодинамически незначительный стеноз в левом каротидном синусе.

Трансторакальная эхокардиография (нет снимков) – нормальные размеры и функционирование левого и правого желудочков – отрицательная эхокардиограмма с контрастным веществом.

КТ – ангиография с контрастированием (сагиттальная проекция) -крупные кальцифицированные бляшки в правой каротидной бифуркации и проксимальном отделе внутренней сонной артерии - гемодинамически значимый стеноз 64%.

КТ головы без контраста (после ухудшения левосторонней слабости и потери чувствительности) – участок пониженной плотности в правой височной доле - два новых очага кальцификации в правой сильвиевой щели, которые не обнаруживались на предыдущих исследованиях, вероятно, представляют собой дальнейшую острую тромбоэмболию - более заметные желудочки и цистерны - нет внутрочерепного кровоизлияния или масс-эффекта.

МРТ головного мозга (после ухудшения левосторонней слабости и потери чувствительности) – диффузно-взвешенное изображение – увеличение интервала в размере сигнала в правой височной и теменной области – на карте измеряемого коэффициента диффузии есть соответствующее уменьшение сигнала.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 10.

Пациентка Н., 1951 г.р., проходила лечение в геронтологическом отделении с жалобами на головокружения, шум в голове, физическую слабость, плохой сон, сниженную способность справляться с домашними делами. В отделении быстро адаптировалась, с персоналом и другими пациентами была контактна, доброжелательна, но часто настроение менялось, была плаксива, затруднялась объяснить причину такого состояния, плохо засыпала, сон был поверхностным, с пробуждениями.

Анамнез жизни: Родилась младшей из четверых детей в полной семье. В раннем развитии не отставала. Посещала ДДУ, адаптировалась нормально. В школу пошла своевременно, окончила 8 классов общеобразовательной школы, затем техникум по специальности технолог швейного производства. Всю жизнь работала швеей. На пенсии с 55 лет. Замужем с 21 года, живет с мужем, от брака двое детей, отношения в семье ровные. С подросткового периода плохо переносит жару, душные помещения – теряет сознание, укачивает в транспорте. Тяжелые соматические заболевания, травмы, операции, ЧМТ отрицает. Курение, употребление алкоголя и наркотических веществ отрицает.

Анамнез заболевания: Последние 2 месяца без видимой причины усилились головокружения, появилась апатия, слабость, нарушился сон, перестала справляться с домашними делами. Ранее проходила стационарное лечение в терапевтическом отделении, выписана с диагнозом: Гипертоническая болезнь 3 ст. ГЛЖ. Р4. ХСН1. ФК2.

Соматическое состояние: невысокого роста, удовлетворительного питания (58кг), правильного телосложения. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Сердечные тоны приглушены, АД 100/70 мм.рт.ст, пульс 74 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Физиологические отправления в норме.

Результаты дополнительных методов исследования:

Консультация психиатра: Психическое состояние: Сознание не помрачено, контактна. Ориентирована всесторонне верно. Во время осмотра моторно спокойна, на вопросы отвечает подробно, анамнестические сведения сообщает в достаточном объеме, последовательно, иногда сбиваясь на описание несущественных событий. Внешне достаточно опрятна, зоровый контакт поддерживает. Походка неустойчива, медленная. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не обнаруживает. Мышление по темпу не изменено, обстоятельное, логически не нарушено. Эмоционально лабильна, фиксирована на своих переживаниях, просит помощи. Суицидальных и антисоциальных тенденций не высказывает. Память снижена на текущие события, забывает, куда кладет вещи, что хотела сделать. Достаточно ориентирована в социально бытовых вопросах. Интеллект грубо не снижен. Абстрагирование доступно. Внимание неустойчивое. Сон с частыми пробуждениями и поздним засыпанием. Критика к состоянию присутствует.

Заключение: Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство. Рекомендовано обследование и лечение в психосоматическом отделении психиатрического стационара.

Консультация невролога: зрачки равны. Фотореакции и конвергенция в достатке. Рефлексы живые. В позе Ромберга неустойчива, ПНП выполняет. Менингеальных знаков нет. Походка с пошатыванием. Заключение: Недостаточность кровообращения ВББ. Легкий атаксический синдром.

Консультация психолога: на момент обследования выявлены признаки истощаемости когнитивных процессов. Интеллектуальная деятельность соответствует низкому возрастному уровню нормы. Присутствуют признаки преобладания эмотивного и психастенического компонентов в структуре личности на фоне. Личность склонна к эмоциональным формам реагирования в значимых для нее ситуациях.

Опросник Шмишека: эмотивный тип акцентуации (21балл). Опросник Айзенка: значительная интроверсия, средняя эмоциональная стабильность у флегматика. УНП: уровень невротизации повышен, высокий уровень психопатизации. Тест Равена: IQ<80 (интеллектуальная эффективность ниже допустимого уровня).

ОАК: Эр.- 4,0 Т/л, Нб-122 г/л, ЦП-0,91. Гематокрит 32,7%, тромбоциты-332. Лейк-6,3, Э-3%, П-1%, С-67%, Л-23%, М-6% г/л. СОЭ-18 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза-5,2 ммоль/л, билирубин общий 12,7 мкмоль/л, прям-2,5 мкмоль/л; мочевины-3,4 ммоль/л, креатинин-70 мкмоль/л. Общий белок-78 г/л

Уровень витамина Д – 15 нг/ммоль.

ОАМ: уд.вес-1,015, св.желт., щелочная р-я, белок отр., сахар отр. эп.пл. 1-2., лейкоц.0-2 в п/з.

ЭКГ: ритм синусовый, регулярный с ЧСС 76 уд/мин. ЭОС не отклонена.

ЭХО ЭГ: Срединный комплекс не уширен. Смещения срединного комплекса не регистрируется.

Дополнительных ЭХО-сигналов нет, пульсация ЭХО-сигналов не изменена.

РГ ОГК: без патологии.

РГ черепа: турецкое седло в пределах нормы. Тени сосудов сужены. Кости свода черепа без патологии.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Неврология»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 «Психиатрия»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.4

1. Паспорт ОС по дисциплине «Неврология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы профилактики; организационно-экономические основы деятельности учреждений 		

		<p>здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</p> <p>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нервно-психических заболеваний</p> <p>Умеет:</p> <p>- проводить самостоятельный прием психиатрических больных в диспансере</p> <p>Владеет:</p> <p>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой психиатрических больных</p>		
3.	ПК-5	<p>Знает:</p> <p>- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма</p> <p>- общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики</p> <p>- вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования</p> <p>- основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ</p> <p>- клиническая симптоматика патологических состояний</p> <p>Умеет:</p> <p>- получить информацию о заболевании</p> <p>- применить объективные методы обследования больного</p> <p>- выявить общие и специфические признаки нервно-психического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной помощи (психомоторное возбуждение, эпилептический статус, суицидально-агрессивное поведение)</p> <p>- оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения</p>		

		<p><i>больного из этого состояния</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, психологических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты</i> - <i>определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных нервно-психических заболеваний, обосновать клинический диагноз</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>методикой расспроса больного</i> - <i>методикой наблюдения за пациентом</i> - <i>методикой сбора анамнестических и катамнестических сведений</i> - <i>методикой психопатологического анализа получаемой информации</i> - <i>методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в психиатрии</i> 		
4.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>принципы и методы формирования здорового образа жизни</i> - <i>организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</i> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</i> 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: <i>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i> Владеет: <i>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</i>	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
ПК-1	Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i> Владеет: <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-5	Умеет: <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i> Владеет: <i>определяет у пациентов патологические</i>	Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

	<i>состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	
ПК-9	<p>Умеет: <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i></p> <p>Владеет: <i>системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i> <i>выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</i></p>	<p>Умеет: <i>Не способен формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i></p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

001. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
а) верхней прямой

- б)наружной прямой
 - в)нижней прямой
 - г)нижней косой
- 002.Мидриаз возникает при поражении
- а)верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - б)нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - в)мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - г)среднего непарного ядра
 - д)ядра медиального продольного пучка
- 003.Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
- а)T6 или T7
 - б)T8 или T9
 - в)T9 или T10
 - г)T10 или T11
- 004.При центральном пирамидном параличе не наблюдается
- а)гипотрофии мышц
 - б)повышения сухожильных рефлексов
 - в)нарушения функции тазовых органов
 - г)нарушения электровозбудимости нервов и мышц
- 005.Хореический гиперкинез возникает при поражении
- а)палеостриатума
 - б)неостриатума
 - в)медиального бледного шара
 - г)латерального бледного шара
- 006.Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а)латерально
 - б)медиально
 - в)вентрально
 - г)дорсально
- 007.Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а)латерально
 - б)медиально
 - в)вентрально
 - г)дорсально
- 008.Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
- а)в продолговатом мозге
 - б)в мосту мозга
 - в)в ножках мозга
 - г)в зрительном бугре
- 009.Медиатором тормозного действия является
- а)ацетилхолин
 - б)ГАМК
 - в)норадреналин
 - г)адреналин
- 010.Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
- а)в латеральном ядре бледного шара
 - б)в полосатом теле

- в) в медиальном ядре бледного шара
 - г) в субталамическом ядре
011. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия
- а) мозжечковая
 - б) сенситивная
 - в) вестибулярная
 - г) корковая
012. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
- а) красное ядро
 - б) люисово тело
 - в) черное вещество
 - г) полосатое тело
013. Биназальная гемианопсия наступает при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительной лучистости
 - г) зрительных трактов
014. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) наружного коленчатого тела
 - г) зрительной лучистости
015. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
- а) биназальная
 - б) гомонимная
 - в) битемпоральная
 - г) нижнеквадрантная
016. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) зрительной лучистости
 - г) внутренней капсулы
017. Через верхние ножки мозжечка проходит путь
- а) задний спинно-мозжечковый
 - б) передний спинно-мозжечковый
 - в) лобно-мосто-мозжечковый
 - г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый
018. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
- а) обонятельного бугорка
 - б) обонятельной луковицы
 - в) височной доли
 - г) теменной доли
019. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов
 - г) зрительной лучистости с двух сторон
020. Истинное недержание мочи возникает при поражении
- а) парацентральных долек передней центральной извилины
 - б) шейного отдела спинного мозга

- в) поясничного утолщения спинного мозга
 - г) конского хвоста спинного мозга
021. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется
- а) в верхних отделах моста мозга
 - б) в нижних отделах моста мозга
 - в) в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
 - г) в ножках мозга
022. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании
- а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
 - б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
 - в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
 - г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
023. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
- а) динамическая
 - б) вестибулярная
 - в) статическая
 - г) сенситивная
024. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексов справа очаг локализуется
- а) в левом мосто-мозжечковом углу
 - б) в правом полушарии мозжечка
 - в) в мосту мозга слева
 - г) в области верхушки пирамиды левой височной кости
025. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают
- а) астроциты
 - б) олигодендроглициты
 - в) микроглициты
 - г) эпендимоциты
026. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла
- а) вестибулярного
 - б) крылонебного
 - в) коленчатого
 - г) Гассерова
027. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается
- а) на третьем месяце внутриутробного развития
 - б) в конце первого года жизни
 - в) в начале второго года жизни
 - г) на последнем месяце внутриутробного развития
028. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов
- а) C1-C4
 - б) C2-C5
 - в) C3-C6
 - г) C4-C7
 - д) C5-C8
029. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а) C5-C8

- б)С5-С8, Т1-Т2
 - в)С6-С8
 - г)С8-Т2
- 030.Нервные импульсы генерируются
- а)клеточным ядром
 - б)наружной мембраной
 - в)аксоном
 - г)нейрофиламентами
- 031.В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят
- а)черное вещество
 - б)гиппокамп
 - в)миндалина
 - г)мамиллярные тела
 - д)ретикулярная формация
- 032.На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра
- а)нежное и клиновидное
 - б)спинно-мозгового пути тройничного нерва
 - в)подъязычных нервов
 - г)лицевого, отводящего нервов
- 033.В состав среднего мозга не входят
- а)красные ядра
 - б)ядра блокового нерва
 - в)ядра глазодвигательного нерва
 - г)ядра отводящего нерва
- 034.Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения
- а)бледного шара
 - б)хвостатого ядра
 - в)красного ядра
 - г)таламуса
- 035.Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается
- а)вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
 - б)спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
 - в)нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
 - г)спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
- 036.Истинный астереогноз обусловлен поражением
- а)лобной доли
 - б)височной доли
 - в)теменной доли
 - г)затылочной доли
- 037.Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении
- а)наружных отделов зрительного перекреста
 - б)язычной извилины
 - в)глубинных отделов теменной доли
 - г)первичных зрительных центров в таламусе
- 038.Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде
- а)неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
 - б)инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
 - в)телец Меркеля
 - г)телец Фатера - Пачини

039. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга
- а) С3-С4
 - б) С5-С6
 - в) С7-С8
 - г) С8-Т1
 - д) Т1-Т2
040. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка
- а) на свет
 - б) на болевое раздражение
 - в) на конвергенцию
 - г) на аккомодацию
041. Больной со зрительной агнозией
- а) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
 - б) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
 - в) не видит предметы по периферии полей зрения
 - г) видит предметы, но не узнает их
042. Больной с моторной афазией
- а) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - б) не понимает обращенную речь и не может говорить
 - в) может говорить, но не понимает обращенную речь
 - г) может говорить, но речь скандированная
043. Больной с сенсорной афазией
- а) не может говорить и не понимает обращенную речь
 - б) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - в) может говорить, но забывает названия предметов
 - г) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
 - д) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
044. Амнестическая афазия наблюдается при поражении
- а) лобной доли
 - б) теменной доли
 - в) стыка лобной и теменной доли
 - г) стыка височной и теменной доли
045. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении
- а) ножек мозга
 - б) моста мозга
 - в) продолговатого мозга
 - г) покрышки среднего мозга
046. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении
- а) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
 - б) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
 - в) колена внутренней капсулы слева
 - г) заднего бедра внутренней капсулы слева
047. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится
- а) в основании ножки мозга
 - б) в заднебоковом отделе продолговатого мозга
 - в) в области красного ядра
 - г) в основании нижней части моста мозга

048. При сочетании двустороннего синдрома Горнера с расстройством болевой и температурной чувствительности на руках с наибольшей вероятностью можно предположить наличие у больного

- а) спинальной формы рассеянного склероза
- б) цервикальной синдрома
- в) экстрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
- г) интрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
- д) верно а) и в)
- е) верно б) и г)

049. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие

- а) нижнего вялого парапареза
- б) диссоциированной параанестезии
- в) нарушения функции тазовых органов по центральному типу
- г) сенситивной атаксии нижних конечностей

050. Ветвью шейного сплетения является

- а) малый затылочный нерв
- б) подкрыльцовый нерв
- в) лучевой нерв
- г) срединный нерв

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

Больной З., 27 лет

Доставлен машиной скорой помощи с диагнозом «Отек легких».

Жалобы при поступлении на: нехватку воздуха, одышку.

Анамнез заболевания: Со слов жены известно, несколько часов назад производил обработку квартиры дихлофосом от насекомых. Через полчаса появилась одышка, стало трудно дышать, присоединилось слезотечение, слюноотечение, снижение остроты зрения, несколько раз был жидкий стул, с болезненными позывами, учащенное мочеиспускание. Из хронических заболеваний называет хронический гастродуоденит. Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Status praesens: Состояние тяжелое. В сознании. Рост 185 см., масса тела 90 кг.

Температура тела 36,7 С. Кожные покровы бледные, общий гипергидроз. Видимые слизистые влажные. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно.

Пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы, без патологии.

Перкуторный звук притуплен. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, стридорозное. Частота дыхания 30 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудной линии.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 59 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Шум трения перикарда отсутствует. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 59 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины.

Артериальное давление - S = D 150/90 мм.рт.ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый. Усиленное слюноотделение. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, болезненный.

Нижний край печени по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не

пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: В сознании. Наблюдается психомоторное возбуждение. Зрачки D=S, миоз. Объем движений глазных яблок полный. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Язык по средней линии. Фибриллярные подергивания мышц рук. Объем активных движений полный. Тонус мышц немного повышен. Глубокие рефлексы с рук S=D, оживлены; с ног D<S, оживлены. Подошвенные – abs. Брюшные – abs. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – мимопопадание с обеих сторон. Мелкоамплитудный тремор рук. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга - не проверялось из-за тяжести состояния.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 2.

Больная У., 38 лет.

Доставлена в стационар с направительным диагнозом: «Анемия неясной этиологии».

Жалобы при поступлении на: на общую слабость.

Анамнез заболевания: Анамнез со слов мужа. Ранее работала на химическом производстве, имела контакт с ртутью. В 2010 году собрала вручную 1 литр разлившейся ртути, после чего лечилась по поводу дерматита. В 2010 году больная госпитализирована в ТО по поводу нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу. Тогда же впервые обнаружено снижение гемоглобина до 87 г\л, ЦП. 1.0. На ФГДС - очаговый атрофический гастрит. От других обследований больная категорически отказалась. В дальнейшем к врачу принципиально не обращалась. Со слов мужа удалось выяснить, что больная из-за внутренних представлений о здоровье ("насмотрелась телевизора") резко ограничила прием пищи. В течение последнего года стала прогрессивно нарастать слабость, нарушилась походка. Последние полгода усилились слабость в конечностях, нарушение координации движений. В течение месяца появилась рвота без причины и на прием пищи. Принимала только соки и минеральную воду. В последний месяц отказалась от еды, питья, в течение около 7 дней находится только в постели, отмечались тошнота, рвота, боли в животе при попытках накормить или напоить ее. В последнюю неделю больная очень мало мочилась, стула не было. По поводу диффузных болей в костях, мышцах, общей слабости вызывали на дом БСМП, вводились какие-то препараты, госпитализация не предлагалась. Амбулаторно взята кровь, обнаружена глубокая анемия, дано направление на госпитализацию.

Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, ОРВИ.

Привычные интоксикации: не курит, алкоголь не употребляет.

Status praesens: Общее состояние больной тяжелое из-за обезвоживания, тяжелой анемии. В сознании, заторможена. Крайняя степень истощения. Цвет кожи желто-бледный, пальцы кистей и стоп - синюшные. Красный оттенок волос. ЧДД 24-26 в минуту. АД 60 и 40 мм рт.ст. Пульс нитевидный. Зубы требуют санации. Глотание нарушено. Печень на 3см ниже края реберной дуги. Температура тела 35.5 градусов.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – abs. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Объем движения глазных яблок полный. Носогубная складка D<S. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Небольшая девиация языка вправо. Мелкий тремор языка. Глоточный рефлекс снижен. Объем активных движений оценить невозможно из-за тяжести состояния. Тонус мышц не изменен. Глубокие рефлексы с рук D=S, оживлены; с ног D=S, оживлены. Подошвенные – D=S. Брюшные – abs.

Интенционный тремор рук. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга проверить невозможно из-за тяжести состояния. Легкая дизартрия.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 3.

Больной Д., 40 лет.

Поступил в стационар с направительным диагнозом: «Железодефицитная анемия».

Жалобы при поступлении на: общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, тупую диффузную головную боль, снижение внимания и памяти, слабость в руках, снижение остроты зрения.

Анамнез заболевания. Данные жалобы появились несколько месяцев назад, появление их ни с чем не связывает. Вначале появилась головную боль тупого характера, слабое головокружение, повышенную утомляемость, затем появилась вялость, раздражительность, нарушение сна, снижение памяти. Далее появилась слабость в руках, они начали «трястись», возникло чувство онемения кистей и стоп. В последний месяц стали беспокоить резкие приступообразные боли в животе. Проходил амбулаторное лечение с диагнозом «железодефицитная анемия», принимал сорбифер по 2 таблетки 3 раза в сутки, без эффекта. В последнюю неделю стал жаловаться на постоянную сонливость.

Анамнез жизни: Работает паяльщиком, занят в основном свинцовой пайкой водородным пламенем.

Наследственность: не помнит.

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, ОРВИ.

Привычные интоксикации: курит по 1 пачке в день около 20 лет, алкоголь не употребляет.

Status praesens: Общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Состояние тяжелое. Рост 180 см., масса тела 80 кг. 8. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы бледные, сухие. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно.

Перкуторный звук над всей поверхностью ясный легочный. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Частота дыхания 19 в 1 минуту.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 86 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 86 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - S = D 110/60 мм.рт.ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Видна лиловато-серая полоска по краю десен. Зев бледно-розового цвета, чистый. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет живая. Недоведение правого глазного яблока кнутри на 5 мм.

Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Носогубная складка D≤S. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Язык прямо. Глоточный рефлекс живой. Объем активных движений полный. Гипотония мышц кистей. Сила мышц в проксимальном отделе рук 4 балла (в основном в разгибателях), в дистальном отделе – 5

баллов, в мышцах ног – 5 баллов. «Свисающая кисть». Глубокие рефлексы с рук $D \leq S$ оживлены; с ног $D=S$, живые. Подошвенные – $D=S$, торпидные. Брюшные – abs. Мелкоамплитудный тремор рук. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга пошатывание. Нарушение болевой и температурной чувствительности по типу перчаток и носок.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 4.

Больной И., 47 лет.

Жалобы при поступлении на: «свист» в голове, усиливающийся при физической нагрузке, стрессе, быстрая физическая утомляемость, снижение памяти на текущие события, периодические эпизоды повышения артериального давления с головной болью, боли в шейном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания: 19 декабря 2008 года отравился угарным газом. Был госпитализирован в реанимационное отделение. С того момента появился «свист» в голове, усиливающийся при физической нагрузке, стрессе; быстрая физическая утомляемость, снижение памяти на текущие события, периодические эпизоды повышения артериального давления с головной болью (в момент подъема АД принимает андипал по 1 таблетке). Периодически проходит стационарное лечение с временным эффектом.

Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Перенесенные заболевания: язвенная болезнь 12-перстной кишки и желудка, хронический бронхит, гипертоническая болезнь.

Привычные интоксикации: курит около 30 лет по 1 пачке в день.

Status praesens: Состояние удовлетворительное. Рост 180 см., масса тела 95 кг. Осанка правильная. Температура тела 36,7 С. Кожные покровы обычной окраски, чистые.

Видимые слизистые влажные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно.

Перкуторный звук над всей поверхностью ясный легочный. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Частота дыхания 16 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудинной линии.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 76 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 76 в минуту, повышенного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - $S = D$ 140/70 мм.рт.ст.

Язык розового цвета, влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: Зрачки $D=S$. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет живая. Объем движения глазных яблок полный. Носогубная складка $D \leq S$. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Небольшая девиация языка вправо. Объем активных движений полный. Тонус мышц не изменен. Глубокие рефлексы с рук $D=S$, живые; с ног $D=S$, живые. Подошвенные – $D=S$. Брюшные – abs. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга –

пошатывание. Болезненность при пальпации остистых отростков на шейном и поясничном уровнях.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 5.

Больной 48 лет, в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в конечностях, больше в кистях и стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, черепные нервы без особенностей, активные движения в конечностях в полном объеме, выявляются снижение мышечной силы в кистях и стопах, атрофия межкостных мышц на кистях, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов конечностей, сухожильные и периостальные рефлексы равномерно снижены, болевая гипестезия по типу высоких перчаток и носков. Анализы крови и мочи без патологии.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 6.

Больной 41 года после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, происшедшие с ним события амнезировал. С того времени беспокоит головная боль, преимущественно по утрам, предпочитал лежать лицом вниз, значительно снизилась память, растерян, не может работать. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании, частично дезориентирован во времени, отмечены ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Перкуссия черепа болезненна, больше справа, скуловой симптом Бехтерева справа, зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний гемипарез со снижением силы до 3.5 баллов, гиперкинез в пальцах левой кисти, сухожильные рефлексы оживлены, больше справа, хватательные стопные знаки с двух сторон, нечетко выполняет координаторные пробы левыми конечностями. На рентгенографии черепа костнодеструктивных изменений не определяется. Глазное дно: диски зрительных нервов умеренно отечны, границы ступены единичные штрихообразные геморрагии, вены заметно расширены, полнокровны.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 7.

Больной Д 48 лет

Жалобы: слабость в ногах, онемение в ногах, больше левой, Тонические сведения в мышцах голени; боль в голеностопных суставах, ограничение движений в левом коленном, правом голеностопном суставах.

Анамнез заболевания: болен с 1996г (после работы в Чернобыле) – появилось онемение в левой ноге, затем правой, практически сразу присоединилась слабость в ногах, больше в левой. Симптоматика медленно нарастает в динамике С 2002 года инвалид III группы. С 2005 года – нестабильность, прием гипотензивных препаратов нерегулярный.

Неврологический статус: ЧМН без особенностей, полиневритическая гипестезия в стопах до середины голеней, выпадение ахилловых, снижение коленных рефлексов; снижение мышечной силы в проксимальных отделах ног справа 4 балла, слева 2-3 балла, в стопах слева 3, справа 4 балла.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 8.

Больной 58 лет

Жалобы: на легкую слабость в руках, умеренно выраженную в ногах, преимущественно в проксимальных отделах; на повышенную утомляемость; на поперхивания при еде, невозможность самостоятельно проглотить твердую пищу.

Анамнез заболевания: первые симптомы заболевания отмечает с 2002 года, когда заметил появление слабости в ногах при выраженной физической нагрузке (подъем в гору), чего не наблюдалось ранее. За медпомощью не обращался. Считает себя больным с 2005 года, когда за 7 месяцев похудел на 20 кг, появилась постоянная слабость в ногах при обычных физических нагрузках, затем в руках. Симптоматика за этот период (7 мес) выросла до легкого пареза в руках, умеренно выраженного в ногах. В последующем присоединились легкие бульбарные нарушения в виде поперхивания при еде, невозможности самостоятельно проглотить твердую пищу. На фоне регулярно проводимой терапии отмечает некоторый регресс неврологической симптоматики.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, легкая S, легкий бульбарный синдром; легкая атрофия □ асимметрия носогубных складок D мышц плечевого пояса, ярче справа; снижение мышечной силы в проксимальных отделах рук 4 балла, проксимальных отделах ног 3 балла глубокие рефлексy S, □ высокие D без патологических знаков; снижение брюшных рефлексов; указательные пробы выполняет уверенно, покачивание в позе Ромберга. Болезненность паравертебральных точек в шейном отделе позвоночника.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 9.

Больной 69 лет

Жалобы: интенсивная боль в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника резко усиливающаяся при движении, иррадиирующие в правую руку, обе ноги; на слабость в ногах, слабость в правой кисти

Анамнез заболевания: 1998 г закрытая сочетанная травма с компрессионным переломом тела L1, состояние после декомпрессивной корпорэктомии L1с передним корпородезом, аллоплантатом от 01.03.98. 2005г – компрессионный перелом тела D6 позвонка. После перенесенных травм беспокоят вышеописанные жалобы.

Неврологический статус: боль паравертебральных точек, ограничение движений в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника, умеренно выраженный парез разгибателей правой кисти (2-3 балла), легкий парез в ногах (4 балла), легкая атрофия правой руки, мышц правого надплечья. Глубокие S, с ног торпидны D=S, легкий атактический синдром, □ рефлексy с рук D гипестезия в правой руке; положительные симптомы натяжения

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).

3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 10.

Больная Л 79 лет

Жалобы при поступлении: интенсивная головная боль, тошнота, рвота, боли в области сердца, гипергидроз

Анамнез заболевания: страдает гипертонической болезнью с повышением АД до 220/...; нерегулярно принимала дибазол, папаверин. 3.10.08 в поликлинике ОКБ (прием к сурдологу) остро развилась сильная головная боль, боли в области сердца, гипергидроз, рвота желчью; зарегистрировано ↑ АД 250/140, с диагнозом «Гипертонический криз, острая гипертоническая энцефалопатия», госпитализирована ревматологическое отделение ОКБ. В последующие дни сохранялось высокое АД 180-200/100, головная боль, рвота. На 3-и сутки с момента заболевания присоединение менингеальная симптоматика.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $d < s$; парезов нет, глубокие рефлексы торпидны $d = s$, рефлексы орального автоматизма.

Регресс менингеального синдрома к 10 дню заболевания

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Задача 11.

Больная Т., 49 лет

Жалобы: диффузная головная боль преимущественно теменно-затылочной локализации, сопровождающаяся тошнотой, рвотой; общая слабость, субфебрилитет

Анамнез заболевания: 17.03.18 при небольшом натуживании остро развилась боль в теменно-затылочной области, повторяющаяся рвота, головокружение. Госпитализирована в неврологическое отделение ЦРБ (аналгин, спазмолитики, мексидол). 18.03 выписана по просьбе больной, сохранялись головная боль, головокружение, тошнота. С 20.03 – субфебрилитет. Направлена с областного приема в стационар по cito.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, болезненность окципитальных точек, легкая ригидность затылочных мышц, 2-х сторонний Кернига

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите этиологию и патогенез заболевания (ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту после выписки для укрепления здоровья (ПК-9).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине «Эндокринология»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - психиатр
Направление подготовки:	31.08.20 «Психиатрия»
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.5

1. Паспорт ОС по дисциплине «Эндокринология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения

		<p>приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 		
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии в условиях диспансера и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы профилактики; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии - санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нервно-психических заболеваний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием психиатрических больных в диспансере <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой психиатрических больных 		
4.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы диспансеризации и диспансерного наблюдения, приказы и нормативные документы - критерии излеченности и показания снятия с учета больных <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения в поликлинике <p>Владеет:</p>		

		<p>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой и метафилактикой психиатрических заболеваний</p>		
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма - общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики - вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования - основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ - клиническая симптоматика патологических состояний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получить информацию о заболевании - применить объективные методы обследования больного - выявить общие и специфические признаки нервно-психического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной помощи (психомоторное возбуждение, эпилептический статус, суицидально-агрессивное поведение) - оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния - определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, патопсихологических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты - определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных нервно-психических заболеваний, обосновать клинический диагноз 		

		<p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой расспроса больного - методикой наблюдения за пациентом - методикой сбора анамнестических и катamnестических сведений - методикой психопатологического анализа получаемой информации - методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в психиатрии 		
6.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинику, дифференциальную диагностику, терапию и профилактику психических заболеваний - клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях - принципы, приемы и методы психофармакотерапии, вопросы интенсивной терапии психозов - основы фармакотерапии при различных формах эпилепсий, пограничных заболеваниях, психических нарушениях при мозговых инфекциях и черепно-мозговых травмах <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценить тяжесть состояния больного, причину его состояния и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния - оказать необходимую срочную первую помощь при психомоторном возбуждении (выбор психотропных препаратов, способа введения) - обосновать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению психофармакотерапии, психотерапии, лечебной педагогике; разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания - обосновать медикаментозную терапию, определить показания и длительность курса лечения <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками диагностики и подбора адекватной терапии конкретной психиатрической патологии - методиками преодоления терапевтической резистентности при 		

		лечении психотропными препаратами. - методиками распознавания и лечения следующих неотложных состояний (психомоторное возбуждение эпилептический статус; острая сердечная и дыхательная недостаточность при фебрильных психозах; отказ от еды; депрессивное состояние с суицидальными тенденциями; острое бредовое состояние; психопатоподобное возбуждение с агрессивностью и аутоагрессивностью)		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
-------------	-----------	--------------

УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> – абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
УК-2	<p>Умеет: управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p> <p>Владеет: управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>
ПК-1	<p>Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-2	<p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное</p>	<p>Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>

	<i>наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i>	
ПК-5	<p>Умеет: <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p> <p>Владеет: <i>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p>	<p>Умеет <u>Не способен определять</u> у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</i></p> <p>Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен к ведению и лечению</u> пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи обследования.</p>
ПК-8	<p>Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p> <p>Владеет: <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен применять</u> природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА A1C, ВЫБРАННЫЙ ВОЗ В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА:

- А. 6,5%
- Б. 6,0%
- В. 5,5%
- Г. 7,0%

2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА:

- А. глюкоза плазмы натощак $>6,7$ ммоль/л
- Б. глюкоза капиллярной крови натощак $>6,7$ ммоль/л
- В. глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л
- Г. глюкоза плазмы натощак $>8,0$ ммоль/л

3. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФАНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. сахарный диабет 2 типа
- Б. нарушенная толерантность к глюкозе
- В. сахарный диабет 1 типа
- Г. абдоминальное ожирение

4. АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ В СОСУДАХ:

- А. почек
- Б. коронарных
- В. селезенки
- Г. нижних конечностей

5. ДОЛГОСРОЧНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТРАЖАЕТ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО:

- А. уровень глюкозы натощак
- Б. уровень гликозилированного гемоглобина
- В. уровень глюкозы через 2 часа после еды
- Г. суточный гликемический профиль в 6-8 точках

6. МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ – ЭТО ЭКСКРЕЦИЯ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ В КОЛИЧЕСТВЕ:

- А. более 300 мг/сут
- Б. менее 30 мг/сут
- В. 30-300 мг/сут
- Г. 20-200 мг/сут

7. К РАЗВИТИЮ ГИПОГЛИКЕМИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:

- А. повышение физической активности
- Б. курение
- В. злоупотребление жирной пищей
- Г. гиподинамия

8. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ УСТРАНЯЮТСЯ:

- А. внутривенным вливанием глюкозы
- Б. употреблением алкоголя
- В. приемом бета-блокаторов
- Г. введением инсулина

9. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ:

- А. назначение ангиопротекторов
- Б. лазерная фотокоагуляция
- В. нормализация гликемического контроля

Г. склеротерапия

10. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕГКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВКЛЮЧАЕТ:

А. п/к введение 1 мл глюкагона

Б. в/в струйное введение 40% глюкозы в количестве 20-100 мл

В. в/в капельное введение 5% раствора глюкозы

Г. прием легкоусвояемых углеводов в количестве 1-2 ХЕ

11. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ:

А. сердечные гликозиды

Б. β -блокаторы

В. диуретики

Г. ингибиторы АПФ

12. САМОКОНТРОЛЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ:

А. определение гликемии, глюкозурии, кетонурии

Б. определение билирубина

В. определение холестерина

Г. анализ мочи общий

13. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГЛЮКОЗУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО:

А. определить уровень глюкозы крови натощак

Б. ограничить употребление углеводов

В. определить уровень инсулина

Г. провести глюкозотолерантный тест

14. ГЛАВНЫМ СИМПТОМОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А. мерцательная аритмия

Б. диффузный гипергидроз

В. наджелудочковая тахикардия

Г. потеря веса

15. АНТИТЕЛАМИ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ ДТЗ ЯВЛЯЮТСЯ:

А. антитела к тиреоглобулину

Б. антитела к микросомальной фракции

В. антитела к рецепторам ТТГ

Г. антитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD)

16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

А. антитела к тиреопероксидазе

Б. антитела к рецепторам ТТГ

В. антитела к тиреоглобулину

Г. антитела к ретробульбарной клетчатке

17. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА

А. компьютерная томография

Б. пункционная биопсия под контролем УЗИ

В. радиоизотопная сцинтиграфия

Г. УЗИ щитовидной железы

18. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МИНИМАЛЬНУЮ ЛУЧЕВУЮ НАГРУЗКУ ДАЕТ

А. УЗИ щитовидной железы

Б. ангиография сосудов щитовидной железы

В. компьютерная томография

Г. радиоизотопная сцинтиграфия

19. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО

А. неравномерная плотность

- Б. гладкая эластическая консистенция
 - В. каменная плотность
 - Г. болезненность
20. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- А. тиреокомб
 - Б. тиреотом
 - В. тиреоидин
 - Г. тироксин
21. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА РЕКОМЕНДУЮТСЯ
- А. глюкокортикоиды
 - Б. препараты йода
 - В. витамины
 - Г. анаболики
22. ОЖИРЕНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ИМТ, РАВНЫМ И БОЛЕЕ
- А. 14,9 кг/м²
 - Б. 18,1 кг/м²
 - В. 25,9 кг/м²
 - Г. 30,1 кг/м²
23. ТИП ОЖИРЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ
- А. андройдное
 - Б. гиноидное
 - В. смешанное
 - Г. гипоталамическое
24. НАРУШЕНИЯ ЖИРОВОГО ОБМЕНА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ
- А. атеросклероз
 - Б. сахарный диабет 2 типа
 - В. ожирение
 - Г. язвенная болезнь 12 п.к-ки
25. ОЖИРЕНИЕ – ФАКТОР РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ
- А. сахарный диабет 2 типа
 - Б. гипертоническая болезнь
 - В. дислипидемия
 - Г. хронический гастрит

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

Больной 34 лет доставлен в больницу бригадой скорой помощи.

Жалобы: состояние тяжелое, заторможен, с трудом указывает на выраженную сухость во рту, жажду, боль в области живота, резкую слабость.

Из анамнеза: ухудшение состояния в течение 2 дня назад после нарушения диеты. Со слов родственников удалось выяснить, что он в течение 7 лет страдает сахарным диабетом 1 типа, на инсулинотерапии, режим питания и лечения регулярно не соблюдает. Сахарный диабет имеет лабильное течение, с склонностью к гипогликемии и кетоацидозу.

При осмотре: состояние тяжелое, положение в постели пассивное. Больной пониженного питания. Дыхание глубокое, выраженный запах ацетона в выдыхаемом воздухе, зрачки сужены. Кожа сухая, бледная, тургор значительно понижен. Язык обложен налетом кофейного цвета. Пульс - 100 в мин., ритмичный, слабого наполнения. АД - 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное, без хрипов. При пальпации органов брюшной полости определяется резкая

болезненность по всему животу. Край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Гликемия – 26,0 ммоль/л.

Общий анализ крови: Нв - 138 г/л, лейкоциты – 14,4 г/л, сегментоядерные нейтрофилы 74%, лимфоциты 22%, моноциты 4%, СОЭ - 12 мм/ч.

В одноразовой порции мочи содержание глюкозы - 444 ммоль/л (80 г/л) ацетон +++++. Холестерин - 8,02 ммоль/л, креатинин - 96 мкмоль/л, калий плазмы крови - 3,8 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 2

Пациентка А., 56 лет, поступила в хирургическую клинику по поводу язвы желудка в бессознательном состоянии.

При осмотре: пациентка среднего роста, лицо лунообразное, багрово-красное, на подбородке и над верхней губой пушковые волосы. Отмечается избирательное отложение жира в области груди и верхней части живота. Конечности худые. На коже живота, плеч, молочных желез широкие полосы растяжения красно-фиолетового цвета, множество акне. Границы сердца расширены влево. Пульс 92 уд./минуту. Артериальное давление 200/110 мм рт.ст. В крови эритроцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия, лимфоцитопения.

Отмечается также гипергликемия, гипернатриемия, гипокалиемия. При специальном исследовании установлено снижение содержания АКТГ и увеличение содержания кортизола в плазме крови.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 3

Больной Т., 20 лет, инвалид 2 группы, доставлен в эндокринологическое отделение бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии.

Жалобы: жалоб ввиду тяжести состояния не предъявляет.

Анамнез заболевания: со слов родственников установлено, что страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 1 года. Негативно относится к лечению инсулином. За 1 неделю до поступления в клинику прекратил введение инсулина. Состояние больного постепенно ухудшилось, нарастала жажда, полиурия, слабость, появилась тошнота, многократная рвота. В день госпитализации потерял сознание.

Анамнез жизни: со слов родственников частые вирусные инфекции в детстве, бронхиты, пневмонии. Травм, переломов, переливаний крови не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Наследственность: у сестры сахарный диабет 1 типа.

Данные осмотра: общее состояние тяжелое, без сознания. Резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь, тургор снижен. Тургор глазных яблок понижен. Температура тела 36,0°C. Сухожильные рефлексы резко ослаблены. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом. Глубокое шумное дыхание. В легких при

аускультации ослабленное дыхание, хрипов нет.

Пульс частый, нитевидный, малого наполнения, 110 ударов в минуту. АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 110 ударов в минуту. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень на 2,0 см выступает из-под реберной дуги, кишечные шумы ослаблены. Отеков не выявлено.

Глюкоза крови в приемном отделении – 28,0 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 4

Больная П., 30 лет, инвалид 3 группы, внезапно потеряла сознание на амбулаторном приеме эндокринолога.

Жалобы: ввиду тяжести состояния жалоб предъявить не может.

Анамнез заболевания: сахарный диабет 1 типа в течение 15 лет. Заболевание имеет тяжелое лабильное течение, диабет часто декомпенсирован, отмечаются как кетоацидоз, так и гипогликемические состояния.

Анамнез жизни: по данным амбулаторной карты пациентка страдает сахарным диабетом 1 типа. В течение 5 лет снижено зрение, осмотрена окулистом, диагноз: пролиферативная ретинопатия.

Вводит инсулин самостоятельно с помощью шприц-ручки.

Данные осмотра: общее состояние тяжелое, без сознания. Кожные покровы влажные. АД 125/70 мм рт.ст., пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Дыхание везикулярное, без хрипов.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков не отмечается.

Глюкоза крови (глюкометром) - 2,7 ммоль/л

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 5

Больной 30 лет доставлен в больницу бригадой скорой помощи.

Жалобы: состояние тяжелое, заторможен, с трудом указывает на выраженную сухость во рту, жажду, боль в области живота, резкую слабость.

Из анамнеза: состояние начало ухудшаться 2 дня назад после пребывания на юбилее у родственников. Удалось выяснить, что он в течение 7 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулин, режим питания и лечения постоянно не соблюдает. Заболевание протекает лабильно, склонностью к гипогликемии и кетоацидозу.

При осмотре: состояние больного тяжелое, положение в постели пассивное. Больной пониженного питания. Дыхание глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, зрачки сужены, Кожа сухая, бледная, тургор значительно понижен. Язык обложен налетом кофейного цвета. Пульс - 102 в мин, ритм слабого наполнения. АД - 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. При пальпации органов брюшной полости определяется резкая болезненность по всему животу. Края печени пальпируются на 3 см ниже реберной дуги. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Гликемия – 26,0 ммоль/л.

Общий анализ крови: Нв - 138 г/л, лейкоциты – 14,4 Г/л, сегментоядерные нейтрофилы 74%, лимфоциты 22%, моноциты 4%, СОЭ — 12 мм/ч.

В одноразовой порции мочи содержание глюкозы - 444 ммоль/л (80 г/л) ацетон +++++.

Холестерин - 8,02 ммоль/л, креатинин - 96 мкмоль/л, калий плазмы крови -3,8 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 6

Пациент 25 лет, болен СД 1 типа 6 лет, поступил в приемное отделение в тяжелом состоянии. Из опроса родственников выяснено, что последние 3 дня ухудшилось самочувствие, беспокоили сильная слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности. Неделю назад заболел острым респираторным вирусным инфекционным заболеванием, повысилась температура тела. Самостоятельно сократил количество принимаемых углеводов. Схема инсулинотерапии не изменилась, уровень глюкозы в крови не контролировал.

Объективно: сознание спутанное, положение пассивное, пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен, кожные покровы сухие, бледные, видны следы расчесов. Язык обложен налетом кофейного цвета, изо рта запах ацетона. Пульс 95 ударов в минуту, наполнения слабого, ритмичный. АД - 110/65 мм рт. ст. Частота дыхания — 21 в минуту, дыхание глубокое, шумное. Живот болезненный при пальпации, печень увеличена на 2,5 см., болезненная при пальпации.

При проведении лабораторных исследований выявлена гликемия 21,5 ммоль/л, калий — 6,1 ммоль/л, креатинин 91,1 ммоль/л, натрий — 132 ммоль/л, рН — 7,23. В анализе мочи — глюкозурия, кетонурия и следы белка.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 7

Пациентка 30 лет, поступила в эндокринологическое отделение по направлению эндокринолога.

Жалобы: на выраженную слабость, сухость кожных покровов, учащенное шумное дыхание, спутанность сознания, потерю массы тела и полиурию.

Из анамнеза: с 20 лет впервые стали беспокоить жажда, полиурия, слабость. Диагноз СД был установлен лишь через 1 год, гликемия натощак 8,4 ммоль/л, уровень HbA1c 9,0%. Семейный анамнез отягощен по сахарному диабету. Уровень гликемии натощак при повторных исследованиях 9,8–10,0 ммоль/л, постпрандиальная гликемия 10,9–13,5 ммоль/л. Для компенсации углеводного обмена назначена интенсифицированная инсулинотерапия. Уровень С-пептида в норме, поставлен диагноз СД молодых (MODY), переведена на диетотерапию и препараты сульфаниламочевины (гликлазид МВ). В течение последующих 2 лет состояние пациентки стабильно, уровень HbA1c снизился до 6,5–7,0. Ухудшение состояния в последние полтора месяца, отмечены прогрессирование слабости, потеря веса (10 кг), увеличение уровня гликемии в течение суток на фоне увеличения дозы гликлазида МВ и сокращения употребления углеводов.

При осмотре: Рост 169, вес 68 кг, ИМТ 26,9 кг/м². Щитовидная железа не увеличена, эутиреоз. Пульс 78 в минуту, ритмичный. АД 165/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧД 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Небольшая отечность голеней.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 8

Больная 40 лет, самостоятельно обратилась к участковому врачу.

Жалобы: на периодические подъемы артериального давления до 190/120 мм рт. ст., сопровождающиеся выраженным беспокойством, потливостью, сердцебиением, чувством комка в горле, паникой. Приступ заканчивался обильным мочеиспусканием, после чего больная засыпала.

Из анамнеза: приступы возникали внезапно, без каких-либо провоцирующих факторов, на протяжении последних полугода 4 раза. Семейный анамнез не отягощен. На протяжении последних 3 лет не предпринималось никаких оперативных и других вмешательств. Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Сама больная связывает появление приступов с нервной обстановкой в семье и на новой работе. В период между приступами никаких жалоб не предъявляет, артериальное давление 120/70 мм рт. ст.

При осмотре: рост 168 см, вес 65 кг, ИМТ 23,0 кг/м². Щитовидная железа не увеличена, периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 86 уд в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, край безболезнен, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 9

Больная М., 24 лет, переведена из хирургического отделения в реанимационное отделение клиники.

Жалобы: резкая слабость, повышение температуры, сердцебиение, выраженная потливость, тошнота, рвота, подъемы артериального давления до 160/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: диффузный токсический зоб 3 степени в течение 3 лет, отмечаются неоднократные рецидивы заболевания. В плановом порядке проведена субтотальная струмэктомия. К вечеру после оперативного вмешательства состояние больной резко ухудшилось, появились боли в горле, сердцебиение, выраженная слабость, диффузная потливость, тошнота, неукротимая рвота, температура тела повысилась до 39,6°C.

Анамнез жизни: частые вирусные инфекции в детстве, бронхиты, пневмонии. В течение длительного времени хронический фарингит с обострениями заболевания 2-3 раза в год. Травм, переломов, переливаний крови не было. Непереносимости лекарственных препаратов не отмечает. Менархе с 11 лет, роды – 1, вес ребенка при рождении 3,5 кг. Наследственность: у матери и сестры аутоиммунный тиреозит, витилиго.

Данные осмотра: состояние тяжелое, больная возбужденная, речь невнятная. Температура тела 39,8°C. Рост - 170 см, вес – 55 кг. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь. Наблюдается мелкий тремор обеих рук. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа при пальпации плотная, болезненная, рубец гиперемирован. Шейные лимфатические узлы не увеличены. ЧД 28 в мин. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 160 уд./мин., высокого наполнения, напряжен. Тоны сердца ритмичные, звучные, тахикардия. АД 150/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот симметрично участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Печень при пальпации выступает на 1,5 см из - под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Отеков не выявлено. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 10

Больная 38 лет, преподаватель.

Жалобы: на постоянное сердцебиение, дрожание рук, потливость, потерю веса, учащение стула до 4-х раз в сутки.

Из анамнеза: заболела после психотравмы около 2 месяцев назад, появились вышеперечисленные жалобы, лечение не проводила.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 56 кг. Суетливость, нерациональные движения, многословность, быстрая речь, дрожание пальцев рук, кожа влажная, горячая, нежная. Щитовидная железа диффузно увеличена до II степени, эластичная. Тоны сердца ясные, тахикардия. ЧСС 120 в мин., Пульс 120 ударов в минуту., аритмичный. АД 130/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Отеков нет. Стул не изменен.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)

5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

№ 11

Больная А., 58 лет, медсестра, обратилась на прием к невропатологу.

Жалобы: отмечает судороги мышц лица, чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез заболевания: в течение месяца отмечала головные боли, головокружение, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, боли в области сердца, сердцебиения, нарастающую общую и мышечную слабость. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда после перенесенной кишечной инфекции усилились перечисленные симптомы, появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» в области верхних и нижних конечностей, приступы затруднения дыхания и удушья.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний частые простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, неоднократно тяжелые черепно-мозговые травмы. По поводу распространенного остеохондроза, наблюдалась у невролога территориальной поликлиники. Отмечала подъемы артериального давления, но антигипертензивную терапию не проводила. Уровень артериального давления в последнее время не контролировался. Месяц назад оперирована по поводу узлового эутиреоидного зоба. После операции жалоб не предъявляла. Эндокринологом не осмотрена. Менархе с 11 лет, роды – 2, вес ребенка при рождении 3,0 кг и 3,9 кг, менструальный цикл не нарушен. Наследственность не отягощена.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, несколько заторможена. Судорожные подергивания скелетных мышц. Питание достаточное, телосложение правильное. Рост 160 см, вес 70 кг, ИМТ 27,3 кг/м². Кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мускулатуры лица, верхних и нижних конечностей. Дисфагия. Речь невнятная. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В области передней поверхности шеи гиперемизированный послеоперационный рубец без признаков воспаления. Щитовидная железа при пальпации плотная, безболезненная, узлы пальпаторно не определяются. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в дыхании. ЧД 22 в мин. Дыхание затруднено, при аускультации везикулярное, без хрипов. Пульс 98 уд./мин., АД 150/90 мм.рт.ст. на обеих руках. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических расстройств не отмечает. Почки не пальпируются. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план обследования, с его обоснованием. Оцените данные исследований (ПК-6).
3. Предложите план ведения и лечения больного (УК-2, ПК-6).
4. Сформулируйте план проведения диспансерного наблюдения за больным (ПК-2)
5. Объясните этиологию и патогенез возникновения данного заболевания. Оцените влияние различных факторов на развитие данного заболевания. (ПК-1).
6. Предложите план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

к рабочей программе практики

**Индивидуальное задание на производственную (клиническую) практику
*«Обучающий симуляционный курс»***

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач - психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б1

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения производственной
(клинической) практики «Обучающий симуляционный курс»**

Ординатор _____

Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____

(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

Перечень общеврачебных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Удаление инородного тела верхних дыхательных путей	5
2	Коникотомия, коникопункция	5
3	Базовая сердечно-легочная реанимация	5
4	Промывание желудка	5
5	Сифонная клизма	5
6	Пункция периферической вены	5
7	Катетеризация периферической вены	5
8	Пункция плевральной полости	5
9	Катетеризация мочевого пузыря (мягким катетером)	5
10	Временная остановка наружного кровотечения	5
11	Наложение мягкой повязки	5
12	Остановка носового кровотечения	5
13	Иммобилизация конечности при травмах	5
14	Неотложная помощь при внутреннем кровотечении	5
15	Определение группы крови и резус-принадлежности крови (индивидуальной совместимости)	5

Перечень специальных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Методика первичного психопатологического обследования	10
2	Экстренное введения средств, купирующих психомоторное возбуждение	10
3	Внутривенное введение психотропных средств	10
4	Психофармакотерапия в том числе одномоментная отмена (метод «зигзага»)	10
5	Укладывание больного, наложения языкодержателя, освобождения дыхательных путей от слизи и инородных тел	10
6	Удерживание беспокойного больного, наложение фиксирующих повязок	10
7	Удерживания больного при искусственном кормлении, проведения искусственного кормления, введения желудочного зонда	10
8	Определения стадии гипогликемии при инсулинотерапии, выведения больного из гипогликемического состояния и шока	10
9	Проведение электросудорожной терапии	10
10	Составление индивидуальных программ психосоциальной реабилитации больных.	10
11	Оформление медицинской документации	10

Руководитель практики _____ / _____ /

(подпись руководителя)

ФИО

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по производственной
(клинической) практике
«Обучающий симуляционный курс»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б1

1. Паспорт ОС по производственной (клинической) практике «Обучающий симуляционный курс»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1- 2 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1- 2 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1- 2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	1- 2 год обучения
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	1- 2 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1- 2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	Знает: - методологию диагноза Умеет: - анализировать и интерпретировать результаты клинических методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения	1. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр
2.	УК-2	Знает: этику и деонтологию врача Умеет: - управлять коллективом; - общаться с коллегами и больными независимо от их социальных, этнических конфессиональных и культурных различий	1. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр
3.	ПК-5	Знает: - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Умеет: - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического	1. Дневник практики 2. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>обследования;</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования; - сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; <p>Владеет</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования; 		
4.	ПК-6	<p>Знает: основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p> <p>Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p> <p>Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплект практико-ориентированных заданий</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>
5.	ПК-7	<p>Знает: алгоритмы выполнения практических навыков</p> <p>Умеет: оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеет: основными общеврачебными и специальными навыками оказания медицинской помощи</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплект практико-ориентированных заданий</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>
6.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности <p>Владеет: оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении</p>	<p>1. Дневник практики</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, объем выполненных навыков.

2.2. Оценочное средство: Комплект практико-ориентированных заданий.

2.2.1. Содержание

Комплект практико-ориентированных заданий включает проверку практических навыков, представленных в рабочей программе (общеврачебных и специальных навыков) (УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7)

Примеры практико-ориентированных заданий:

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

№ 1

Женщина, 53 лет, страдает нарушением ритма сердца. Внезапно потеряла сознание, упала. Пульса на сонной артерии нет. Дыхание отсутствует, зрачки узкие.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

№ 2

Продемонстрируйте алгоритм оценки суицидального риска (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Наладить первоначальный контакт и установить отношения для откровенной беседы	
2. Навык снятия эмоционального напряжения и тревожности в ходе ведения опроса	
3. Оценить наличие суицидальных мыслей: основания для суицидальных идей	
4. Выяснить характер суицидальных идей: пассивны ли они (желание умереть/не жить, заснуть и не проснуться) или наполнены активным содержанием достигая уровня конкретных намерений.	
5. Оценить наличие суицидальных намерений	
6. Оценить наличие суицидального плана	
7. Оценить наличие суицидального поведения.	
8. Оценить наличие факторов, сдерживающих реализацию суицида	

9. Провести динамическую оценку факторов риска суицида по Колумбийской шкале суицидального риска (C-SSRS)	
10. Продемонстрировать навык безоценочного отношения к проблемам пациента	

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Шкала оценивания:

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;
- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;
- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;
- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения практико-ориентированных заданий, проверяющих выполнение не менее двух общеврачебных навыков и не менее двух специальных навыков. Каждый навык оценивается отдельно по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ОБЩЕВРАЧЕБНЫМ НАВЫКАМ

№ 1

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 53 лет, страдает нарушением ритма сердца. Внезапно потеряла сознание, упала. Пульса на сонной артерии нет. Дыхание отсутствует, зрачки узкие.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

№ 2

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Вы находитесь на продовольственном рынке, мужчина рядом с Вами пробует сливу. Внезапно его лицо стало бледным, затем синюшно-багровым, он сильно испуган, судорожно открывает рот, вдоха нет, глаза навывкате, слезотечение.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (удаление инородного тела из верхних дыхательных путей) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Наличие кашля	
4	Оценка дыхания	
5	Оценка сознания	
6	Ревизия ВДП	
7	Тактика действий в зависимости от возраста, особенностей телосложения	
8	Проведение приема Геймлиха	
а)	правильность расположения рук оказывающего помощь и туловища пострадавшего	
б)	число и последовательность тракций	
10	Эффективность проведения	
11	Последующие действия	

№ 3

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Машиной СМП в стационар доставлен больной, 37 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, однократный жидкий стул, слабость, сухость во рту, головокружение, нарушение зрения, слабость. Болен 2-й день.

Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 37,1°C, в легких дыхание везикулярное, пульс 76 ударов в мин, ритмичный, АД 110/70, язык слегка обложен, суховат, живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в эпигастрии. Голос имеет гнусавый оттенок. Поперхивается при глотании, выявлено ухудшение зрения, опущение век.

За 7-8 часов до заболевания ел маринованные грибы домашнего приготовления.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (промывание желудка) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Оценка сознания	
3	Положение пациента	
4	Выбор размера зонда	
5	Выбор раствора для промывания	
6	Расчет объема жидкости	
7	Техника заведения зонда	
8	Объем одной фракции применяемого раствора	

9	Показания к прекращению промывания желудка	
10	Эффективность	
11	Извлечение зонда	

№ 4

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Пациенту, 35 лет, была назначена внутримышечная терапия цефазолином. Через несколько минут после в/м введения цефазолина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Тоны сердца глухие. Нитевидный пульс 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение пункции периферической вены для введения глюкокортикоидов) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Алгоритм выбора периферической вены	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Выполнить пункцию периферической вены	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	наложение жгута / способы пережатия вен	
г)	обработка кожи в месте пункции	
д)	вскрытие упаковки иглы	
е)	пункция вены	
ж)	забор материала / введение медикаментов	
з)	контроль правильности положения иглы	
и)	извлечение иглы	
6	Утилизация иглы	
7	Дальнейшая тактика	

№ 5

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Больной амбулаторно лечился по поводу ОРВИ. Однако, на фоне лечения, через 5 дней развилась пневмония, что стало основанием для госпитализации.

При нахождении в стационаре состояние ухудшилось. На фоне фебрильной температуры отмечается нарастание одышки и явления дыхательной недостаточности. Перкуторно границы сердца смещены влево, в нижних отделах правой половины грудной клетки тупой звук, дыхание не проводится.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).

2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (пункция плевральной полости) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для пункции	
5	Выбор точки пункции в зависимости от показания	
6	Выполнить пункцию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка операционного поля	
г)	проведение плевральной пункции	
д)	оценка эффективности	
6	Удаление иглы	

№ 6

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщине, 38 лет, в медицинском пункте предприятия проведена вакцинация против гриппа вакциной «Гриппол». Через 5 мин после вакцинации появились жалобы на нехватку воздуха, грубый, лающий кашель с «металлическим» оттенком. Удушье стремительно нарастало. Резко затруднен вдох. Голос стал осипшим. Через 10 мин прибыла бригада «Скорой помощи», вызванная медсестрой.

При осмотре: женщина в сознании, но на вопросы отвечает с трудом, дезориентирована в пространстве. Быстро нарастает цианоз кожи, приобретающий генерализованный характер. Вдох резко затруднен, прерывистый, при дыхании отмечается втяжение яремной ямки, межрёберных промежутков. Дыхание в легких едва прослушивается.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение кониопункции) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для пункции	
5	Место пункции	
6	Выполнить пункцию	

а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка кожи в месте пункции	
г)	пункция	
д)	оценка эффективности	
7	Дальнейшая тактика	

№ 7

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В результате автомобильной аварии у водителя имеется рана левого плеча, из которой отмечается обильное кровотечение. Наложённая повязка промокает алой кровью. Пострадавший бледен, пульс 98 ударов в минуту, на левой руке не определяется.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Положение пациента	
4	Метод остановки кровотечения	
5	Иммобилизация	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

№ 8

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

У женщины, длительное время страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, вследствие случайного ранения проволокой возникло обильное кровотечение непрерывной струёй тёмного цвета. Пульс 90 уд/мин, АД 115/70 мм рт ст.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Положение пациента	
4	Метод остановки кровотечения	

5	Иммобилизация	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

№ 9

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Мужчина 28 лет, предъявляет жалобы на резкую слабость, головокружение, два раза была рвота, рвотные массы напоминают "кофейную гущу". В анамнезе язвенная болезнь желудка. При осмотре: кожные покровы бледные. Язык обложен сероватым налетом. Пальпация живота умеренно болезненная в области эпигастрия. Пульс 98 ударов в мин. АД 100/70 мм рт.ст.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (неотложная помощь при внутреннем кровотечении) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Вызов бригады СМП	
4	Способы уменьшения кровотечения	
5	Расчет объема инфузионной терапии, ее качественный состав	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

№ 10

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В приёмное отделение поступил мужчина, 54 лет, с жалобами на сильные боли и ощущение распирания внизу живота, мучительные позывы к мочеиспусканию, неспособность помочиться. При осмотре: пациент беспокоен, перкуторно над мочевым пузырём тупой звук, пальпация болезненная из-за сильного позыва к мочеиспусканию.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (катетеризация мочевого пузыря мягким катетером) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Собрать набор для катетеризации	
4	Выполнить катетеризацию	

а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка кожи и слизистых	
г)	выбор и подготовка катетера	
д)	заведение катетера	
е)	оценка эффективности	
5	Фиксация катетера	

№ 11

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 64 года, обратилась с жалобами на отсутствие стула в течение 4 суток, отсутствие аппетита, чувство тяжести и боли в нижнем отделе живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, неотхождение газов.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение сифонной клизмы) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать раствор для введения	
3	Собрать набор для проведения сифонной клизмы	
4	Положение пациента	
5	Выполнить манипуляцию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	выбор и подготовка наконечника	
г)	техника и глубина введения	
5	Фракционное введение раствора	
6	Оценка эффективности	
7	Дальнейшая тактика	

№ 12

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

При спуске с горы на лыжах женщина упала, возникли резкие боли в области бедра, усиливающиеся при изменении положения. Встать на ногу не может.

При осмотре: стопа неестественно вывернута наружу, целостность кожных покровов не нарушена.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести иммобилизацию конечностей) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать метод иммобилизации	
3	Правила иммобилизации	
4	Оценка эффективности	
5	Способ и вид транспортировки	

№ 13

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 30 лет обратилась за помощью с резаной раной на наружной поверхности предплечья правой руки.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (наложение мягкой повязки) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать вид повязки	
3	Правила наложения	
4	Оценка эффективности	

№ 14

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В результате удара по переносице кулаком началось обильное выделение крови. Больной беспокоен, сплёвывает кровь, частично её проглатывает

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (остановка носового кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Проведение остановки носового кровотечения	

а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	оценка эффективности методов	
6	Выполнение передней тампонады	
7	Контроль и эффективность	
8	Дальнейшая тактика	

№ 15

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 35 лет, госпитализирована в стационар с целью сохранения беременности. Назначена длительная медикаментозная терапия путём в/в капельного введения препаратов. Вена в области локтевого сгиба на левой руке склерозирована; на правой руке - тонкая.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести катетеризацию периферической вены) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Алгоритм выбора периферической вены	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Выполнить пункцию и катетеризацию периферической вены	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	наложение жгута / способы пережатия вен	
г)	обработка кожи в месте пункции	
д)	вскрытие упаковки катетера	
е)	пункция вены, заведение катетера	
ж)	снятие жгута	
з)	фиксация катетера	
и)	введение медикаментов	
к)	контроль правильности положения катетера	
л)	извлечение катетера	
6	Утилизация иглы, катетера	
7	Дальнейшая тактика	

№ 16

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

По медицинским показаниям больному требуется переливание 200 мл цельной крови. При определении групповой принадлежности крови пациента наблюдалась агглютинация эритроцитов с

целиклоном анти-В и отсутствие агглютинации с целиклоном анти-А. Определение резус-фактора с помощью целиклоном анти-D-супер показало наличие агглютинации.

Задания:

1. Определите группу крови и резус принадлежность крови (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте определение группы крови и резус принадлежности крови на фантоме (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Убедиться в пригодности целиклонов, донорской крови	
2	Надеть маску, очки, фартук, нарукавники, перчатки, обработать перчатки	
3	На блюде написать Ф.И.О. реципиента	
4	Вскрыть ампулы с целиклонами	
5	Получить кровь реципиента	
6	В лунки внести по 1 капле (0,1 мл) целиклонов	
7	Отдельным концом стеклянной палочки или отдельной пипеткой для каждой лунки перенести каплю крови (0,01 мл) в 10 раз меньше капли целиклона с предметного стекла в лунку и смешать с каплей целиклона до гомогенного пятна	
8	Блюде осторожно покачивать в течение 2 мин.	
9	При наличии гемагглютинации с целиклонами анти-А, -В, -АВ проводится тестовый контроль с изотоническим раствором хлорида натрия	
10	Блюде, палочки, пипетки, шприцы, иглы дезинфицируются в 3% растворе хлорамина в течение 1 ч.	

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНЫМ НАВЫКАМ

1. Продемонстрируйте алгоритм сбора жалоб (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Поздороваться с пациентом	
2. Предложить пациенту сесть на стул	
3. Представиться, обозначить свою роль	
4. Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией	
: фамилию	
: имя	

: отчество	
: возраст	
: дата поступления в клинику	
: повторность поступления, кем направлен	
5. Обратиться к пациенту по имени отчеству	
6. Осведомиться о самочувствии пациента	
7. Информировать пациента о процедуре	
8. Получить согласие на её проведение	
9. Спросить у пациента субъективно неприятные для него феномены в порядке значимости для пациента	
10. Спросить у пациента непосредственную причину обращения к врачу	

2. Продемонстрируйте алгоритм сбора анамнеза заболевания (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Спросить у пациента что непосредственно предшествовало данному психическому заболеванию.	
2. Спросить у пациента когда началось заболевание.	
3. Спросить у пациента как (остро или постепенно) началось заболевание.	
4. Уточнить первые признаки болезни.	
5. Уточнить динамику дальнейшего развития болезни.	
6. Спросить у пациента в какой последовательности возникли патологические явления.	
7. Спросить у пациента лечился ли он ранее	
8. Если пациент лечился ранее, то как (амбулаторно или стационарно) и какими методами	
9. Если пациент лечился ранее, то с каким эффектом.	
10. Если пациент не лечился, то уточнить причины не обращения к специалистам	

3. Продемонстрируйте алгоритм сбора анамнеза жизни (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Спросить у пациента сведения о наследственности, сведения о течении беременности матери	
2. Спросить у пациента сведения о развитии больного в детстве, об особенностях воспитания	
3. Спросить у пациента сведения об обучении и полученном образовании	
4. Спросить у пациента сведения о службе в армии (для мужчин)	
5. Спросить у пациента сведения о трудовой деятельности	
6. Спросить у пациента сведения о микросоциальном	

окружении	
7. Спросить у пациента сведения о половом развитии и половой жизни	
8. Спросить у пациента сведения о социально-бытовых условиях проживания	
9. Спросить у пациента сведения о личностных особенностях.	
10. Спросить у пациента сведения о перенесенных заболеваниях и других вредностях (в хронологическом порядке).	

4. Продемонстрируйте алгоритм оценки суицидального риска (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
11. Наладить первоначальный контакт и установить отношения для откровенной беседы	
12. Навык снятия эмоционального напряжения и тревожности в ходе ведения опроса	
13. Оценить наличие суицидальных мыслей: основания для суицидальных идей	
14. Выяснить характер суицидальных идей: пассивны ли они (желание умереть/не жить, заснуть и не проснуться) или наполнены активным содержанием достигая уровня конкретных намерений.	
15. Оценить наличие суицидальных намерений	
16. Оценить наличие суицидального плана	
17. Оценить наличие суицидального поведения.	
18. Оценить наличие факторов, сдерживающих реализацию суицида	
19. Провести динамическую оценку факторов риска суицида по Колумбийской шкале суицидального риска (C-SSRS)	
20. Продемонстрировать навык безоценочного отношения к проблемам пациента	

5. Продемонстрируйте алгоритм купирования психомоторного возбуждения (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Оценить настоящее состояние пациента и диагностировать состояние психомоторного возбуждения	
2. Обозначить вид возбуждения (при возможности) (например, делирий, маниакальное возбуждение и прочее)	
3. Произвести выбор лекарственных препаратов в конкретной клинической ситуации с учетом противопоказаний в зависимости от коморбидных соматических и/или неврологических расстройств	
4. Рассчитать дозировку препарата/препаратов	

5. Определить оптимальный путь/пути введения	
6. Проинструктировать средний медицинский персонал о назначенном лечении	
7. Проконтролировать технику введения лекарственного средства средним медицинским персоналом	
8. При сложностях – уметь провести процедуру самостоятельно	
9. Продемонстрировать навык динамического наблюдения после введения препаратов, знание критериев и предполагаемого срока купирования возбуждения, тактику в случае неэффективности действий	
10. Надлежащим образом оформить запись в истории болезни	

6. Продемонстрируйте алгоритм выявления галлюцинаторных расстройств (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Перечислить состояния, которые могут сопровождаться расстройствами восприятия в виде галлюцинаций	
2. Перечислить способы выявления галлюцинаторных расстройств	
3. Продемонстрировать навык выявления галлюцинаций при клинической беседе	
4. Продемонстрировать навык выявления галлюцинаций путем наблюдения за поведением пациента	
5. Перечислить способы выявления готовности к появлению галлюцинаторных расстройств	
6. Перечислить показания для проведения проб на готовность к галлюцинаторным расстройствам	
7. Продемонстрировать технику проведения пробы Ашафенбурга, интерпретировать ее результаты	
8. Продемонстрировать технику проведения пробы Рейхардта, интерпретировать ее результаты	
9. Продемонстрировать технику проведения пробы Рейхардта, интерпретировать ее результаты	
10. По результатам обследования надлежащим образом оформить запись в истории болезни	

7. Продемонстрируйте алгоритм оценки психического статуса (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Оценить внешний вид больного и особенности поведения: поза, одежда, опрятность, особенности мимики, пантомимики.	
2. Оценить особенности контакта, речи и внимания.	
3. Оценить состояние сознания (ясное, помраченное, бессознательное состояние), ориентировка в месте, времени	

и собственной личности.	
4. Оценить наличие или отсутствие расстройств ощущений (количественные и качественные) и восприятия (иллюзии, галлюцинации, психосенсорные нарушения).	
5. Оценить наличие или отсутствие нарушения мышления по форме (в темпе, структуре мышления) и по содержанию (бредовые идеи, сверхценные идеи, навязчивые идеи).	
6. Оценить наличие или отсутствие расстройств памяти (количественные и качественные).	
7. Оценить уровень умственной деятельности, соответствие его возрасту, образованию, жизненному опыту. Описывается запас знаний и навыков, круг интересов, способность ориентироваться в житейских вопросах, зрелость суждений, аналитико-синтетическая функция, способность к абстрагированию.	
8. Оценить наличие или отсутствие эмоциональных расстройств.	
9. Оценить отношение больного к пребыванию в больнице и лечению, критику пациента в отношении болезни.	
10. Оформить психический статус в истории болезни согласно перечисленным выше пунктам, используя соответствующую терминологию	

8. Продемонстрируйте алгоритм оформления медицинской документации (истории болезни стационарного больного) (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Оформить следующие разделы истории болезни:	
1. Паспортные данные, дата поступления в клинику, повторность поступления, кем направлен.	
2. Жалобы.	
3. Анамнез жизни и заболевания со слов больного.	
4. Анамнез жизни и заболевания со слов родственников (указать, кого конкретно).	
5. Соматическое состояние, неврологическое состояние.	
6. Психическое состояние.	
7. Диагноз.	
8. Схема обследования и лечения.	
9. Дневники.	
10. Эпикриз.	

9. Продемонстрируйте алгоритм оформления медицинской документации (осмотр врача при первичном приеме пациента) (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Получить письменное добровольное информированное	

согласие на госпитализацию	
2. Оформить следующие разделы: паспортные данные, дата поступления в клинику, повторность поступления, кем направлен.	
3. Оформить в истории жалобы пациента.	
4. Оформить в истории анамнез заболевания со слов больного.	
5. Оформить в истории анамнез заболевания со слов родственников (указать, кого конкретно).	
6. Описать соматическое состояние.	
7. Описать неврологическое состояние.	
8. Описать психическое состояние.	
9. Выставить предварительный диагноз.	
10. Составить схему обследования и лечения.	

10. Продемонстрируйте алгоритм фиксации пациента (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Оценить настоящее состояние пациента и диагностировать состояние, являющее показанием для проведения фиксации	
2. Произвести выбор форм и средств фиксации в конкретной клинической ситуации с учетом противопоказаний в зависимости от коморбидных соматических и/или неврологических расстройств	
3. Проинструктировать средний медицинский персонал о назначенной процедуре	
4. Проконтролировать технику фиксации пациента средним медицинским персоналом	
5. При сложностях – уметь провести процедуру самостоятельно	
6. Продемонстрировать навык динамического наблюдения после фиксации	
7. Перечислить осложнения, возможные при фиксации (пролежни, пережатие сосудов и нервов и др.)	
8. Перечислить способы профилактики осложнений фиксации	
9. Проинструктировать средний медицинский персонал об особенностях наблюдения и ухода за фиксированным пациентом	
10. Надлежащим образом оформить запись в истории болезни	

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

к рабочей программе практики

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач - психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б2

Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики

«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»

Ординатор _____
Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

Перечень специальных практических навыков

№	Наименование навыка	Количество
1.	Методика клинического исследования психически больных	
2.	Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар.	
3.	Психофармакотерапия.	
4.	Коррекция невротических и соматических побочных эффектов психофармакотерапии	
5.	Купирование психомоторного возбуждения.	
6.	Проведение дегидратационной и рассасывающей терапии	
7.	Психологические методы исследования	
8.	Параклинические методы исследования.	
9.	Составление индивидуальных программ психосоциальной реабилитации больных.	
10.	Коррекция расстройств сна.	
11.	Фитотерапия пограничных психических расстройств.	
12.	Активная амбулаторная терапия психических расстройств.	
13.	Поддерживающая амбулаторная терапия психических расстройств.	
14.	Купирование алкогольного делирия.	
15.	Купирование алкогольной абстиненции и тяжелой интоксикации.	
16.	Купирование абстиненции и острой интоксикации при синдромах зависимостей от других ПАВ.	
17.	Экспертиза временной нетрудоспособности психически больных.	
18.	Первичная экспертиза через ВК с представлением больного на МСЭК.	
19.	Определение профессиональных ограничений психически больных	
20.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись руководителя) Ф.И.О.

высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Приложение 1
к рабочей программе практики

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по практике
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б2

1. Паспорт ОС по практике «Производственная (клиническая) практика – базовая часть»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1- 2 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1- 2 год обучения
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1- 2 год обучения
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1- 2 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1- 2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	1- 2 год обучения
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- 2 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1- 2 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1- 2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	Знает: - методологию диагноза Умеет: - анализировать и интерпретировать результаты клинических методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
2.	УК-2	Знает: этику и деонтологию врача	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой

		<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - управлять коллективом; - общаться с коллегами и больными независимо от их социальных, этнических конфессиональных и культурных различий 	онные задачи	оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
3.	ПК-1	<p>Знает: основные мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составить план мероприятий по формированию здорового образа жизни - составить план мероприятий по предупреждению возникновения и (или) распространения заболеваний - обеспечить раннюю диагностику заболеваний 	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
4.	ПК-2	<p>Знает: организационные аспекты проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение</p> <p>Владеет: методами клинического обследования пациента</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического обследования; - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования; - сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; <p>Владеет</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования; 	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
6.	ПК-6	<p>Знает: основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p> <p>Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p> <p>Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

7.	ПК-8	<p>Знает: показания и противопоказания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p> <p>Умеет: составить план медицинской реабилитации пациента с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>1, 2, 3 и 4 семестры</p>
8.	ПК-9	<p>Знает: принципы первичной и вторичной профилактики заболеваний</p> <p>Умеет: составить план первичной и/или вторичной профилактики пациенту</p>	<p>1. Ситуационные задачи</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>1, 2, 3 и 4 семестры</p>
9..	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности <p>Владеет: оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении</p>	<p>1. Ситуационные задачи</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>1, 2, 3 и 4 семестры</p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке

клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, оформления клинических диагнозов, объем выполненных навыков.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Аттестация по практических навыков проводится на ситуационных задачах и представляет собой проверку навыков клинического мышления (оценка результатов физикального обследования, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования, оформление клинического диагноза, определения тактики ведения и лечения пациента).

Пример ситуационной задачи:

Больной Ш., 43 лет. В течении 2-х лет страдал обострениями хронического, гнойного правостороннего гайморита, был оперирован, после чего воспалительный процесс прекратился. Однако с этого времени стал крайне ипохондричен, акцентирует своё внимание на тягостных телесных ощущениях, которые возникают всегда вслед за любым звуком /исключая обычную разговорную речь/, зрительным раздражителем или за определёнными двигательными актами. В связи с этим стремится к уединению, тишине, избегает двигаться. Стоит больному на фоне тишины услышать хотя бы тиканье часов, как в теле «всё начинает дрожать», всего обдаёт «шорохом», под кожей начинают «вздуваться пузырьки», «всё тело горячим паром надувается». При сильном звуке /сигнал поезда, автомашины/ «всё тело деревенеет», в анальное отверстие проходит продолговатый стержень, «как гвоздь или карандаш», который быстро поднимается вверх, а затем выходит обратно, будто кто вытягивает его. В голове постоянный лёгкий звон, который под влиянием резкого звука перерастает в оглушительные «взрывы» и стрельбу.

При действии зрительных раздражителей возникают аналогичные состояния. «Смотрю человек споткнулся, уборщица окна протирает– по моему телу сразу же шорох проходит». Когда закрывает глаза, отчётливо ощущает, как правый глаз «под веком чёрная плёнка закрывает», в левом глазу появляется «ровный столбик света, который постепенно рассыпается». Считает, что это появилось у него после исследования глазного дна.

Некоторые двигательные акты вызывают неприятные тягостные ощущения в теле. При наклоне головы вправо «ударяет током по всему телу». Если двигает правой рукой, в области лопатки «распухает», в концах лопатки «появляются колики», которые затем с закономерной последовательностью перемещаются в левую лопатку и далее в подмышечную область.

По данным неврологического клинического обследования и результатам дополнительных исследований (компьютерная томография мозга) выявлены признаки хронического арахноидита.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).

4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациента, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «хорошо» выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациента, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов обследования пациента и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения заданий к клинической ситуации. Оценивается каждое задание по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№1

Больной Б. 54-х лет, строитель, житель районного центра.

В областную психиатрическую больницу поступил впервые с жалобами на пониженный фон настроения, слабость, вялость, утомляемость, головные боли, снижение памяти, ухудшение сообразительности.

Мать страдала психическими расстройствами, в возрасте 65 лет покончила с собой. Завершённый суицид совершили дед и его брат по материнской линии. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту, хорошо адаптировался, окончил 9 классов общеобразовательной школы, в 13-летнем возрасте началось состояние, которое продолжалось около двух лет и характеризовалось болями в животе, слабостью. Был пониженный фон настроения, чувство безрадостности. В связи с плохим самочувствием перестал посещать школу. Был ипохондричен, лечился у педиатров по поводу какого-то заболевания желудочно-кишечного тракта. (Медицинская документация не сохранилась.) Хотя впоследствии чувствовал себя здоровым, был признан негодным к службе в армии по соматическому заболеванию. Работал столяром. Справлялся. Пользовался уважением на работе, был спокойным, уверенным в себе человеком. Состоял в браке, имеет двоих взрослых детей, жена злоупотребляла алкоголем, 3 года назад пропала без вести.

На протяжении многих лет часто употреблял алкоголь – до нескольких раз в неделю или запоев по 2-3 дня. Толерантность выросла до 1 бутылки водки в день, сформировался алкогольный абстинентный синдром. Около 5-ти лет алкоголизацию полностью прекратил в связи с головными болями.

Несколько лет страдает гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом. На протяжении последних трёх лет беспокоят боли в области промежности, обследовался у уролога, патологии не выявлено. Испытывает тревогу, мысли о заболевании раком. Наблюдается слабость, утомляемость, головные боли и головокружения. Снизилась концентрация внимания, сообразительность, память. Перестал справляться с работой. Стал неуверенным, переживал свою несостоятельность, снизился аппетит, наблюдалась повышенная сонливость. Лечился в региональной психиатрической больнице с диагнозом: субдепрессивно-ипохондрический синдром с незначительным снижением личности сосудистого генеза. Проводилась терапия антидепрессантами, ноотропами, вазоактивными препаратами. Эффекта не было.

В отделении медлителей, лицо грустное, считает себя больным, не трудоспособным. Описывает потерю интереса к окружающему, «хотя должен бы беспокоиться о детях и внуках».

Данные психологического исследования. Ограниченный объём внимания, затруднено его переключение, снижен процесс запоминания, психическим процессам свойственна инертность, заторможенность. Интеллектуальные способности невысокие, но грубого снижения нет. Прослеживаются элементы установочного поведения, стремление показать своё интеллектуально-мнестическую несостоятельность.

Заключение терапевта: гипертоническая болезнь.

Заключение невролога: Дисциркуляторная энцефалопатия, 2ст.

Данные компьютерной томографии мозга: выявлены признаки атрофического поражения мозга.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Больная П., 28 лет. Не работает, живёт в районном центре с матерью, бабушкой и сестрой. Поступила в психиатрическую больницу для решения вопроса о трудоспособности.

Родилась после кесарева сечения недоношенной. Росла слабой, «нервной», капризной. Часто болела. Сидеть начала к 10 месяцам, стоять после года, ходить после 1 года и 4-х месяцев. Посещала детские дошкольные учреждения, начинала обучение в общеобразовательной школе, не справилась, закончила обучение в коррекционной школе. Недолго проработала на фабрике, была очень медлительной, быстро уставала, и была уволена. С этого времени не может найти работу. Дома помогает по хозяйству после напоминаний матери, также медлительна, ленива. Была замужем, развелась, родила недоношенного ребёнка, который сразу умер. В школе характеризовалась как трудолюбивая, ответственная, прилежная. С детства наблюдалась у психиатра из-за раздражительности. В отделении быстро освоилась, общается с молодыми больными, следит за внешностью, опрятна. Помогает в хозяйственных делах. Несколько неловка в движениях, мимика обеднена. Охотно вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу, несколько обстоятельна. Суждения поверхностны и примитивны, ограничен круг интересов, мал запас знаний. В отделении в целом режим соблюдает, но бывает капризна, конфликтна, издевается над больными, при замечаниях даёт бурные аффективные реакции.

Была направлена с реабилитационной целью в швейный цех. Шила медленно, часто ломала иголки, работала без желания. Легко вступала в контакт с больными, была навязчива, конфликтна, поучала других больных, делала им замечания.

Результаты психологического исследования: инструкции понимает, темп работы невысок, ориентирована в бытовых вопросах, мышление тугоподвижное с признаками обстоятельности. Уровень абстрагирования снижен. Пословицы трактует буквально, словарный запас ограничен. Читает бегло, смысл прочитанного понимает недостаточно. Продуктивность мнестической функции недостаточна. Внимание истощаемо, неустойчиво.

Заключение невролога: резидуальная перинатальная энцефалопатия.

Заключение окулиста: расходящееся содружественное косоглазие ОД, амблиопия ОД.

Результаты электроэнцефалографии: замедление альфа ритма с обеих сторон, признаки дисфункции подкорковых структур. Снижен порог судорожной готовности.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№3

Больной Ш., 43 лет. В течении 2-х лет страдал обострениями хронического, гнойного правостороннего гайморита, был оперирован, после чего воспалительный процесс прекратился. Однако с этого времени стал крайне ипохондричен, акцентирует своё внимание на тягостных телесных ощущениях, которые возникают всегда вслед за любым звуком /исключая обычную разговорную речь/, зрительным раздражителем или за определёнными двигательными актами. В связи с этим стремится к уединению, тишине, избегает двигаться. Стоит больному на фоне тишины услышать хотя бы тиканье часов, как в теле «всё начинает дрожать», всего обдаёт «шорохом», под кожей начинают «вздуваться пузырьки», «всё тело горячим паром надувается». При сильном звуке /сигнал поезда, автомашины/ «всё тело деревенеет», в анальное отверстие проходит продолговатый стержень, «как гвоздь или карандаш», который быстро поднимается вверх, а затем выходит

обратно, будто кто вытягивает его. В голове постоянный лёгкий звон, который под влиянием резкого звука перерастает в оглушительные «взрывы» и стрельбу.

При действии зрительных раздражителей возникают аналогичные состояния.

«Смотрю человек споткнулся, уборщица окна протирает— по моему телу сразу же шорох проходит». Когда закрывает глаза, отчётливо ощущает, как правый глаз «под веком чёрная плёнка закрывает», в левом глазу появляется «ровный столбик света, который постепенно рассыпается». Считает, что это появилось у него после исследования глазного дна.

Некоторые двигательные акты вызывают неприятные тягостные ощущения в теле. При наклоне головы вправо «ударяет током по всему телу». Если двигает правой рукой, в области лопатки «распухает», в концах лопатки «появляются колики», которые затем с закономерной последовательностью перемещаются в левую лопатку и далее в подмышечную область.

По данным неврологического клинического обследования и результатам дополнительных исследований (компьютерная томография мозга) выявлены признаки хронического арахноидита.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 4

Больная Ш., 48 лет. Родилась первым ребёнком в семье. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие соответствовало возрастной норме. Окончила 11 классов и педагогический институт, 26 лет, работала программистом, справлялась. Была весёлой, общительной. Год назад уволена с работы по сокращению, находилась на учёте в службе занятости. Была в браке, последний год в разводе из-за измены мужа. В 6-ти летнем возрасте перенесла сотрясение головного мозга, много лет жаловалась на головные боли, но к врачам не обращалась. Менструации регулярные. Жила с детьми, отношения с ними были хорошими. Самостоятельно вела домашнее хозяйство, справлялась, была аккуратной хозяйкой, читала, смотрела телевизионные передачи. Два года назад после перенесённого гриппа развилась аносмия.

Психическое состояние изменилось в течении года. Стала бездеятельной, перестала заниматься ведением домашних дел. Появилась прожорливость, пропало чувство брезгливости, ела отходы из мусорного ведра, сырую картошку, ходила по подъезду, выпрашивая еду, собирала у соседей хлеб, совершала нелепые действия. Неоднократно задавала одни и те же вопросы, сразу же забывала ответы на них. В течении последних 6-ти месяцев перестала следить за своим внешним видом, отказывалась мыться, причёсываться. Целыми днями лежала ничего не делая. Стала говорить детским голосом. Иногда говорила нелепости: «Родные живут напротив, зять под окном пляшет чечётку, сосед дочери под окном трясёт половики». Спала с включённым светом, объясняя это тем, что придут большие тараканы, которые едят людей. При попытке одеть её и вывести на улицу начинала сопротивляться и кричать. Дочь обратилась к психиатру.

На отделение пошла с принуждением, отказывалась раздеваться, сказала, что не останется в больнице. Оглядывалась по сторонам, была суетливой, многоречивой. Неадекватно улыбалась. Говорила, что ничего не понимает. На беседу в кабинет пришла самостоятельно, ориентирована полностью правильно. Сознание не помрачено. Неряшлива, санитарно запущена, не причёсана, ногти не подстрижены, грязные, от больной запах мочи. Во время беседы отмечалась эхомимия, подмигивала, неадекватно улыбалась. С усмешкой говорила, что в течении 6-ти месяцев не

занимается домашними делами, не видит в этом смысла, «...замечательно, когда ребёнок занимается этими делами». Заявила, что грязное бельё в квартире сначала «копилось тазиками, затем целофановыми пакетами, затем его стала стирать дочь». Наблюдались паралогичные высказывания, символика, считала, будто родные живут напротив, т.к. «дом напротив строился буквой Р, затем его стали строить буквой П». Способность к абстрагированию существенно не нарушена. Память без грубой патологии. Эмоционально неадекватна. Безразлично говорила о разводе с мужем, холодно рассказывала о детях. Говорила детским голосом, растягивая слова, неряшлива, самостоятельно себя не обслуживала, мочилась в постель, аппетит повышен.

Заключение невролога: Атрофическое заболевание головного мозга?

Объёмный процесс головного мозга? /лобной доли левого полушария/? Дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 степени.

ЭХО-ЭГ: желудочковые комплексы незначительно усилены, без смещения.

ЭЭГ: ирритация медио-базальных образований с обеих сторон. ЭЭГ свидетельствует об ирритации межэнцефальных структур; о наличии общемозговых изменений.

Заключение нейрохирурга: Гигантская опухоль ольфакторной ямки.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№5

Больной К., 32 лет, охранник колледжа. Поступил в психиатрическую больницу 2-й раз. Отец злоупотреблял алкоголем. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту. Окончил общеобразовательную школу, автотранспортный колледж, работает там же охранником. Справляется. Успешно отслужил в армии. 10 лет состоит в браке. Отношения ровные, имеет ребенка. Занимается восточными единоборствами. Спокойный, уравновешенный, общительный. Последние годы выпивал до нескольких раз в неделю, иногда по 2-3 дня подряд. Чаще пиво в больших количествах, реже водку. Толерантность до 0,5 литра водки в день, снизился количественный контроль. Появились похмельные состояния в виде потливости, сердцебиений, болей в сердце, пониженного настроения.

Полгода назад у больного неожиданно для него, внезапно умер отец. Тяжело переживал эту смерть, настроение было сниженным, но старался «крепиться». Стал интересоваться мистической литературой, в том числе о загробной жизни, стал религиозным, посещал церковь. Настроение было стойко сниженным. Через 40 дней возникла тревога. А затем периоды подавленности стали сменяться периодами экзальтации с восторгом и «любовью к ближним».

Всё чаще думал о том, что он грешник и должен очистить себя от грехов. На кисти была давняя татуировка с изображением чертёнка, стал думать о том, что это отражает наличие в нем «дьявольского начала». Заметив полученные во время тренировки синяки на теле, расценил их как следствие «порчи». Однажды во время посещения церкви у больного внезапно возникло приятное восторженное состояние, которое он назвал «трансом». Видел как лучи от горящих свечей взметнулись вверх и образовали над ним купол, заметил, что «бабушки в церкви» молились на него. Стал думать, что Бог обратил на него внимание, в душе у него что-то открылось. Появилась мысль, что он необычный человек, отмеченный богом. Периоды восторженности сменялись периодами пониженного настроения с чувством греховности. Отмечал плохой сон, боли в сердце, снижение

аппетита («как при похмелье»). Чтобы «изгнать из себя дьявола», выжечь татуировку, жёг кисти рук на батарее. Получил тяжёлые ожоги. Был в экстренном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении несколько дней был напряжён, тревожен, негативистичен. Не отвечал на вопросы.

Терапевт и невролог патологии не выявили. При психологическом исследовании нарушений психических функций не обнаружено.

После лечения нейролептиками и антидепрессантами стал спокоен, настроение выровнялось. С критикой рассказал о болезненных переживаниях. Был выписан домой.

Дома чувствовал себя хорошо 4 дня, перестал принимать лекарства. Затем стал подолгу застывать, пристально смотрел на электрическую лампочку, не разговаривал с родными. Был повторно госпитализирован. В отделении был то возбужден, то застывал, много резонерствовал, рассуждал о «добре и зле». Замечал, что в отделении разыгрываются необычные события, как спектакль, все подстроено, исполнено особого значения.

Было переживание «как во сне», когда с другом «путешествовал в космосе». Описывал устройство космического корабля.

После лечения нейролептиками стал вялым, пассивным. Формально отвечает на вопросы, с частичной критикой оценивает свои переживания.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№6

Больная Л., 43 лет, живёт в районном городе, безработная. Поступила в психиатрическую больницу повторно.

У ряда родственников были какие-то психические нарушения. Росла и развивалась правильно, окончила общеобразовательную школу, рано начала встречаться с мужчинами, отношения были поверхностными, вела беспорядочную половую жизнь. Родила дочь, которую воспитывали ее родители. С 16 лет начала употреблять алкоголь, употребление очень быстро стало постоянным, сформировался абстинентный синдром, выросла толерантность. Дважды лечилась у наркологов без эффекта. В состоянии алкогольного опьянения убила мужчину, два года скрывалась от милиции. В этот период замечала милицейские машины на улице, которые следили за ней, «устала от ситуации». Была задержана, проходила СПЭ, признавалась виновной, 7 лет провела в местах лишения свободы, там хорошо адаптировалась, пользовалась послаблениями режима. Дважды лечилась у психиатра медсанчасти после смерти родственников. Жаловалась на усиление раздражительности, агрессивность, злобность, желание ударить кого-нибудь.

После освобождения по её словам, прекратила употребление алкоголя, изредка пила пиво. Общалась с группой наркоманов, хотя сама наркотики не употребляла, они склоняли её к продаже квартиры. Жила вместе с дочерью. Начались конфликты. Дочь в состоянии алкогольного опьянения пригрозила больной убийством. Стала раздражительна, плохо спала, читала книги «про убийства», боялась, что «выстрелят в дверь». Сама обратилась к психиатрам с просьбой о госпитализации. В отделении рассказывала о том, что ранее замечала преследование и опасность со стороны мужчины, что это послужило причиной совершенного ею убийства. Говорила о желании самой убить дочь, чтобы «опередить её». С момента поступления была спокойна, высокомерно и пренебрежительно

вела себя с больными, подчёркивала, что у неё моложавый вид, хорошая фигура. Затем призналась, что «придумала» симптоматику, чтобы уйти от конфликтной ситуации дома.

Невролог определял признаки хронической алкогольной интоксикации.

Настояла на выписке, узнав, что дочь продала часть вещей и собирается уезжать в Москву.

После выписки переехала в Ивановскую область, вышла замуж, за мужчину моложе себя на 24 года. Жила в его квартире и за его счёт, свою квартиру сдавала квартирантам. Не работала, была довольна жизнью. Имела 3 беременности, которые закончились абортами, около полугода нарушения менструального цикла. Полгода назад муж разорвал отношения с ней, выгнал из квартиры. Уехала к дочери, но с ней не смогла ужиться, вернулась домой, попыталась выселить квартирантов, но с ними также возник конфликт. Обратилась к психиатру с жалобами на плохое настроение, «голоса» неприятного содержания, под влиянием которых совершала нелепые поступки (поездка в Москву и обратно без цели), страх, замечаемом ею преследовании. Была повторно госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделение поступила в пониженном настроении, первое время продолжала говорить о наличии психических расстройств, поведение не соответствовало описываемой симптоматике. В отделении пыталась лидировать, в палате командовала больными, выражала недовольство помещением в палату неприятных ей больных. Ударила больную..

При беседе говорит, что была больна, при этом «голоса» описывает схематично, о «преследовании» говорит вскользь, мало убедительно, настроение ровное. Сказала, что за время пребывания в стационаре продумала, как ей жить дальше, планы реальные. Настроение ровное. Выразила желание продолжить лечение, просит отпустить её в длительный пробный отпуск для устройства личных дел.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№7

Больная А., 25 лет, продавец. Поступила повторно. Наследственность не отягощена. Родилась и росла здоровой. Окончила 9 классов и железнодорожный техникум. Несколько лет живёт в гражданском браке с женщиной. Частным предпринимателем. Работает у него продавцом на рынке. Общительная, впечатлительная, мнительная, упрямая. Полгода назад отношения с мужем расстроились, некоторые родственники мужа были ею недовольны, резко критиковали. Муж также обвинял её в недостаточном внимании к себе, невыполнении обязанностей по дому. Обращалась к гадалкам, которые сообщили ей, что на неё «наведена порча». В день госпитализации муж заявил, что окончательно разрывает с ней отношения и предложил покинуть квартиру. С этого времени стала растерянной, плохо понимала происходящее, не могла справиться с работой. Бегала в часовню, выбегала на улицу, с целью «защиты от порчи» (по совету гадалки) кричала: «Не подходите ко мне, вокруг меня огонь!» Считала, что из-за «порчи» сожитель и его родственники преследуют её и хотят с ней расправиться. По инициативе родных была госпитализирована в психиатрическую больницу.

При поступлении была тревожной, напряжённой, испытывала страх, не хотела отпускать от себя мужа. Спротивлялась осмотру, отвечала не на все вопросы, отказывалась от лечения, ходила босиком. Заявляла, что на неё наведена «порча», боялась быть убитой, при введении лекарства

заявила, что ей сделали смертельный укол. Отказывалась от еды, в поведении отмечались черты демонстративности. После терапии нейролептиками и антидепрессантами поведение быстро стало упорядоченным, была приветливой, общительной, появилась критика к болезненным переживаниям.

Сомато-неврологически: без патологии.

Заключение психолога: личность инфантильная, примитивная, зависимая, с истероидными чертами. Была выписана домой, в течении 4-х месяцев чувствовала себя хорошо, психиатра не посещала, иногда принимала соннапакс. Продолжала работать продавцом на рынке, справлялась, продолжала жить с мужем, отношения с ним нормализовались.

Последнюю неделю чувствовала слабость во всём теле, перестала есть, выгибалась дугой, с шумом выдыхала воздух, ходила в церковь, молилась, снова ходила к гадалкам и говорила о наведении «порчи». Была повторно госпитализирована. При поступлении: заторможена, разговаривает с закрытыми глазами, назвала свои паспортные данные, текущую дату, отвечает кратко, после пауз, при постоянном побуждении к ответу, иногда не в плане спрошенного. При расспросе о переживаниях перестала отвечать, очень скупо сообщила, что «внутри меня от горла до низа едет поезд и рубит кишки на куски». Несколько тревожна, периодически на лице появляется страдальческое выражение, начинает выгибаться в постели. Критики к переживаниям нет. В последующие дни была то отрешённой и малоподвижной, то возбуждённой. Пела песни, кричала, пищу выплёвывала, мочилась в постель. В последующие дни то лежала с закрытыми глазами, то вскакивала, бормотала, повторяла стереотипные фразы, инструкции не выполняла, при попытке накормить её сжимала зубы, временами становилась импульсивной. В последние два дня отрешена, контакту не доступна, совершает хаотичные движения руками, взгляд застывший, иногда что-то неотчётливо бормочет, отказывается от пищи, попросила напоить её, пила много и жадно. Тонус мышц не изменён, температура тела нормальная.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№8.

Больная С., 40 лет, служащая. Бабушка и мать страдали психическими заболеваниями. Имеет высшее экономическое образование, много лет работала бухгалтером, справлялась. Находится в разводе.

Живёт с сыном подростком. По характеру эгоцентричная, властная, общительная, в тоже время внутренне не уверенная в себе. После развода увлекалась эзотерическим учением, хотела изменить себя, научиться скрывать свои чувства. Около года назад был роман с женатым мужчиной. Переживала то эмоциональный подъём, то спад. Отношения прекратила сама, после чего появилось состояние вялости, безразличия, родные кормили её с ложки. Постепенно это состояние прошло. В течении полугода была перегружена на работе. Сменился начальник, считала, что он предвзято к ней относиться. Однажды он в присутствии других обвинил её в некомпетентности, «нанёс удар по самолюбию». После этого перестала разговаривать, ответы на вопросы писала на бумаге. Сидела в одной позе или лежала, ела с ложки. Амбулаторное лечение у психиатра оказалось неэффективным, была госпитализирована в психиатрическую больницу. На следующий день после госпитализации

стала хорошо отвечать на вопросы, рассказала о конфликте на работе и обиде на начальника. В отделении первое время была капризной и демонстративной, потом настроение выровнялось, попросила о выписке, была настроена выйти на работу. Сразу после выписки замкнулась, почти не разговаривала, оформила отпуск, дома лежала, кормилась с ложки. Потом начала есть сама, стала вставать, общаться, сделала причёску в салоне. Стала говорить, что окружающие её контролировать, пенсионеры проверяют, следят глазами какой она стала после выписки из психиатрической больницы. Через месяц была повторно госпитализирована. При поступлении была высокомерна, отказывалась пить лекарства, демонстрировала головокружения после приёма нейрорептиков. Была неряшливой, непричесанной, настроение было снижено, о своём самочувствии говорила неохотно. После лечения стала активной, настроение улучшилось, сообщила перед выпиской, что в отделении за ней наблюдали. Была выписана, дома находилась в течении 2-х с половиной лет. 1,5 года работала бухгалтером, затем в связи с конфликтом на работе, уволилась. Не работала, была на учёте в центре занятости. Жила с сыном, с домашними делами справлялась, лечение не принимала. Родственникам говорила, что чувствует себя одинокой, постоянно встречала бывшего мужа и его жену, переживала из-за этого. Решила переехать в другую область. Занималась оформлением документов на обмен квартиры, нервничала, боялась потерять жильё. Постепенно понизилось настроение, появилась вялость, стала плохо есть, похудела. Затем внезапно ощутила неконтролируемый поток мыслей в голове, воодушевление, активность, чувство своего особого предназначения для борьбы с «грязью и агрессией в мире». Без документов и денег уехала в Москву. Там была госпитализирована в психиатрическую больницу, затем переведена в Иваново. В отделении первое время была раздражительна, плакала, говорила о плохом отношении со стороны родственников.

Соматически и неврологически здорова.

При психологическом исследовании выявлены признаки расплывчатости, диффузности, нарушении логического хода мышления, использование латентных признаков. Характерны черты эгоцентризма, эмоциональной холодности.

В результате лечения стала спокойной, активной, была выписана домой. В настоящее время работает машинисткой, психиатра не посещает, лекарства не принимает.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№9.

Больной Я., 31 года, безработный. Наследственность не отягощена. Единственный ребёнок в семье. Живёт с родителями и бабушкой. Рос и развивался правильно. Посещал детские дошкольные учреждения, плохо привыкал, плакал, просился домой. В школе учился хорошо по гуманитарным дисциплинам, точные науки давались хуже, боялся «этих уроков», нередко заболел перед контрольными. Отношения со сверстниками складывались неровно, часто подвергался насмешкам, не мог постоять за себя, панически боялся драк и физической боли. Был боязливым, необщительным, мнительным. В то же время в глубине души сверстников презирал за отсутствие душевной тонкости, приземлённость интересов, грубость. С подросткового возраста стал сочинять стихи, маленькие рассказы, никому их не показывал, так как боялся оценки, мечтал о карьере журналиста, представлял, как будет писать «обличительные» статьи, выводить на чистую воду

«пороки и мерзость окружающих», в воображении рисовал картины своего триумфа, популярности, славы. Поступил учиться на филологическое отделение университета. В группе чувствовал себя крайне неуверенно, напряжённо, не мог общаться. Обращался к другим студентам только в случае крайней необходимости. Учиться начал «с жаром», но скоро обнаружил, что преподаватели не оценивают в полной мере его способности, занижают оценки, придираются. Быстро сник, появились задолженности, стал пропускать занятия. В это же время много продолжал писать «в стол». Стеснялся знакомиться с девушками. Из-за робости и боязливости не мог подойти первым, сами девушки к нему интереса не проявляли. Очень переживал из-за этого, чувствовал свою ущербность, в то же время считал, что современные девушки, «грубые, безчувственные, меркантильные», не способны оценить тонкость его натуры.

Часто жаловался на слабость, головные боли, нарушения сна, колебания настроения. В связи с этим несколько раз лечился в психиатрической больнице на отделении невротозов. После выписки обычно лечение принимал нерегулярно, врача посещал изредка. В последствии из института был отчислен. Не учился, не работал. Изредка писал в газеты небольшие заметки «философски-злободневного содержания». Почти ничего не зарабатывал. С одной из газет порвал отношения из-за неприятия линии газеты. Жил дома с родителями, относился к ним тепло, сопереживал их неприятностям и проблемам. С девушками знакомился по объявлениям в газете, переписывался, лично встречаться боялся. Был увлечён дочерью семьи врачей Р., которые жили в соседнем доме, она приветливо с ним здоровалась, когда попытался с ней заговорить, она засмеялась, понял. Что он ей не интересен. Нашёл общение в литературном кружке «эзотерического направления». Выступал там с сообщениями, в кружок входили в основном женщины, общался с ними как с «коллегами-единомышленниками».

Незадолго до поступления в психиатрическую больницу отец больного потерял работу, а матери долго не выплачивали зарплату. Очень переживал за них. Однажды услышал по радио выступление врача Р., которое ему не понравилось, задело своей «амбициозностью», почувствовал ненависть к Р, «которые хорошо живут, купаются в деньгах», тогда как родители больного бедствуют, неудачники. Несколько раз видел дочь Р. в окне напротив, когда она переодевалась, не задрнув занавески. Вспомнил, что когда-то она «отвергла» его, решил, что теперь она специально издевается над ним, устраивает «сексуальные провокации». Написал несколько писем Р. с угрозами и требованием «убраться из их района». В связи с таким поведением был повторно госпитализирован. В стационаре охотно рассказывал о своём состоянии, старался поразить врача своей эрудицией, мышление резонёрское с элементами паралогии. Согласился с тем, что написал Р. «идиотское письмо», но оправдывает себя тем, что он человек «особого склада, впечатлительный», а Р. «взяла в своём выступлении антимедицинский уклон», чем «задела его обострённое восприятие в момент душевного отчаяния». Сказал, что он вообще любит всем писать, это легче, чем общаться. Память, интеллект сохранены. Манерен, внешние проявления эмоций обеднены. В отделении подчеркнуто вежлив и корректен.

Соматически здоров.

В неврологическом статусе выявлены резидуальные явления родовой травмы и постгипоксической энцефалопатии.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№10.

Больной В., 53-х лет, водитель автобуса, живёт в посёлке. Отец злоупотреблял алкоголем. В детстве развивался правильно, получил среднее образование, отслужил в армии, много лет работает шофёром. Женат, имеет дочь. Серьёзных заболеваний, травм головы не было. Всегда был человеком вспыльчивым, неуравновешенным, легко дающим аффективные реакции. Отношения в семье с самого начала складывались неровно. Жена характеризует его как человека эгоистичного, заботящегося преимущественно о себе, дочерью и заботами семьи интересовался мало. Когда жена ему противоречила, легко начинал срываться, скандалить. Последние годы отношения в семье были формальными. Жена отмечает пренебрежительный тон в свой адрес, нередкие попытки унижить её. Сам больной считает, что жена упрямая и недалёкая женщина с тяжёлым характером. Сексуальные отношения складывались негармонично. Нарушений в этой сфере у больного не было, был достаточно активен, но заботился только о своём удовлетворении. Жена с такой ситуацией смирилась.

Всегда был общителен, ценил мужской коллектив, все вечера после работы проводил в компании сослуживцев в гараже, там занимал лидирующее положение, был в центре внимания. Имел репутацию остролова, шутил, рассказывал анекдоты, истории. Пользовался уважением, о нём говорили: «...такого мужика, как наш Петрович, поискать. С ним и в театр ходить не нужно...». При таких встречах традиционными были выпивки. Больной объясняет, что пил для расслабления после рабочего дня, но главным образом - для поддержания компании, «полёта фантазии и куража». Последние годы отмечает, что уже с утра предвкушал вечерние встречи, приём алкоголя, испытывал при этом воодушевление и радость, торопил время. Количество выпитого постепенно увеличилось до 0,5 - 0,75 литра водки, к концу опьянения все чаще становился раздражительным и недовольным, особенно усиливались эти чувства к моменту возвращения домой. По утрам стал испытывать дискомфорт, дурноту, «чувство заболевания всего организма, разлом, неуверенность в руках». Начал опохмеляться, использовал различные ухищрения, чтобы пройти предрейсовый контроль. Несколько раз не допускался до работы. Начались конфликты с руководством предприятия. В конце концов ему поставили условие: пролечиться и прекратить выпивки. В противном случае обещали уволить. К угрозе отнесся серьезно, так как работой и коллективом дорожил, понимал, что по специальности работу в посёлке не найдёт. Съездил в областной центр, где «закодировался» у частного нарколога. Настроился на трезвость, три месяца не выпивал.

С начала периода трезвости чувствовал себя «не в своей тарелке». На вечерние встречи в гараже ходить перестал, так как боялся момента, когда ему предложат выпить, а он вынужден будет отказаться. Опасался насмешек и потери авторитета, считал, что трезвость унижит его в глазах приятелей. Появилось много свободного времени по вечерам. Проводил его дома с семьей. Обнаружил, что и жена и дочь отделились от него, дочь стала дерзить, не достаточно уважала. Жена справлялась с домашними делами без его участия. Ощущал себя неприкаянным, не знал, чем заняться и как «убить» время. Срывал досаду и раздражение на жене и дочери. Во время сексуального контакта с женой неожиданно для больного не было полноценной эрекции, «кое-как довёл дело до конца». Жена ничего ему не сказала, но почувствовал, что она злорадствует. С этого момента стал испытывать страх перед половыми контактами, был напряжён, неуверен, проблемы с эрекцией сохранялись. С ужасом думал, что упал в глазах жены, и ей теперь ничего не стоит «морально его раздавить». Стал уклоняться от близости с женой, ближе к вечеру провоцировал скандалы. Настроение стало сниженным, испытывал чувство подавленности, тревогу, «потерял себя». Появилась слабость, неуверенность, мысли, что может не справиться с управлением автобусом, совершит аварию. Плохо засыпал, спал беспокойно, иногда снились кошмарные сновидения. Пропал аппетит, похудел на 2 килограмма, осунулся. Чувствовал, что с ним «что-то неладное». Обратился на приём к невропатологу ЦРБ, который диагностировал начальные явления церебрального атеросклероза.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).

2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№11.

Больная Ж., 32-х лет, военнослужащая. Поступила в психиатрическую больницу впервые, для проведения военно-психиатрической экспертизы.

С детства росла бойкой и своенравной девочкой, привыкла получать то, что хотела, отличалась высокой самооценкой, умела настоять на своём. Была трудолюбивой, упорной в достижении цели, в школе её ценили, хвалили, ставили в пример окружающим. Занималась общественной работой. Высшее образование получать не стала, так как семья имела материальные трудности. Поступила на работу в воинскую часть, аттестовалась. Дисциплинарные требования переносила легко, так как её пунктуальность и исполнительность всегда замечались и поощрялись. Вышла замуж, родила двоих детей. В муже быстро разочаровалась, так как он оказался несамостоятельным, «рохлей», начал злоупотреблять алкоголем. Без сожалений развелась с ним, гордилась, что одна успешно справляется с воспитанием детей. Дети росли довольно болезненными, выяснилось, что они нуждаются в дорогостоящем лечении. Чтобы заработать денег решила поступить по контракту в ограниченный контингент войск за рубежом. Была направлена в лагерь для подготовки к службе. В лагере жила в комнате с двумя молодыми девушками, которые, по мнению больной больше внимания уделяли не работе, а мужчинам. Девушки пользовались успехом, поздно приходили ночевать. С неприятным чувством обнаружила, что на неё мужчины мало обращают внимания. Стала делать девушкам замечания, ходила жаловаться на них командованию, возникла конфликтная ситуация. Руководство части в связи с этим отказало ей в заключении контракта.

В характеристиках изв/части описано поведение больной после того, как ей сообщили об этом решении. Поздно вечером больная подошла к солдату-часовому, отобрала у него автомат, под угрозой оружия на протяжении нескольких часов заставляла его делать нелепые поступки: перерезать сигнальную проводку на КПП, перелезть через забор части и на частном огороде выкопать морковь на грядке, ползти по-пластунски под кустами. При этом была возбуждена, глаза блестели, непрерывно говорила. Когда её задержали, с воодушевлением объяснила, что изобразила имитацию нападения партизан, что продемонстрировала свои исключительные способности: ловкость, быстроту мышления и принятия решений, бесстрашие, силу. Сделала это для того, чтобы командование пожалело о потере «ценного кадра» в её лице, раскаялось, пересмотрело своё решение и заключило с ней контракт.

При поступлении в психиатрическую больницу в первые несколько дней была возбуждённой, охотно говорила о своих способностях к «разведывательной и антидиверсионной деятельности», темп мышления был ускорен, демонстрировала мускулы на руках, вспоминала, что занималась в школе легкой атлетикой, «была лучшей». При этом на лице часто появлялось «оскорблённое» выражение, многократно повторяла: «...они ещё пожалеют!...». Была подвижной, постоянно ходила по палате. Садилась на койку на несколько минут, снова вскакивала и начинала ходить. С трудом засыпала. Ситуацию помещения в психиатрическую больницу воспринимала без критики, как бы «не замечала её».

Больной были назначены нейролептики, быстро успокоилась, начала понимать, что поведение было неадекватным, описывала его как «ажитацию». Начала осознавать ситуацию с помещением в больницу, чувствовала себя обиженной в связи с этим, испытывала тревогу по поводу экспертного решения, беспокоилась, сможет ли остаться в армии.

Физически здорова.

По результатам психологического исследования патологии психических функций не выявлено, Личность с чертами демонстративности.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№12.

Больная В., 26 лет, безработная, проживает в районном центре с родителями, своей семьи не имеет. Родилась здоровой, в возрасте 7 лет переболела инфекционным паротитом, после чего несколько месяцев жаловалась на боли в сердце, ставился диагноз нейроциркуляторной дистонии. С этого времени отмечает плохую переносимость жары, поездок в транспорте, нагрузок на вестибулярный аппарат: кружится голова, тошнит. Имеет среднее образование, училась слабо, получила специальность швеи, работала на фабрике, но справлялась неважно, так как была медлительной. С мужчинами не встречалась. По характеру спокойная, замкнутая. В возрасте 24-х лет перенесла острый менингит, после чего стали появляться приступы с одышкой, сердцебиениями, потливостью, страхом смерти. В связи с этим была направлена в отделение неврозов, но в связи с карантинном была госпитализирована на психиатрическое отделение. Пробыла в стационаре неделю, пароксизмальных приступов не наблюдалось, отмечалась вегетативная нестабильность. В отделении адаптировалась с трудом, была напугана видом возбуждённых больных. Была выписана под наблюдение районного невролога. Дома пробыла 3 месяца, за этот период выпали все волосы на голове, понизилось настроение, плакала, замкнулась. Несмотря на это была выписана на работу, где сразу было предложено уволиться по собственному желанию. В дальнейшем трудоустроиться не смогла, «в уборщицы идти не хотелось», а других вакансий не было. Большую часть времени проводила дома, пыталась самостоятельно изучать английский язык (в школе учила немецкий). Чувствовала повышенную утомляемость, слабость, слезливость. Повторялись «приступы» с выраженным чувством страха. Стали возникать мысли о возможности убить кого-нибудь, мысли возникали в голове помимо её воли, «промелькнут и всё», желания реализовать их не было. Болезненно переживала по поводу появления этих мыслей. Беспокоили соматические ощущения: «сердце колет, голова давит, болит», была фиксирована на этих ощущениях. Периодически жаловалась на навязчивые представления «виденного на психиатрическом отделении». Лечилась в отделении неврозов. После комплексной терапии состояние улучшилось, стала готовиться к выписке, в этот период наблюдалось несколько приступов в виде плавных падений без ушибов («обмякала»), с сохранением зрачковых и корнеальных рефлексов, слабли руки и ноги. Была выписана из стационара с улучшением, получила 3 группу инвалидности по неврологическому заболеванию, в течение нескольких месяцев вся симптоматика прошла за исключением мыслей об убийстве, которые возникали изредка. Дома была пассивной, малообщительной, искать работу не стремилась, выполняла часть дел по дому. Отрасли густые, красивые волосы. Через полгода без причины появилось усиление мыслей «убить кого-нибудь», в связи с чем «накатило отчаяние» и она написала письмо президенту с просьбой о помощи. В письме писала, что из-за болезни «рухнула» её мечта стать переводчиком английского языка, что из-за навязчивых мыслей, она не может ничем заниматься; живёт в «маленьком городке», где нет врачей, которые могли бы ей помочь, что в стационаре её лечили плохо, так как у

неё не было денег. Просила найти ей «спонсоров», которые помогли бы с лечением, или направить её в «специализированную клинику». В последствии письмо было передано в УЗО и больная повторно госпитализирована в отделение неврозов, хотя субъективно состояние к этому времени улучшилось. В отделении вела себя пассивно, общалась избирательно, книги не читала, смотрела телевизор, эмоциональные реакции отличались бедностью проявлений. Описывала изредка «мелькающие» мысли «убить кого-нибудь», говорила, что они мешают ей работать, но не могла объяснить, каким образом. Суждения наивны, поверхностны. Сказала о своём желании поступить в университет, стать переводчиком с английского. Большой перерыв после окончания школы объяснила тем, что «долго не могла определиться». Английский язык ей понравился, так как любит слушать песни на этом языке и «хотела бы знать, о чём поют». Призналась, что письмо президенту написала в расчёте на материальную помощь. Выбор адресата объяснила тем, что письмо президенту дойдёт и без адреса, а адреса министерства здравоохранения или управления здравоохранения области она не знала. Характеризовала себя как робкую, застенчивую, не конфликтную. В глубине души всегда считала, что заслуживает лучшей участи, хотела бы оказаться «на людях», быть в центре внимания.

В неврологическом статусе остаточные явления перенесённого менингококкового менингита.

Заключение психолога: выявлены признаки ослабления памяти, нарушения внимания, обстоятельность, слабость абстрактного мышления.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№13.

Больная Л., 28 лет, инвалид 2 группы по хирургическому заболеванию. Родилась в двойне, брат страдает эпилепсией, инвалид с детства. Росла возбудимой, лживой, упрямой. В школе училась плохо, ленилась, интереса к занятиям не было, не имела и других интересов. Близких подруг не имела. Из 9 класса была отчислена в связи с неуспеваемостью. 10 лет не работала, жила с матерью и братом. В течение всей жизни была к матери очень привязана. Несколько лет назад родные устроили её гладильщицей в баню, через 5 дней работы попала правой рукой в гладильную машину, получила тяжёлую травму кисти, лечилась у хирургов. Все эти годы «вела разгульный образ жизни». Устраивала дома пьянки, собирала на них случайных и малознакомых людей. Мать (соматически больную и беспомощную женщину) и брата запирала на это время в комнате. Соседи несколько раз вызывали милицию в связи с шумом и скандалами. Пила запоями по нескольку дней, опохмелялась, пропивала пенсию. Часто находилась в состоянии выраженного алкогольного опьянения. Дома обслуживала себя полностью. Имела многочисленные сексуальные связи случайного характера в состоянии опьянения.

3 месяца назад у матери резко ухудшилось состояние, у больной в это время был запой и мать госпитализировали спустя несколько дней. После этого стала тревожной, звонила родным, спрашивала, «правда ли, что она убила мать», «правда ли, что она заразила мать сифилисом», угрожала взорвать квартиру. Говорила, что хочет «уйти вместе с матерью. «Была возбуждена, разбила дома окна, открыла газовые краны, все залила воспламеняющимися жидкостями, подожгла, в квартире начался пожар. Нанесла себе несколько поверхностных ножевых ранений в живот. Когда приехали пожарные и милиция, сидела в комнате с растерянным видом, односложно

отвечала на вопросы. Была госпитализирована в хирургическое отделение, где вела себя неадекватно. Ни с кем не общалась, разговаривала сама с собой. В больнице узнала о смерти матери, на похоронах не была. После выписки дома испытывала страх, не могла оставаться одна, слышала вокруг голоса родственников, угрозы, комментирование её действий. Ощущала присутствие матери в квартире. Постепенно голосов становилось больше, они «ругали и хвалили её», стала замечать, что люди на улице следят за ней, «хотят сделать что-то нехорошее», считала, что за ней ведётся слежка дома, кто-то знает её мысли, раздражали телевизор и холодильник, ощущала неопределённое воздействие «от электричества». В связи с таким состоянием была госпитализирована. При поступлении была возбуждена, говорила, что «лучом считывают мысли». В отделении около месяца сохранялось ощущение неопределенного воздействия, «голоса», ощущала тревогу и неприятные предчувствия.

Соматической и неврологической патологии выявлено не было.

ЭЭГ и Эхо-ЭГ без патологии.

Психолог определил лёгкое ослабление внимания и снижение продуктивности мнестической функции.

После терапии нейрореплептиками и антидепрессантами симптоматика купировалась, относилась к переживаниям с формальной критикой. Была выписана домой.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№14.

Больной Н., 17 лет. Отец страдал алкоголизмом, умер от алкогольной интоксикации. Родился здоровым, рос послушным, покладистым, уравновешенным, добрым, но легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Поступил в ПТУ, там в возрасте 15 лет в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина. Мать сразу это заметила, принимала профилактические меры, но всё было напрасно. Вдыхал ежедневно в течении недели, потом делал перерыв на 2 дня и вновь неделями вдыхал. Занятия в ПТУ прогуливал, потому был вскоре отчислен. Находился на стационарном лечении в наркологическом отделении для подростков, оттуда сбежал через две недели, продолжал интенсивно вдыхать пары бензина, под их воздействием смотрел «мультики», общался с голосами знакомых. Через полгода вновь был госпитализирован в подростковое наркологическое отделение. Находился там два месяца. Был выписан вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении также был вял, безразличен к ситуации, не заинтересован в происходящем. Заторможен, погружён в себя. Мимика очень бедная, речь монотонная, невыразительная. Все вопросы врача понимает, отвечает после пауз. Без смущения рассказывал о вдыхании паров бензина, о том, что делал это сразу после выписки из наркологического отделения, в отсутствие матери дома. Мышление конкретное, замедленное по темпу. В отделении не спал ночи, был неряшлив, походка шаткая, плохо осмыслял инструкции. Был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал

голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними смеялся. Настроение было сниженным, эмоции маловыразительные, однообразные.

Неврологом диагностирована: Токсическая энцефалопатия на фоне перинатального поражения ЦНС.

При патопсихологическом исследовании выявлены нарушения динамики мышления – заторможенность, обстоятельность, вязкость, внимание переключается с трудом, мал его объём, снижена концентрация. Ограничена продуктивность кратковременной памяти. Интеллект низкий, снижены критические способности.

На ЭЭГ – дисфункция восходящих активирующих неспецифических срединных структур головного мозга.

Получил мощную дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты. Однако продолжал оставаться бездеятельным, испытывал постоянные истинные слуховые галлюцинации, под влиянием голосов совершал нелепые поступки: прижигал себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по особому болтал ногами и так далее. Был для продолжения лечения переведен в наркологический стационар. После выписки из этого стационара самостоятельно прекратил вдыхать пары бензина, оставался пассивным, подолгу сидел в одной позе. Не работал, не учился, всё время сидел дома, ни с кем не общался. Несколько месяцев находился дома, затем вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был напряжён, возбуждён, не отвечал на вопросы. На другой день стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит голоса, которые приказывают «бегать голым по огороду», голоса стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «качать». На фоне терапии нейролептиками нового поколения симптоматика сохранялась длительное время, затем расстройства постепенно купировались, был выписан домой.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№15.

Больная Ф., 55 лет, инвалид 2 группы по соматическому заболеванию. Поступила впервые в психиатрическую больницу для уточнения состояния и лечения.

Наследственность не отягощена, имеет среднее образование, долгие годы работала прядильщицей. Спокойная, уравновешенная. Живёт с мужем, отношения в семье хорошие, имеет взрослых детей, живущих отдельно. 2 года назад была прооперирована по поводу злокачественной опухоли матки. На фоне гормональной терапии развился тромбоз мелких ветвей легочных артерий, отмечались вегетативно-вестибулярные нарушения, синкопальные расстройства сознания. Наблюдались у невролога, гинеколога-онколога, ставился диагноз церебрального атеросклероза, артериальной гипертензии, патологического климакса. Ещё до операции, уже зная об опухоли, обратилась к «бабке», которая сказала, что болезнь «сделал кто-то из соседей». Стала меньше встречаться с соседями, обдумывала, кто это мог быть. После операции стала пассивной, безразличной, иногда говорила, что соседи за спиной обсуждают состояние её здоровья. Была установлена 2 группа инвалидности по соматическому заболеванию. Год назад родственники стали замечать, что она постоянно повторяет одно и то же, забывая, что рассказывала перед этим. Была вялой, безучастной,

ничего не делала в саду, но постоянно давала советы. Жаловалась на головные боли, принимала много лекарств, часто вызывала СП, но предъявляла очень неопределённые жалобы. На очередном переосвидетельствовании во МСЭК ей сказали о возможности «снятия» группы инвалидности, так как онкологи своей патологии больше не находили. Была встревоженной, без конца переспрашивала у родных, может ли такое быть, имеют ли врачи право так поступить. За три месяца до поступления написала «прощальную записку». Периодически говорила, что не хочет жить, что если она умрёт, то умрут и все окружающие. Перестала узнавать родных по телефону, а затем и при встрече. Иногда совершала нелепые бесцельные действия. После улучшения состояния уже в психиатрическом отделении рассказала, что в тот момент не узнавала свою квартиру, «казалось, что что-то не так». Говорила, что записку написала не она, а ей её «подбросили». За несколько дней до поступления ушла гулять с собакой и не вернулась, родные нашли её через 1,5 суток, грязную, с синяками на лице, говорила, что «потеряла кошку». В последующем рассказала, что не узнала дом, не могла открыть кодовый замок, бродила вокруг. Такое состояние послужило поводом для госпитализации.

В отделении первое время была безучастна, плохо доступна контакту, говорила, что ничего не помнит, повторяла «я чего-то боюсь...». Временами на лице появлялось скорбное выражение.

По данным компьютерной томографии обнаружено некоторое расширение боковых желудочков и расширение субарахноидальных пространств в лобно-теменной области.

Невролог диагностировал дисциркуляторную энцефалопатию 3 ст., атрофию вещества головного мозга, нормотензивную гидроцефалию.

В отделении первое время не находила свою палату, мочилась на пол, не узнавала родных. Постепенно на фоне лечения начала ориентироваться, поведение упорядочилось, узнавала родных, интересовалась домашними делами, сообщила анамнестические сведения о себе. При этом оставалась астенизированной, жаловалась на плохое самочувствие, фон настроения был немного снижен. Была выписана домой. Через полгода после выписки, известно, что дома в основном лежит, ничем не интересуется, не занимается домашними делами, ни с кем не общается, не помнит события своей жизни, текущие события так же не запоминает.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№16.

Больной Л., 43-х лет, прапорщик. В течение года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении.

Наследственность не отягощена. Окончил медучилище, успешно служил в морской пехоте, работал медбратом. Последние годы служит фельдшером в воинской части. Был женат, от брака двое детей. 8 лет назад в течение месяца участвовал в боевых действиях в Чечне, тогда получил черепно-мозговую травму с потерей сознания, обстоятельств её не помнит, за помощью не обращался. Первое время беспокоил шум в голове, головные боли, потом всё прошло. 4 года назад несколько месяцев служил в Югославии, там получил письмо от друга с сообщением, что жена ему изменяет. С тех пор постоянно думал о неверности жены. Со службой справлялся хорошо, но в последние годы стал недисциплинированным, имел взыскания за употребление алкоголя, невыходы на работу. Стал вспыльчивым. Около 10 лет систематически злоупотребляет алкоголем, утратил

количественный контроль, толерантность повысилась до 1 литра водки в день, часто возникали амнестические формы опьянения, в абстиненции тремор, бессонница, интенсивное влечение к спиртному. Из-за пьянства и скандалов в семье брак распался 3 года назад, но продолжал навещать жену, постоянно скандалил, ссорился, ревновал, надеялся восстановить семейные отношения. В течение 1,5 лет стал замечать изменившееся к нему отношение со стороны сослуживцев и окружающих, замечал на улице подозрительных людей, которые за ним следили, сослуживцы «со скрытой целью» расспрашивали о его жизни, выведывали, проверяли, считал, что начальство хочет лишить его обещанной квартиры. Устраивали ему провокации, специально на улице подсылали женщин, внешне похожих на жену, чтобы «подставить» его, проверить, не фиктивный ли у него брак. Несмотря на расторжение брака, продолжал ревновать жену, в качестве доказательств приводил такие «факты», как, например, позднее возвращение жены домой. Считал, что за всеми провокациями и слежками стоит жена. В состоянии алкогольного опьянения и похмелья эпизодически слышал невнятные мужские голоса, которые говорили о неверности жены, смеялись над ним. В состоянии опьянения, придя к жене, услышал мужской голос в её квартире, понял, что жена изменяет, нанёс ей два ножевых ранения в спину. Был привлечён к уголовной ответственности, признан невменяемым, около года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении. В отделении был раздражителен, когда разговор касался значимых для него тем, мышление становилось вязким, обстоятельным, становился эмоционально напряжённым, подробно рассказывал о ревности, преследовании. Был подозрителен, тревожен, говорил, что в отделении «подсадные утки», они «выведывают», настороженно воспринимал визиты сослуживцев. Терапевтом диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения.

Заключение невролога: Токсическая и посттравматическая энцефалопатия.

После проведённой терапии болезненная симптоматика полностью купировалась. Влечение к алкоголю отрицал, строил реальные планы, собирался прекратить встречаться с прежней женой, неприязни к ней не испытывал. Из армии был комиссован. Принудительное лечение прекращено.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 17.

Больной Ч., 19 лет, военнослужащий. Отец был инвалидом детства, умер в 1996 г.

Родился здоровым, развивался соответственно возрасту, посещал ДДУ. В школе начал учиться с 7 лет, долго не мог привыкнуть, прогуливал, 1 класс дублировал, в последующем учился удовлетворительно, в классе был тихим, стеснялся отвечать у доски, дисциплину грубо не нарушал. После 9 класса поступил в ПТУ, но учёбу на 1 курсе бросил и работал подсобным рабочим на стройке. По характеру рос очень нерешительным, неуверенным, боязливым, постоянно ожидал какой-то беды или расправы от окружающих, был склонен к постоянным сомнениям в правильности своих слов и поступков, в выбранной линии поведения, никогда не мог постоять за себя и ударить обидчика, обычно легко начинал общение со сверстниками, но был в их глазах «неполноценным» и предметом насмешек. Друзей фактически не имел. С детства постоянно возникало навязчивое желание копаться в мусоре, ездил для этого на свалки, копался в мусорных баках, хотя никогда ничего хорошего там не находил, старался, но обычно не мог сдерживать своё влечение. За помощью к врачам не обращался, на учёте нигде не состоял. В армейском коллективе

адаптироваться не может, сразу стал объектом шуток и унижений, над приказами долго думал, терялся, во всём сомневался, был медлителен, характеризовался только отрицательно. Постоянно был замкнут, одинок, ночами анализировал свои поступки и почему не принимает его коллектив, от этого очень устал, снижалось настроение, нарастало внутреннее напряжение, не мог сдержаться, чтобы не перебрать мусор в урнах туалета пока его не видят, но и это стало сослуживцам известно, возникло желание расправиться со своими обидчиками, обдумывал планы мести, упорно высказывал суицидальные мысли, плакал. После консультации психиатра направился в психиатрическую больницу.

При поступлении: во время беседы многословен, отвечает достаточно полно в плане вопроса, старается, чтобы врач понял его трудности, его склонность к сомнениям, отсутствие уверенности в себе, постоянное ожидание неудач, наказания, что мешает адаптации и вызывает насмешки и издевательства. С обидой говорит, что его «не принимает армейский коллектив», недоволен собой, самооценка занижена, внимание фиксировано на трудностях службы и своей несостоятельности. Обманов чувств, бреда нет. Мышление логически связное, последовательное, суждения наивны и незрелы, память, интеллект сохранены, эмоционально лабилен, настроение снижено до невротического уровня с тревожной окраской. В отделении в первые дни отказывался выходить из наблюдательной палаты, боялся контакта с военнослужащими, в последующем был тих, робок, замкнут, посещая психотерапевтическую группу, вёл себя пассивно, неуверенно, безинициативно. Фон настроения монотонно понижен, при беседе о службе появляется страх, слёзы, панически боится возврата в армию, склонен к унынию.

Заключение психолога: для личности присущи эмоциональная лабильность и неуравновешенность нервно-психических процессов, высокий уровень тревожности и фрустрированности. Прослеживаются черты зависимости, подчиняемости, внушаемости, высокий уровень ригидности. По методике УНП: высокий уровень невротизации и психопатизации. По методике ПДО: признаки вероятности психопатии шизоидного типа, преобладают черты женственности, психологическая склонность к алкоголизации. По методике шмишека: тревожный тип акцентуации характера/24 балла/, дистимический и возбудимый типы /по 21 баллу/. По тесту Равена: темп умственной деятельности высокий /100%/, интеллектуальная эффективность соответствует средней норме /индекс больше100/. По тесту Басса-Дарки: низкий уровень агрессивности при высоком уровне чувства вины, убеждение в собственной неполноценности, ущербности.

Соматически и неврологически здоров.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 18

Больной Р., 36 лет. Отец злоупотреблял алкоголем. Мать здорова.

Родился в семье младшим из 3 детей. В детстве развивался соответственно возрасту. В школу пошёл с 7 лет. Учился хорошо. Окончил 10 классов и Московский геолого-разведочный институт. Работал по специальности. По характеру с детства отличался замкнутостью, мнительностью, трудно вступал в контакт с окружающими. Склонен к самоанализу. В школе и в институте был

уважаем за высокое чувство ответственности за порученное дело. После окончания института рассчитывал работать в отдалённых районах страны в геологоразведочных партиях. Привлекала романтика. Видел себя «одиноким странником на природе». Но был распределён на работу в Ивановскую область. Был разочарован работой. В 1980 г. во время аварии получил травму головы и таза. В больнице от врачей узнал, что из-за травмы он не сможет иметь детей. Из-за этого понизилось настроение, испытывал тревогу, которую снимал приёмом алкоголя. В период лечения к нему проявила участие знакомая—коллега по работе. Женится на ней из чувства благодарности. В дальнейшем самочувствие было хорошим. Родился ребёнок. Последствий травмы головы не ощущал. Спиртное употреблял 1 раз в месяц. В возрасте 33 лет против своего желания, из чувства долга согласился занять руководящую должность. Испытывал большие затруднения, т.к. надо было общаться с людьми, поддерживать дисциплину. На собраниях не мог выступать, испытывал чувство растерянности. Поэтому уклонялся от выступлений, иногда уходил с собрания. Стал вновь злоупотреблять алкоголем. Быстро сформировалось тяжёлое абстинентное состояние с чувством страха, тревоги, раскаяния. Испытывал выраженное компульсивное влечение к алкоголю, в связи с чем «пропивал» зарплату, вещи из дома. Употреблял суррогаты. Пьянство запойное по 5-7 дней. Нарушились отношения с женой, которая всегда доминировала в семье, стремилась его «перевоспитать», часто унижая чувство его достоинства. Незадолго до госпитализации произошёл конфликт с одним из собутыльников, который стал ему угрожать. После окончания 7-дневного запоя на 3-й день стал слышать, как этот человек переговаривался за стеной в своей квартире с другими людьми о том, чтобы написать на него донос в милицию. Выглянув в окно, «увидел» мужиков, которые рубили прутья, чтобы его убить, из соседнего двора тянули трос, чтобы оборвать газовую трубу и взорвать его дом. Ходил к соседу «разбираться», был госпитализирован в психонаркологическое отделение. На фоне дезинтоксикации и введения реланиума галлюцинации быстро исчезли, стал спокойнее, поведение было упорядоченным. Однако критика к перенесённым психотическим расстройствам не восстановилась. Получал лечение соннапаксом, галоперидолом-деканоатом, фуразолидоном. После выписки жил у тётки, т.к. боялся идти домой. Разубеждению жены не поддавался, т.к. «верил только себе». По совету нарколога побеседовал с соседом и только тогда успокоился. Через месяц после выписки по настоянию больного амбулаторно была введена «торпеда». Отмечает, что вскоре обострилось влечение к алкоголю. Чтобы «нейтрализовать» лечение стал выпивать в небольших дозах. В дальнейшем развился тяжёлый запой. По инициативе жены был госпитализирован, на отделении находился месяц. Активной психотической симптоматики не продуцировал. Поведение правильное. Осуждал себя за пьянство, отмечал, что употребление алкоголя обусловлено особенностями его характера. Это помогает общаться с людьми, снимает внутреннее напряжение. При обследовании психологом расстройств мышления не выявлено. Отмечались такие черты личности, как сентиментальность, чувствительность, плохо развиты навыки общения, не может раскрыть свой внутренний мир перед близкими. Склонен к фантазированию и пассивности. Из больницы выписался, не получив полного курса лечения в связи с производственной необходимостью.

Первое время чувствовал себя хорошо, однако вскоре вновь произошёл конфликт с тем же мужчиной, который в пьяном виде опять стал ему угрожать (факт угрозы подтверждён объективно). После этого появилась тревога, страх. Несколько раз на большом расстоянии «видел» своего преследователя, который следил за ним. Из-за этого уехал в деревню, где чувствовал себя несколько спокойнее. Чтобы снять тревогу возобновил выпивки, снова был госпитализирован. Первое время высказывал идеи преследования, был тревожен, настроение снижено. Вскоре на фоне лечения нейролептиками появилась критика к прежним высказываниям. При беседе на тему о преследовании смущался. Говорил о намерении вести трезвую жизнь, однако опасался, что активное лечение может повредить здоровью.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).

4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 19

Больной Б., 23 лет, разнорабочий. Мать злоупотребляла алкоголем, умерла, когда ему было 19 лет. Рос здоровым, был «обычным ребёнком». Закончил 9 классов общеобразовательной школы, учился удовлетворительно, получил в ПТУ специальность повара – «больше некуда было пойти». По специальности не работал. Работает разнорабочим в частном предприятии, справляется, конфликтов нет. Всегда имел друзей, отношения с ними ровные. Живёт с сожительницей. В возрасте 17 лет был избит, потерял сознание, около месяца лечился в ЦРБ. После травмы беспокоили головные боли, в связи с этим был признан негодным к службе в армии. За месяц до поступления в психиатрическую больницу получил ЧМТ, был избит, сам обстоятельств травмы не помнит. Сколько времени находился без сознания не знает, лечился в нейрохирургическом отделении с диагнозом: закрытая ЧМТ, ушиб головного мозга 1 степени. После выписки беспокоили головные боли, усиливающиеся к вечеру, отмечалось пониженное настроение, тоска, ночью просыпался от кошмарных сновидений. «Кажется, что за мной кто-то гонится». Родственники отмечали его безучастность, больше лежал, «думал о чём-то своём», временами становился раздражительным, был госпитализирован в психиатрическую больницу.

При поступлении был медлителен, заторможен, безразличен к факту госпитализации. Во время врачебного осмотра голова опущена на грудь, ни разу её не поднял, взорового контакта нет, на вопросы отвечает тихим, монотонным голосом, односложно, достаточно откровенно. Мышление значительно замедленно по темпу, логические связи не нарушены, легко истощаем, внимание переключается с трудом, настроение снижено, отмечает тоску в груди, аппетит снижен. В отделении в последующем был пассивен, необщителен, заторможен, выглядел грустным, мрачным. Говорил, что по ночам слышит, как его зовут к себе мать и отец, которые умерли, а днём периодически возникает ощущение, что «находится под их наблюдением». Жаловался, что «голова плохо соображает». Хуже стал разгадывать сканворды, труднее стал думать. Плохо датировал события последних месяцев, не помнил обстоятельств травмы и события непосредственно после неё, в тоже время субъективно память считает хорошей. Описывая изменения психических функций, в тоже время считает себя здоровым.

ЭЭГ: Признаки дисфункции стволовых структур, зафиксирована эпилептиформная активность.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 20

Больной А., 31 года, поступил в психиатрическую больницу впервые в связи с нелепым поведением.

Бабушка по линии матери умерла от онкозаболевания в возрасте 30 лет. Мать умерла в 37 лет, за 3 года до этого у неё появились психические расстройства. На работе танцевала и пела, стала фамиллярной, раздражительной, начала курить, употреблять алкоголь. Неоднократно перечитывала и пересказывала детские книги. Не помнила фамилий и имён своих сотрудников, забыла таблицу умножения, стала ко всему безразличной, перестала интересоваться сыном, последнее время больше лежала, иногда тяжело вздыхала.

Единственный ребёнок, рос спокойным, был адаптирован. Закончил школу, ПТУ по специальности слесарь КИПа, закончил военное авиационное училище, служил на аэродроме. В последние годы работал оперуполномоченным УВД, затем переведён в участковые милиционеры, т.к. с обязанностями не справлялся. Год назад контракт с ним не был возобновлён, после этого не работал. Женат, имеет дочь 6 лет, отношения с женой были хорошими, но после того как уволился с работы и появились материальные проблемы, жена попросила отца больного взять его к себе около 9 месяцев живёт с отцом и мачехой. Соматических заболеваний, травм головы не было. Алкоголем не злоупотреблял. Около 2-х лет назад постепенно стал хуже справляться с работой, в дальнейшем не предпринимал попыток к трудоустройству, хотя семья испытывала материальные проблемы. Дома был пассивен, целыми днями бездумно смотрел телевизор. Если отец запрещал ему, то читал художественную, преимущественно мистическую литературу. При этом не мог сказать, что читает и пересказать прочитанное. Начал всё меньше общаться с окружающими, появилась ранее не свойственная неряшливость, не брился, не мылся, отказывался сменить одежду. Летом в жару одевал зимние сапоги и утеплённую куртку, не ходил к жене, не интересовался дочерью. Речь стала совсем бедной, чаще лишь односложно отвечал на вопросы, забывал название предметов обихода «дай то, чем режут». Начал как маленький ребёнок рассказывать, что видел на улице карлика, людей без ног, с отрезанными руками. Был госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении был эмоционально монотонен, не мог объяснить своего поведения дома. Во время инъекции возбудился, кричал, стал тревожным, беспокойным, сам рассказал, что примерно 1,5 месяца назад увидел на улице несколько человек с отрезанными руками и ногами, «понял, что существует организация, которая этим занимается. Из-за этого не выходил из дома, но при этом страх отрицает. Ориентирован верно, понимает, что находится в больнице. В последующем стал спокоен, пассивен, медлителен, безразличен к пребыванию в больнице, временами не мог сказать, где находится. При подсказке говорил, что он в больнице, но не знает в какой и как долго лечится. В последний месяц поведение стало стереотипным после завтрака сидел в столовой, ждал обеда, после тихого часа также сидел и ждал ужина. Ни с кем не общался, лицо амимично, не интересовался домашними делами, семьёй, своей судьбой, нет планов на будущее. Речь крайне обеднилась с момента поступления, фразовой речи почти нет, отмечается стереотипное повторение одних и тех же слов.

Физически здоров.

Результаты компьютерной томографии: боковые желудочки и третий желудочек расширены, наружное субарахноидальное пространство височных долей и латеральных отделов лобных долей расширено. Объём вещества мозга в прилегающих отделах уменьшен.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 21.

Больной Г., 29 лет, безработный.

Единственный ребёнок в семье. Родился, когда родители были уже немолодыми людьми. Практически с момента рождения был беспокойным, плохо спал, часто плакал. Серьёзных соматических заболеваний, травм головы не было. Родители баловали его, шалости прощали; когда ссорился с другими детьми или обижал их, всегда принимали его сторону. В школе учился легко, но к занятиям относился несерьёзно, без желания, уроков почти не готовил, имел много двоек, но всегда «в последний момент мобилизовывался» и за счёт способностей исправлял ситуацию. Рос подвижным, «был как ртуть», с трудом мог просидеть спокойно время урока. В дальнейшем любые занятия, требующие сосредоточенности и усилий, а также однообразные действия быстро надоедали, бросал их незаконченными, увлекался чем-то новым. В школе постоянно нарушал дисциплину, срывал уроки, выдумывал шутки и розыгрыши, которые иногда заканчивались неприятностями для участников. Мог сколоть булавкой подола платья у девочек и позвать одну из них, в результате платья рвались, мог сказать кому-нибудь, что у него дома случилось несчастье и так далее. Причём делал это не ради причинения вреда или со злости, а больше из любопытства и «ради смеха». Постоянно получал замечания и плохие отметки за поведение. Мало читал, но тем не менее много знал, мог легко поддержать разговор, быть остроумным. Легко знакомился, мог «очаровать» при первом впечатлении, но впоследствии окружающие разочаровывались в нём, так как он легко нарушал данное слово, был необязателен, мог подвести в любом деле. При этом не испытывал угрызений совести и искренне недоумевал по поводу предъявляемых ему претензий. В армии не служил, так как в связи с плохими школьными характеристиками был освидетельствован в психиатрической больнице перед призывом и признан негодным к военной службе. После школы больше нигде не учился. Сменил несколько мест работы и рабочих специальностей. Начинать обычно успешно, легко овладевал навыками, но быстро «гас», терял интерес, халтурил и обычно ему предлагали уволиться по собственному желанию. Имел непродолжительные, случайные встречи с женщинами. Жил с матерью, отец несколько лет назад умер от инфаркта миокарда. Алкоголь впервые попробовал в 14 лет, 2-3 года выпивал изредка в компаниях, получал удовольствие не столько от действия алкоголя, сколько от факта выпивки. Постепенно стал выпивать чаще, «распробовал вкус божественного напитка», когда были деньги, пил дорогое вино и коньяк, если денег не было, мог пить самогон и дешёвую водку. Переносимость увеличилась до 300 гр водки или 500-600 гр вина, от большого количества болела голова. Через несколько лет выпивал по 5-6 дней подряд, по утрам испытывал физический дискомфорт, повышенную потливость, дрожь, желание «философствовать и публично каяться», опохмелялся. По настоянию матери несколько раз лечился в наркологическом стационаре, но эффекта не было. За три недели до последней госпитализации перестал спать, был возбуждённым, поссорился с соседом по дому (сотрудником милиции), утверждал, что сосед взломал его сарай, украл оттуда велосипед, подстраивает гадости, чтобы навредить ему и выжить из дома, испытывал страх, говорил, что сосед организовал за ним слежку, собирается «подставить» его, подбросить наркотики или что-нибудь ещё сделать. В связи с таким поведением был госпитализирован в наркологическое отделение. В стационаре тяготился обстановкой наблюдательной палаты, не сидел на месте, требовал расширения режима, так как хотел посмотреть телевизор и «размяться». Вовремя беседы со смехом рассказал, что придумал историю про слежку, так как хотел «укрыться» в стенах больницы от уголовного преследования, сообщил о многочисленных ловко совершённых кражах, оставшихся не обнаруженными. Описал, как избил соседа, «одержал верх над майором милиции». Жаловался на постоянное чувство голода, возмущался тем, что его кормят хуже других, говорил, что зав.отделением относится к нему плохо, специально «морит голодом», «держит» в наблюдательной палате. В разговоре подчёркивает свой ум, знание жизни, хвалится «уголовным» опытом, мышление слегка ускорено, временами становится непоследовательным, паралогичным.

В неврологическом статусе признаки резидуальной перинатальной патологии и токсического поражения мозга.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 22

Больная С., 60 лет.

В детстве развивалась правильно. Окончила школу, училась музыке, знала иностранные языки. Работала секретарём. Была замужем, муж умер 10 лет назад, имеет здорового сына.

По характеру властная, требовательная, общительная. Интересовалась искусством, литературой. О серьёзных заболеваниях в прошлом не известно.

В течении последних 2-х лет стала затрудняться в подборе слов, что постепенно усиливалось. Одновременно стала очень забывчивой, суетливой. Состояние больной значительно ухудшилось за несколько месяцев до госпитализации. Одевала платье подкладкой вверх, мочилась в туалете на пол. Вышла из дома, села на крыльцо чужого дома. На вопрос «где она живёт» показывала в противоположную сторону.

Психическое состояние: Контакт с больной затруднён. Не может назвать большинства показываемых ей предметов. Плохо понимает обращённую к ней речь. Речь больной аграмматична, одни слова заменяет другими, в словах наблюдаются многократное повторение слогов. Чтение и все виды письма грубо расстроены. Больная не может сказать точно где находится, но из высказываний следует некоторое, хотя и смутное, представление об окружающей обстановке. Говорит, что её здесь «принимали и осматривали». Заявляет, что врачи должны её «учить» /лечить/. Больная многоречива, чаще благодушна. На вопрос, знала ли она иностранные языки, с аффектом ответила: «знала...я тогда человеком была». Больная бродит по отделению, заходит в чужие палаты, стучится в кабинеты врачей, ищет какого-то доктора Л., который должен её «учить» /лечить/. Ищет мать и отца, на вопрос о возрасте заявляет, что ей 18 лет. Многие элементарные действия выполняет неправильно: не может одеть пижаму, одевает обе тапочки на одну ногу. Не может правильно расценить своё болезненное состояние, однако, иногда формально признаёт свои ошибки.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 23

Больной Х., 69 лет.

Наследственность неотягощена. Рос и развивался здоровым. Отличался вспыльчивым характером. В юношеские годы злоупотреблял алкоголем. Курит. Работал слесарем. В настоящее время на пенсии. Женат, имеет детей, внуков.

В течение ряда лет у больного отмечались головные боли, головокружения, одышка, боли в области сердца. Наблюдался у терапевта с диагнозом: «Атеросклеротический кардиосклероз». На протяжении последнего года вёл судебную тяжбу из-за жилой площади, имела место реальная угроза выселения из квартиры. В связи с переживаниями во время судебного разбирательства стал подозрительным, считал, что соседи к нему плохо относятся.

За 1 месяц до поступления в клинику ухудшился сон, усилились головные боли, появилась слабость. Стал раздражительным, слезливым испытывал неопределённую тоску, тревогу за своё здоровье. Возникли мысли, что соседи «отравляют его газом, чтобы завладеть квартирой». Стал «замечать», что кто-то проникает к нему в комнаты, «перекладывает вещи», «ворует белье», «портит пищу». Затыкал ватой щели в дверях, многократно менял замки. Перестал спать, писал многочисленные письма в милицию и другие инстанции о его преследовании, просил, наказать соседей.

Психическое состояние: Сознание не помрачено. В поведении суетлив, предъявляет жалобы соматического характера, психически считает себя здоровым. Отказывается от еды и лечения, недоверчиво относится к врачам. Убеждён, что соседи «травят его», «вредят», «воруют вещи». Приводит многочисленные доказательства этого. Критика к высказываниям в отдельные моменты почти полностью отсутствует. Периодически бывает многоречив, обстоятелен. Фиксирован на проблеме судебного разбирательства. Старается подробно рассказать о своей жизни, но быстро истощается. Прошрое помнит в деталях, любит поговорить о днях своей молодости, помнит события школьных лет. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает, память на текущие события снижена. Эмоционально лабилен, то несколько эйфоричен, шутит; то слабодушен при разговоре о квартире плачет, просит помощи.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 24

Больной И., 52 лет.

Сведения о наследственности отсутствуют. Родился и рос в деревне. Окончил сельскую школу, успевал посредственно. В армии не служил из-за соматического заболевания. Работает разнорабочим на ферме. Семьи не имеет. По характеру раздражителен, эгоцентричен, медлителен. Систематически употребляет алкоголь.

Однажды, находясь в состоянии алкогольного опьянения, ночью выбежал из дома, стал ломать забор у соседей, напал на тех, кто мешал ему это делать, выкрикивал бессвязные фразы. Пришёл в себя через 1,5 часа, ничего не помнил о случившемся. Был доставлен в психиатрическую больницу, состояние диагностировали как «алкогольный делирий». Больше алкоголь не употреблял, но через месяц подобное состояние повторилось, неожиданно набросился на односельчан, нецензурно бранился, пытался куда-то бежать. В последствии ничего об этом не помнил.

Психическое состояние: Сознание не помрачено. Ориентировка всех видов сохранена. Обеспокоен состоянием своего здоровья, просит врача выписать «таблеточек», слащаво благодарит за назначения. В отделении держится с подчеркнутым достоинством, с больными разговаривает высокомерно. Во время обхода отзывает врача в сторону и «по секрету» сообщает, что больные в палате курили и говорили «нехорошие слова».

Интересы больного ограничены узким кругом бытовых мелочей. Тщательно следит за своими физиологическими отправлениями. Речь больного крайне вязка, обстоятельна, насыщена массой ненужных подробностей, интеллект снижен. С трудом передаёт содержание рассказа, не может объяснить переносный смысл пословиц, при этом обладает ограниченным запасом знаний. Настроение неустойчиво, склонен к вспышкам раздражительности, гневливости, ударил другого больного, когда тот случайно сел на его место в столовой. Критические способности снижены, считает себя выдающимся человеком.

На ЭЭГ отмечаются диффузные изменения электрической активности головного мозга в виде сглаженности региональных различий. На фоне гипервентиляции возникают билатерально синхронные вспышки тета- и дельта-волн до 150 мкВ продолжительностью 1–1,5 с.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 25

Больная О., 18 лет, поступает впервые для уточнения диагноза. При поступлении предъявляет жалобы на головные боли давящего характера, на боли в глазах, головокружения, снижение памяти, на припадки с потерей и без потери сознания.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в семье рабочих от нормально протекавшей беременности и родов. Психомоторное развитие без особенностей, дома воспитывалась в условиях гиперопеки. Легко адаптировалась к дошкольным учреждениям, по характеру была вспыльчивой, самолюбивой, требовательной, склонной к упрямству. Часто болела – перенесла корь, коревую краснуху, ветряную оспу, отит, неоднократно – ОРВИ, грипп. Обучение в школе с 7 лет, училась посредственно, в настоящее время является ученицей 11 кл. Живёт с родителями, взаимоотношения в семье хорошие.

Впервые судорожный припадок возник в 1,5 года на фоне температуры, длился несколько минут. Второй припадок возник в 5 лет, когда девочка внезапно подбежала к матери, упала ей на руки, потеряв сознание. Судорог не было, глаза закатились вверх. Без сознания была около 15 минут, придя в себя, быстро уснула. Каждый раз мать обращалась к неврологу, назначался люминал в течение нескольких месяцев. С 13 лет, после появления месячных, стала жаловаться на головные боли. Вскоре появились особые состояния, о которых мать рассказывает так: «дочь внезапно краснеет, жалуется на то, что ей стало жарко, немного кружится голова, дрожит внутри тела. Покраснение кожи быстро сменяется бледностью, появляется слабость. Сознание никогда при этом не теряет позднее стали наблюдаться «провалы в памяти», чаще, при ответах на уроках «вдруг всё забывает, хотя при этом всё слышит и понимает, может сама говорить». В связи с этим родители добились освобождения от экзаменов в 9-м классе, в 10-м перевели на домашнее обучение, пользуясь рекомендациями врачей, полностью отстранили дочь от участия в ведении домашнего хозяйства. В 11-м классе появились «большие припадки», начинающиеся с ощущений общей

слабости, чувства жара, головокружения, внутренней дрожи. На этом припадок может закончиться, иногда, ведёт к потере сознания и больная падает. Непроизвольного мочеиспускания, дефекации, прикуса языка никогда не было. Волнение легко провоцирует такие припадки. После припадков больная некоторое время не может говорить, затем разговаривает по слогам. По характеру остаётся вспыльчивой, самолюбивой, капризной, стала более эгоцентричной, упрямой.

При поступлении несколько демонстративна, эмоционально лабильна, охотно беседует, активно интересуется предстоящим обследованием, лечением. Сознание ясное. Ориентирована. Без активной психотической симптоматики. Мышление, интеллект, память—без патологии. Внимание — несколько затруднено переключение. Критична. Настроение неустойчиво. Соматически: со стороны внутренних органов—без патологии, в анализах крови и мочи—норма. Осмотрена окулистом—глазное дно в норме. Неврологически: ЧМИ—без очаговой симптоматики, сухожильные рефлексы (ахилловы и коленные) равномерно повышены, патологических рефлексов нет. На всей левой половине тела снижена болевая чувствительность, отмечается гипестезия левой половины лица. В позе Ромберга устойчива. Рг-грамма черепа—без патологии. ЭЭР—усиление восходящих активирующих влияний десинхронизирующей системы головного мозга. Эхо-ЭГ—без патологии.

В отделении больная остаётся эмоционально лабильной, капризной, предъявляет к персоналу завышенные требования. Часто жалуется на головную боль, слабость, при этом к назначаемым медикаментам относится насторожённо, уклоняется от их приёма, предпочитает обвязывать голову мокрым полотенцем, подолгу лежит в постели. Припадок отмечался однократно, перед ним плакала, заявляла, что у неё болит голова, что не спала всю ночь. Отмечалась гиперемия лица, шеи, затем, мелкая дрожь всего тела, затем, повернулась животом вниз, громко захрапела. При осмотре врача лежала с закрытыми глазами, плотно сжатыми губами, при попытке исследовать реакцию зрачков на свет отводила глаза вверх, инструкций не выполняла. При неврологическом исследовании отклонений от нормы не выявлено.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 26

Больная Л., 45 лет, предъявляет жалобы на тревогу, подавленность, слабость, на приступообразные боли в животе, на периодические мысли о наличии тяжёлого заболевания.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в семье служащих. Беременность у матери протекала без особенностей, роды—кесаревым сечением. Родители развелись, когда больной было 6 лет, воспитывалась, преимущественно, бабушкой. Была стеснительной, впечатлительной, тревожно-мнительной девочкой. Закончила 10 классов общеобразовательной школы, техникум по специальности экономист. В 19 лет вышла замуж, отношения с мужем складывались хорошо, родила двух дочерей. Старшая из них страдала врождённой патологией сосудов, часто болела, требовала постоянного ухода, из-за чего больная не смогла трудоустроиться. После её смерти в 8 летнем возрасте сосредоточилась на воспитании младшей дочери и на муже, который служил военным моряком. Пыталась работать секретарём-машинисткой, рассчиталась из-за постоянных переживаний за выполняемые обязательства. По характеру оставалась тревожно-мнительной, эмоциональной, склонной к навязчивым опасениям, сомнениям, к легко возникающим страхам.

Ухудшение состояния впервые возникло после смерти дочери, которой была неудачно выполнена

операция. Снизилось настроение, нарушился сон, аппетит, похудела, усилилась тревога за состояние здоровья близких, тогда же впервые появились боли в животе приступообразного характера, что было расценено как результат нарушения питания. Впоследствии настроение улучшилось, тревога уменьшилась, однако, боли в животе легко возобновлялись при волнениях за близких, при попытке трудоустроиться, при этом периодически сопровождалась тошнотой. Стала фиксировать внимание на ощущениях в животе – периодически чувствовала «брожение», «раздувание» в животе, появились мысли о наличии нераспознанных заболеваний. Обследовалась, был выявлен калькулёзный холецистит вне обострения, прооперирована в плановом порядке, но неприятные ощущения в животе периодически возобновлялись, сопровождалась тревогой, активным обращением к врачам различных специальностей.

Настоящее ухудшение в течении месяца после очередной психотравмирующей ситуации – муж был в плавании, а по телефону периодически звонил неизвестный и заявлял, что «муж не вернётся», что «муж погиб». После возвращения супруга, вновь, появились боли в животе, стала ощущать как «пища движется», ощущала страх за собственное здоровье, стала голодать, появились мысли о раке. Обращалась к онкологу, патологии не выявлено. По инициативе участкового терапевта была направлена к психиатру в диспансерное отделение, где дала согласие на стационарное лечение в психиатрической больнице.

При поступлении – астенизирована, тревожна, фиксирована на ощущениях в животе «болит», «схватывает» отмечает периодическую тошноту, просит назначить активное лечение – «чтобы уснуть и всё забыть». Вместе с тем высказывает недоверие ранее проведённым обследованиям. Сознание ясное. Ориентирована. Активной психотической симптоматики нет. Мышление, интеллект, память – без патологии. Эмоционально лабильна, тревожна, фон настроения снижен. Критична.

Соматически: в анализах крови и мочи – норма.

Заключение терапевта: Постхолецистэктомический синдром?

Неврологически: ЧМИ – без очаговой симптоматики.

В отделении большую часть времени лежит, выражение лица страдальческое, вместе с тем тщательно следит за своей внешностью, аккуратна. Отказывается от больничной пищи, избирательно ест пищу, приносимую мужем из дома. Сохраняется фиксация на неприятных ощущениях в животе, строит различные предположения о наличии соматической патологии. К лечению относится добросовестно охотно принимает медикаментозную терапию, к психотерапии относится формально.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 27

Больной Т., 20 лет, находился на стационарном лечении в отделении неврозов. Наследственность неотягощена, родился здоровым, рос и развивался нормально. Воспитывался в условиях конфликтных отношений между родителями из-за пьянства отца. Семья жила в Киргизии, в сельской местности. Когда больному было 10 лет, вместе с семьёй переехал в Россию. Причина переезда заключалась в межнациональных конфликтах. Жили так же в сельской местности. Получил среднее специальное образование, освоил профессию механизатора. В настоящее время работает в совхозе

механизатором, живёт с матерью и сестрой, отношения хорошие. Выпивает 1-2 раза в неделю по 1 бутылке пива. Был призван в армию 2 года назад, служил в артиллерийских войсках, 15 месяцев участвовал в боевых действиях на территории Чечни. В начале испытывал страх, потом адаптировался. Чтобы снять нервное напряжение ежедневно выпивал по 100- 200 гр водки. В последнем бою получил ранение в область живота, на его глазах произошла гибель товарища. Лечился в госпитале, после чего вернулся домой. В течение месяца продолжал ежедневно выпивать, потом устроился на работу и частый приём алкоголя прекратил. Вскоре после этого каждую ночь стал видеть кошмарные сновидения с воспроизведением боевых действий, гибели товарища, угрозой собственной гибели. В течение ночи часто просыпался, не мог выспаться, отсутствовало чувство бодрости, отдыха после сна. Появились головные боли, раздражительность, неустойчивое настроение. Такое состояние продолжалось около месяца после чего сам обратился в поликлинику ЦРБ, был госпитализирован в отделение неврозов. В отделении быстро освоился, легко общался, был приветлив, дружелюбен, настроен на лечение. Отмечалось лёгкое снижение фона настроения, в первые дни пребывания –утомляемость.

Соматический и неврологически здоров.

По данным опросника Шмишека определялось усиление дистимических и тревожных черт.

После проведённого лечения состояние улучшилось, кошмарные сновидения исчезли. Находился в лечебном отпуске дома, там чувствовал себя хорошо. Был выписан домой.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 28

Больной М., 17 лет. Отец страдал шизофренией, мать с ним развелась, когда ребёнку было 1,5 года. Родился здоровым, развивался нормально. Воспитывался с участием отчима, рос старшим из 2-х детей. Посещал детский сад, был эмоциональным, подвижным, общительным. Учился посредственно, закончил 9 классов общеобразовательной школы. Был добросовестным, спокойным, уравновешенным, с одноклассниками складывались дружеские отношения. На критику реагировал адекватно, в драках не участвовал. Поступил в училище по специальности ювелир, но учебу прекратил. Большую часть времени проводит дома, помогает матери и сестре. В семье отношения хорошие. Алкоголь употребляет очень редко. Серьезных заболеваний, травм головы не было.

Когда мальчику было 15 лет, осенью вместе с семьей подвергся ограблению. При этом отчим получил ранение ножом в живот, мать после попыток была вынуждена отдать деньги, накопленные для покупки квартиры. Впоследствии семье угрожали убийством из-за ситуации опознания. Отчим после этого ушел из семьи. На этом фоне у больного понизилось настроение, испытывал тревогу, страх за свою жизнь и жизнь близких. Нарушился сон, аппетит, понизилась работоспособность. Прекратил учебу в училище. В памяти навязчиво всплывали воспоминания о ситуации нападения, ранения отчима, угроз. Часто видел сны, в которых ему кто-то угрожал, был вынужден бежать, спасаться, прятаться, ложился спать с ножом или топором. Просыпался с сильным чувством страха, сердцебиением. К лету переживания стали ослабевать, чувствовал себя спокойно. Но с наступлением осени состояние вновь ухудшилось, усилились страхи, тревога, нарушения сна.

Лечился в отделении невротозов, был выписан в хорошем состоянии. Иногда ближе к вечеру возникало чувство тревоги, возникали кошмарные сновидения. Через несколько месяцев на фоне возобновившегося уголовного дела тревога усилилась. Стала более раздражителен, обидчив, мнителен. Был повторно госпитализирован.

При поступлении охотно беседовал, при затрагивании ситуации ограбления становился тревожным, появлялись вегетативные реакции. Ухудшение состояния связывал с возобновлением уголовного дела, возобновившимися угрозами со стороны нападавших. Подтвердил, что «переживания травмы сохраняются», что часто вспоминается и снится случившееся.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

По результатам опросника Шмишека преобладают экзальтированный и тревожный типы.

Методика УНП: повышен уровень невротизации

После проведенного лечения состояние улучшилось, но сохраняется фиксация на психотравмирующей ситуации, повышен уровень тревожности, эмоциональная лабильность.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 29

Больной Т., 37 лет.

Наследственность отягощена алкоголизмом у отца. Рос и развивался правильно. Окончил среднюю школу, учился хорошо, поступил в военное училище, впоследствии много лет служил в воинской части, имел звание майора. Женат, двое детей, отношения в семье спокойные. Алкоголь употреблял в праздники и выходные дни. Был спокойным, старательным, не любил конфликтовать, придавал серьезное значение мнению о себе окружающих. Взысканий по службе не имел. 3 года назад при проверке пистолета-ракетницы случайным выстрелом убил мальчика на территории части. Было возбуждено уголовное дело, родные пострадавшего требовали серьезную материальную компенсацию. Тяжело переживал случившееся, хотя виновным себя не считал. Стал плохо спать, пропал аппетит, нервничал, отмечались колебания артериального давления, Появилась неуверенность, тревожность, замечал, что сослуживцы смотрят на него и сочувственно и неуважительно одновременно. От службы на время расследования был отстранен. Находился на лечении в отделении невротозов, после выписки стал немного спокойнее, но сохранялась повышенная тревожность, чувство внутреннего напряжения, настроение легко менялось в зависимости от ситуации, Из армии был комиссован. Был даже рад этому обстоятельству, так как отношения с сослуживцами начали его тяготить, «все время как невидимая черта между мной и ими». Работал мастером по ремонту телефонного оборудования, с работой справлялся, но давалось это с напряжением, нервничал, часто испытывал неуверенность, обостренно воспринимал любые замечания по работе. Сон был беспокойным, с частыми пробуждениями. В последующие годы произошло несколько серьезных для больного событий: болела жена, затем в семье несколько месяцев до своей смерти жила требовавшая постоянно ухода теща, Эти обстоятельства приводили к тому, что усиливалась тревога, напряжение, беспокоили колебания артериального давления, боли в сердце. В эти периоды обостренно воспринимал отношение к себе окружающих, казалось, что его не уважают, не ценят. Возрастала неуверенность в себе, становился растерянным на работе, нервничал, переставал справляться с делами, еще трижды госпитализировался в отделение

неврозов, после лечения состояние улучшалось, но повышенный уровень тревожности, неуверенность сохранялись.

Во время последнего поступления беспокоен, с плачущими интонациями в голосе рассказывает о своем состоянии, говорит, что ему стыдно перед мед.персоналом, «думают, что я не могу справиться с собой». Несколько ипохондричен, описывает чувство, «как будто вдохнул, а выдохнуть не могу». Настроение снижено, плохо спит.

В процессе лечения стал спокойнее, наладился сон, улучшилось настроение, помогал в хозяйственных делах на отделении. Перед выпиской волновался, говорил врачу, что не знает, как будет справляться дома.

В соматическом статусе язва 12-ти перстной кишки в стадии ремиссии.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

По результатам психологического исследования определяется повышенный уровень невротизации (методика УНП).

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№30

Больной Б., 28 лет.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился старшим из 3-х детей от протекавшей с токсикозом 1-й половины беременности и своевременных родов. В раннем детстве заметно не отставал в развитии от сверстников, вовремя стал говорить и ходить. Из перенесенных заболеваний в детстве отмечается простудные и детские болезни без осложнений. Травм головы с потерей сознания не получал. Воспитывался в семье, посещал детские дошкольные учреждения, где плохо запоминал стихи, не выступал на утренниках. 7 лет пошел в школу, успевал слабо, со 2-го класса наблюдался у психиатра в связи с отставанием в развитии, по решению медико-педагогической комиссии был направлен во вспомогательную школу. С подросткового возраста отличался неусидчивостью, непослушанием, расторможенностью, прогуливал занятия. После 7-го класса занятия бросил, работал учеником, затем слесарем в совхозе. Находился на обследовании в психиатрической больнице в связи с призывом в армию. При клиническом обследовании был признан негодным к службе в армии. После выписки к психиатру обращался 1 раз, когда стал злоупотреблять алкоголем. В состоянии опьянения становился агрессивным, раздражительным, конфликтным. В последствии психиатром не наблюдался. Проживал без регистрации в Москве, работал на стройках. Тяжелых заболеваний, травм головы за последнее время не переносил, ранее оперирован по поводу паховой грыжи. Злоупотреблял алкоголем, употреблял самогон с димедролом, другими неизвестными таблетками, был нервным, раздражительным, после употребления спиртного терял сознание. В медвытрезвитель не доставлялся, на учёте у наркологов не состоит. Трижды привлекался к уголовной ответственности за кражи, СПЭ тогда не проводилась, осуждался к лишению свободы условно, затем был амнистирован. Странностей в поведении не отмечено.

Последнее время проживал с сожительницей, по показаниям которой психических отклонений не обнаруживал. В настоящее время привлекается к уголовной ответственности за убийство С., труп которого был обнаружен в подьезде общежития. Из показаний соучастника, свидетелей,

материалов дела известно, что странностей в его поведении не отмечалось, он был в состоянии алкогольного опьянения. В ходе следствия он отказывался от дачи показаний, отрицал свою вину. Был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

При осмотре находился в непомраченном сознании, все виды ориентировки сохранены. Понимает ситуацию. Одет аккуратно, внешне опрятен. Держится свободно, раскованно. Общению доступен, на вопросы отвечает охотно. Речь обычного темпа. Правильно понимает и по существу отвечает на вопросы, обнаруживает небогатый словарный запас, пользуется простыми и короткими предложениями. Во время обследования странностей не отмечается, ведёт себя правильно, спокойно, адекватно ситуации и обстановке. Жалоб нет. О своей жизни рассказывает подробно, помнит основные события, обследование в больнице. О случившемся рассказывает последовательно, отрицает свою вину – «я не убивал, может это кто-то другой?». Утверждает, что хорошо помнит все события. Мышление без грубых нарушений по темпу, логической направленности, преимущественно конкретного типа. Сравнение понятий производит по второстепенным признакам, простые метафоры объясняет верно, переносный смысл пословиц не доступен. Галлюцинаторно-бредовых расстройств нет. Интеллект с легким снижением, общий запас знаний невелик, правильно считает в пределах десятков, выполняет простые арифметические действия (сложение, вычитание), не знает таблицы умножения. Но осведомлен в бытовых вопросах, знает цены на основные продукты питания, обнаруживает практические навыки и сметку. Недоступен лишь анализ сложных закономерностей, не развита способность к осуществлению высших форм синтеза. Настроение при обследовании ровное. Заявляет, что часто употребляет алкоголь, суррогаты его, переносимость выше 1 л, опохмеляется, пьет запоями до 4-5 дней. После запоев были «припадки», 1-2 раза «мерещились чёртики, слышались разные разговоры». Указанные расстройства проходили без лечения, критично оценивает эти состояния – «это от вина, такое у мужиков бывает, я слышал об этом».

В неврологическом статусе признаки перинатальной энцефалопатии.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№31

Больной Б., 57 лет.

Психопатологически наследственность неотягощена. Родился он старшим из 3-х детей в семье. Развивался в детстве правильно, не отставая от сверстников. Из перенесённых в то время заболеваний отмечает воспаление лёгких, травм головы тогда не получал. Вовремя пошел в школу, с программой справлялся посредственно, смог окончить лишь начальную школу, классов не дублировал. Учился без желания, оставил учёбу. В последующем в вечерней школе получил 8-летнее образование. После окончания 8 классов освоил профессии токаря, слесаря, механика, на курсах выучился на водителя. На общих основаниях служил в армии в строевых частях. С его слов служба прошла ровно, демобилизован был в срок на общих основаниях. После этого в основном работал шофёром, с работой справлялся, характеризовался положительно. В это время стал массивно злоупотреблять алкоголем, повысилась переносимость алкоголя до 0,75 л водки за сутки, появились похмельные состояния в виде слабости, потливости, головной боли, дрожания рук, нарушений сна, тревоги, кошмарных сновидений. Привлекался к уголовной ответственности за

совершение наезда на пешехода в состоянии алкогольного опьянения, во время которого он сам получил перелом костей ноги и «сотрясение головного мозга», лечился в больнице. Тогда сомнений в его психической полноценности не возникало, был осуждён на год исправительных работ. После этого был лишён водительских прав, работал слесарем, из-за пьянства часто менял места работы, подолгу нигде не удерживался. На фоне злоупотребления алкоголем у него впервые в возрасте 33 лет отмечался судорожный припадок с потерей сознания, по поводу чего лечился у невропатолога. Постепенно стал меняться по характеру в сторону раздражительности, вспыльчивости, привлекался к уголовной ответственности за нанесение побоев матери, был осуждён на 6 лет лишения свободы. Срок наказания прошёл гладко, освобождён был условно-досрочно. Женился, детей от брака не имеет, жена испытуемого также злоупотребляла алкоголем. Якобы в это время при падении получил повторную травму головы с потерей сознания, по поводу чего лечился в железнодорожной больнице (документально не подтверждено). Всё это время он также продолжал злоупотреблять алкоголем, доставлялся в медвытрезвитель, у него отмечались судорожные припадки, он оставался неуравновешенным, раздражительным, вспыльчивым. В связи с этим в 45 лет стал наблюдаться у психиатра. В том же году в связи с тем, что пытался порезать себе вены лечился в психиатрической больнице. После этого продолжал наблюдаться у психиатра, но сам врача не посещал, лечения не принимал. В этом же году привлекался к уголовной ответственности за убийство, подвергался амбулаторной СПЭ, по заключению которой признавался вменяемым. Был осуждён на 8 лет лишения свободы, в последующем срок был сокращён до 6 лет. В колонии работал поваром, характеризовался положительно, считался спокойным, уравновешенным, хотя с его слов у него по-прежнему отмечались судорожные припадки и он якобы в связи с этим лечился у психиатра. После освобождения проживал с матерью, т.к. с женой развёлся, был занят на неквалифицированных видах труда, часто менял места работы в связи с пьянством. По месту жительства характеризовался отрицательно в связи с тем, что пил вместе с матерью, скандалил с ней. Тяжёлых заболеваний за это время не переносил, травм головы с потерей сознания не получал. У психиатров после освобождения не наблюдался. Продолжал злоупотреблять спиртными напитками, выпивал запоями по несколько дней, пропивая пенсию матери, в состоянии опьянения был раздражителен, вспыльчив опохмелялся. Психические расстройства появились после очередного запоя и короткого воздержания. «Стали мерещиться бесы, черти», о чём он говорил матери, стал читать Библию, ушёл из дома. В таком состоянии незаконно проник в дом гр-на О., а потом поджёг стену внутреннего двора дома, говорил: «Вы меня и здесь нашли, я вам сейчас устрою, всё сожгу». После задержания сотрудниками милиции по-прежнему вел себя неправильно, был тревожен, возбуждён. Говорил, что за ним «гонятся роботы, поджечь дом заставили компьютерщики, следят постоянно». Был госпитализирован в психиатрическую больницу. При этом сознание его было не помрачено, ориентирован он был правильно, был многоречив, обманов восприятия у него не выявлялось, был раздражителен, злобен, своё состояние объяснял тем, что его незаконно задержала милиция, громко кричал, ругался нецензурно, на замечания раздражался, в связи с чем был фиксирован. После проведения лечения достаточно быстро уснул, потом успокоился, запомнил своё поведение накануне. В последующем вёл себя правильно, психических нарушений в виде помрачения сознания, нарушений ориентировки, галлюцинаторно-бредовых расстройств у него не отмечалось. Без достаточной критики относится к своему пьянству, достоверно описывает психические нарушения. Указывает, что «мне мать ещё перед этим «скорую» вызывала, черти тогда казались, они по полу ползали, а потом ещё как по телу что-то ползёт, во рту лазают». В таком состоянии убежал из дома, но по дороге «казалось, что преследуют черти, голоса слышал, вот я и пошёл. По дороге казалось, что собаки напали, снова голоса слышал: «Тебе налево, а теперь направо», они какие-то чужие, мужские, как с неба раздавались. Думалось, что компьютерами преследуют, в мозги лучи вправляют, какие-то волны, ультразвуки заставляли, какие-то прожектора светили, милиция гналась». Не может объяснить причин госпитализации, критика к состоянию недостаточна. Мышление испытуемого последовательное, логически связанное, обычное по темпу, галлюцинаторно-бредовых расстройств нет. Интеллект без грубых нарушений, в целом соответствует полученному образованию и жизненному опыту, хотя отмечается снижение уровня

притязаний, увлечений, интересов. Настроение при обследовании неустойчиво, склонен к раздражительности, вспыльчивости, неуравновешенности.

В соматическом статусе признаки лёгочного туберкулёза.

В неврологическом статусе признаки токсической энцефалопатии.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№32

Больной К., 56 лет.

Наследственность не отягощена. Родился он средним из 3-х детей в семье. Развивался в детстве правильно, не отставая от сверстников, вовремя стал ходить и говорить. Перенёс обычные детские и простудные заболевания без осложнений. Травм головы с потерей сознания не получал. Учиться начал вовремя, с программой справлялся, классов не дублировал. В школьные годы нарушений поведения не отмечалось. После окончания 11 классов средней школы поступил в машиностроительный техникум, где также справлялся с программой. Во время обучения призывался в армию, служил в строевых частях, демобилизован в срок на общих основаниях. В техникуме освоил профессию техника-технолога, работал по специальности, справлялся. Женится, от брака имеет сына, отношения в семье не сложились, через год брак был расторгнут. Психические расстройства появились в возрасте 23 лет, когда у него немотивированно изменилось настроение, он стал тревожным, не спал ночи, настроение было подавленным, отмечались слуховые обманы восприятия в виде «голосов внутри головы». В связи с этим тогда же впервые лечился в психиатрической больнице. В последующем работал по специальности, периодически испытывал приступы тревоги, но он сохранял трудоспособность, работал. В 29 и 30 лет дважды лечился в психиатрической больнице, отмечалось пониженное настроение, тревога, бессонница. Обострения заболевания в течение 3-х лет не отмечалось, работал. В последующие 14 лет госпитализировался почти ежегодно, во время обострений он переставал спать по ночам, был тревожным, немотивированно уезжал из дома, по возвращении был тревожен, заглядывал в подвал, ходил по посёлку, развесив на руках бельё и т.д., появились признаки повышенной неуравновешенности, конфликтности, вспыльчивости, раздражительности, замкнутости, необщительности. Постепенно у него снизился профессиональный уровень, стал работать слесарем, в связи с частыми госпитализациями постепенно утратил трудоспособность, с 47 лет имеет 2 группу инвалидности. В дальнейшем при обострениях был возбуждён, активно говорил о недоброжелательном отношении к нему матери, считал, что она хочет от него избавиться, считал, что за ним следят, искал в квартире «подслушивающие устройства», из-за чего разобрал газовую плиту. Проживал в это время с родителями, отношения в семье были неровными. Мать обращалась к участковому психиатру с жалобами на то, что он злоупотреблял алкоголем, временами был к ней агрессивен. Продолжал часто госпитализироваться в психиатрическую больницу. Регулярно наблюдался у психиатра, получал поддерживающее лечение, но состояние оставалось неустойчивым. В характере всё больше отмечались черты повышенной неуравновешенности, вспыльчивости, он стал склонен к злоупотреблению алкоголем. После смерти матери проживал сначала с сестрой, а в последнее время один. Дома у него была антисанитарная обстановка, он не справлялся с ведением домашнего хозяйства. В это время злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения был агрессивен, приставал

к гражданам, в связи с чем на него поступали жалобы от соседей, в последнее время ломал у них заборы. Находился на принудительном лечении. За это время обострения заболевания не отмечалось, был пассивен, монотонен, малообщителен, ничем не интересовался. Повышенной агрессивности, враждебности у него не отмечалось. Планировалось его последующее оформление в психоневрологический интернат.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№33

Больной К., 26 лет. Наследственность не отягощена. Родился младшим из 2-х детей в семье. Развивался в детстве правильно, не отставая от сверстников. Из перенесённых в то время заболеваний отмечают детские и простудные, протекавшие без осложнений. Травм головы тогда не получал. Вовремя пошёл в школу, с программой справлялся посредственно, в связи с тем, что прогуливал уроки, дублировал 7-й класс. В то же время грубых нарушений поведения в школьные годы не отмечалось, к психиатрам тогда не направлялся. После окончания 9 классов на рабочем месте освоил профессию столяра, работал по специальности, а затем выучился на автослесаря и автоэлектрика. В армии не служил в связи с язвенной болезнью 12-перстной кишки. В течение жизни работал по специальности, с работой справлялся. Последнее время не работал из-за безработицы. Женится, от брака имеет дочь, отношения в семье ровные. По характеру скрытен, необщителен, общается с ранее судимыми лицами. Тяжёлых заболеваний, травм головы в течение жизни не переносил. Много лет злоупотребляет алкоголем, повысилась переносимость алкоголя, запои по 5-7 дней, испытывает влечение к спиртному, напивался до пьяны, похмельные состояния в виде слабости, потливости, головной боли, дрожания рук, нарушений сна, тревоги, кошмарных сновидений. Рисунок поведения стал принимать асоциальный характер, был судим за грабёж, был осуждён с отсрочкой приговора. Ранее у нарколога не лечился. Психические расстройства появились после очередного недельного запоя. Был задержан милицией за то, что в состоянии алкогольного опьянения из хулиганских побуждений на улице кричал, вёл себя грубо и дерзко. Говорил, что «слышал» голос девушки, утверждал, что она погибла. При выводе из камеры он напал на милиционера, нанёс ему удар куском деревянного плинтуса по голове, был в помутнённом, агрессивном состоянии, бросил свой свитер на пол, после содеянного не отвечал на вопросы, говорил что-то невнятное, звал мать, говорил, что она находится за дверью, не знает где он находится, с кем-то разговаривал, но сам отрицал «голоса». В связи с этим был направлен на лечение в наркологический стационар.

При поступлении он неточно ориентировался во времени, слышал «разные голоса», был возбуждён. Наблюдались подергивания глаз при взгляде в сторону, с трудом выполнял координаторные пробы. После проведения лечения состояние частично улучшилось, был вял, заторможен, жаловался на слабость, головную боль, был частично ориентирован в месте. На следующий день его сознание прояснилось, исчезли галлюцинаторные расстройства, он стал спокойнее, понимает, что доставлен в психиатрическую больницу, хотя не сразу понял причину этого, но объяснения воспринимает правильно. Контакт доступен, правильно понимает и отвечает на вопросы, ведёт себя спокойно, правильно, странностей в поведении при обследовании нет. Жалоб на психическое состояние при обследовании не предъявляет. О себе рассказывает достаточно последовательно и подробно,

существенных затруднений в изложении событий прошлой жизни не отмечается, расстройств памяти нет. Без достаточной критики относится к своему пьянству, уклончиво говорит о его характере, считает, что выпивал нечасто, но соглашается с тем, что у него были выпивки по несколько дней, он опохмелялся из-за головной боли, сердцебиений.. Интеллект без грубых нарушений, в целом соответствует полученному образованию и жизненному опыту, хотя отмечается снижение уровня притязаний, увлечений, интересов. Настроение при обследовании ровное, признаков тоски, депрессии, патологически изменённого фона настроения нет.

По данным методики УНП (определение уровней невротизации и психопатизации) у обследуемого выявляется высокий уровень невротизации.

По данным опросника Шмишека у него отмечается преобладание эмотивных и экзальтированных черт характера (по 24 балла из 24).

Из отделения выписан, от противоялкогольного лечения отказался.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№34

Больной К., 28 лет

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился младшим из 2-х детей. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, перенёс ряд простудных и детских инфекционных заболеваний без осложнений. Посещал детские дошкольные учреждения, рос, с его слов, подвижным, слушался не всегда. Обучение в школе начал в обычном возрасте, учился удовлетворительно, с 3-4-го класса прогуливал уроки, участвовал в драках. В 1986 г. умер отец, после чего воспитывался одной матерью. После окончания 8 классов общеобразовательной школы поступил в ПТУ по специальности сварщика, но и здесь прогуливал занятия, в связи с чем был отчислен из училища после 1-го курса. В то время занимался профессионально волейболом, играл в команде. В 16 лет впервые был привлечён к уголовной ответственности за кражу, был осуждён к 2 годам исправительных работ, затем был освобождён от отбытия наказания по амнистии. По словам больного, до армии он получил травму головы с потерей сознания, по поводу травмы не лечился, последствий её у себя не отмечал. Перед армией он закончил курсы водителей по линии ДОСААФ, прошёл службу в армии в строительной части, демобилизован на общих основаниях. После армии работал водителем, проходил медкомиссию, признавался годным к вождению. Уже в это время участковым милиционером характеризовался злоупотребляющим алкоголем, хотя жалоб на его поведение не поступало. В возрасте 24-25 лет 4 раза привлекался к уголовной ответственности за хулиганство, самоуправство, кражу. В то время сомнений в его психической полноценности не возникало, СПЭ он не подвергался, осуждался сначала к лишению свободы и исправительным работам условно с испытательным сроком, а затем был осуждён к 3 годам и 6 месяцам лишения свободы. В колонии характеризовался положительно, работал станочником к труду относился добросовестно, имел одно нарушение, которое было погашено. Мероприятия воспитательного характера посещал регулярно. После освобождения проживал с матерью, не работал. Мать сообщает, что он физически и психически здоровый человек, умный и способный, по характеру вспыльчивый, спиртными напитками не злоупотребляет. В то же время указывает, что он выпивал бутылку водки на троих, опохмелялся, «если на дне рождения у кого выпьет сверх нормы», в состоянии опьянения спокоен, но может и разозлиться, «если его тронешь». По характеру скрытен,

любит находиться один, больше молчит, слушает музыку, может занять денег, хотя они у него есть, психических отклонений у него не отмечает. Тяжёлых заболеваний, травм головы за последнее время не переносил, по данным амбулаторной карты лечился только по поводу простуд, травмы глаза. По его словам, спиртные напитки начал употреблять после демобилизации из армии, примерно 5 раз в месяц, выпивал от 100мл до 400мл водки в день, опохмеление, запомывание событий в состоянии опьянения отрицает. У наркологов ранее не лечился. В настоящее время привлекается к уголовной ответственности за то, что совершил убийство гражданина З.. В ходе следствия в тот же день давал подробные признательные показания. Сообщил, что вместе с З. Выпивали, потом возникла драка, в ходе которой он оборонялся, убивать З. не хотел. Через несколько дней в СИЗО его трясло, он видел ночью пауков, гномиков в камере, не понимал, где находится. В связи с этим его переводили в больничную камеру, делали инъекции, после чего у него всё прошло. Считает, что состояние его ухудшалось из-за того, что он нервничал, при осмотре психически больным себя не считал.

При настоящем обследовании выявлено следующее: правильного телосложения, на предплечье левой руки три рубца от самопорезов, дыхание в лёгких свободное, тоны сердца звучные, живот мягкий. Со стороны нервной системы отмечаются признаки микроорганического поражения головного мозга в виде подергивания глазных яблок при взгляде в стороны, ослабление способности к сведению глазных яблок. Находится в непомрачённом сознании, основные виды ориентировки у него сохранены. Во время беседы держится спокойно, контакту доступен. Вопросы осмысливает правильно, отвечает на них в плане вопроса. Жалуется на неуравновешенность, вспыльчивость («нервничаю, по всяким мелким инцидентам трясет»). О себе рассказывает достаточно полно, не путается в датировании событий жизни, значительного снижения памяти не обнаруживает. Отрицает злоупотребление алкоголем в течение жизни. В то же время рассказывает о возрастании переносимости спиртного со 100 мл водки до 400, не отрицает, что после освобождения выпивал несколько дней подряд. Об инкриминируемых ему деяниях говорит в соответствии со своими показаниями в материалах дела. Утверждает, что не он был инициатором ссоры с потерпевшим, тот первым начал ругаться, напал на него. Свои действия расценивает как самооборону, не отрицает, что нанес побои Звереву, но уверяет, что тот был еще жив, когда они вышли из дома. Какие-либо психические расстройства, запомывания событий у себя на тот период времени отрицает. Рассказывает о том, что после случившегося он переживал («как узнал, что он умер - стресс был»). После помещения в СИЗО его «потряхивало, от показаний отказывался, мысли только об этом были». Соглашается с тем, что у него были психические расстройства «не спал, не понимал, где нахожусь, домой рвался, думал, что люди не те". В то же время сейчас отрицает, что что-то видел (пауков, гномиков в камере). Считает, что состояние его ухудшалось из-за того, что он нервничал, в настоящее время психически больным себя не считает. Мышление подэкспертного по темпу не нарушено, последовательное, логически связное, галлюцинаторно-бредовых расстройств при осмотре он не обнаруживает. Интеллект подэкспертного без заметного снижения, соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Он хорошо разбирается в практических вопросах, верно осмысливает суть предъявленного ему обвинения. Ситуацию оценивает правильно, неплохо в ней ориентирован, признаков слабоумия не обнаруживает. Понимает цель проводимой экспертизы. Настроение подэкспертного при обследовании ровное, признаков тоски, депрессии, патологически измененного фона настроения у него нет.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№35

Больной Т., 38 лет.

Отец страдал эпилепсией. В детстве рос и развивался правильно, от сверстников не отставал. Тяжелых соматических заболеваний не переносил. Обучение в школе начал своевременно, успевал слабо, имел нарушения дисциплины, участвовал в драках, совершал прогулы, был раздражительным. Состоял на учете в ИДН, в 12 лет консультировался психиатром, назначалось успокаивающее лечение. В 15 лет остался без отца, вышел из повиновения матери, время проводил на улице в асоциальном окружении. По его словам в подростковом возрасте в дорожно-транспортном происшествии получил травму головы без потери сознания, по поводу травмы не лечился, последствий ее у себя не отмечает. После окончания 8 классов он поступил в ПТУ по специальности слесаря-ремонтника, здесь нарушал дисциплину, был груб с преподавателями, участвовал в кражах, употреблял алкоголь. На втором курсе учебу бросил. В то время нарушался ночной сон, он вставал по ночам, ходил по комнате, что-то искал, заявлял, что «отец с ним разговаривал». Обследовался по направлению военкомата в психиатрической больнице, психических расстройств тогда у него не выявлялось, был признан психически здоровым. Продолжал совершать кражи. В армии не служил, так как ко времени призыва нанес ножевое ранение гр. К. В ходе следствия изменилось поведение, он совершил суицидальную попытку, сообщал о себе нелепые сведения, выглядел испуганным. Подвергался амбулаторной СПЭ, затем стационарной СПЭ в Костромской ОПБ. С диагнозом «Реактивный психоз с депрессивными расстройствами, бредоподобными фантазиями, явлениями псевдодеменции и пуэрилизма на фоне психомоторной расторможенности» был направлен на принудительное лечение до выхода из реактивного состояния, находился на принудительном лечении в психиатрической больнице, где жаловался на «голос» отца, отмечалась «сильная тоска», «наплывы мыслей», прижигал руку сигаретой, был гипомимичен, вял, пассивен, бездеятелен, говорил о «голосе» отца, друзей, которые предлагали «взять все на себя». Подолгу находился в одной позе, лежал, поджав ноги под себя. Отмечались страхи, говорил, что «друзьки дали отравленное вино». Был признан невменяемым. После отклонения ходатайства о прекращении принудительного лечения грубо нарушил режим, совершил побег. В последующем проходил принудительное лечение в психбольнице специального типа. За время принудительного лечения ему была установлена 2-я группа инвалидности по психическому заболеванию. После прекращения принудительного лечения в возрасте 25 лет не работал, проживал с матерью. Странностей в поведении не обнаруживал, в состоянии опьянения становился агрессивным, драчливым, совершил кражу икон из церкви, при задержании оказал сопротивление, получил огнестрельное ранение в ногу. Привлекался к уголовной ответственности, в ходе следствия подвергался амбулаторной СПЭ, где обнаруживал эмоциональную выхолощенность, монотонность, был одинок, аутичен, жаловался на неприятные ощущения в теле. Заявлял, что у него «рак крови», что он скоро умрет, отмечал «усталость сердца». Был признан невменяемым, направлен на принудительное лечение. Здесь нарушал режим, совершил побег. За время нахождения в больнице галлюцинаторно-бредовых расстройств, слабоумия не обнаруживалось, отмечалась неустойчивость настроения, вспыльчивость, раздражительность. Эмоциональные проявления его были однообразными, маловыразительными. Поведение его было неровным, он совершал самовольные уходы из отделения, во время которых употреблял наркотические средства, возвращался сам. После улучшения состояния в результате проведенного лечения принудительное лечение ему было прекращено. После выписки из больницы (в возрасте 32 лет) проживал с матерью, наблюдался психиатром, принимал амбулаторное лечение. По месту жительства характеризовался положительно. Через 4 месяца совместно с другими лицами больной совершил разбойное нападение на гражданок в г. Тамбове. В период пребывания на СПЭ держался обособленно, был малообщителен, психотических расстройств не обнаруживал. Неохотно вступал в контакт, был скрытен, не мог объяснить причин предыдущих принудительных лечений. Был признан невменяемым, проходил принудительное лечение в психиатрической больнице

специализированного типа с интенсивным наблюдением. После проведенного лечения состояние его улучшилось, нейролептики отменены, был переведен для продолжения принудительного лечения в психиатрический стационар общего типа. За время прохождения принудительного лечения галлюцинаторно-бредовых переживаний у подэкспертного не выявлялось, он с критикой сообщал о бывших ранее обманах чувств, когда ему казалось, что кто-то зовет, видел силуэт отца. Настроение подэкспертного было устойчивым, не отмечалось асоциального поведения. Выполнял требования персонала, соблюдал условия содержания в больнице, послушно принимал назначаемое лечение. Нарушений режима отделения не допускал, всегда охотно и много помогал персоналу, был исполнительен. Спал хорошо. После прекращения принудительного лечения был выписан из больницы. Имея 2-ю группу инвалидности он получил водительские права, работал водителем. Проживал с матерью и сожительницей вел себя нормально, соседи претензий к нему не имели, помогал старым бабушкам, дома делал ремонт, ремонтировал часы и радиотехнику, занимался спортом, никого не обижал. Женился, живет с женой гражданским браком нормально, без скандалов, дома всегда вел себя спокойно, каких-либо серьезных отклонений в его поведении в последнее время не замечалось, спиртное он употреблял редко. Мать и сожительница никогда не видели, чтобы он употреблял наркотики. По его словам, спиртные напитки употреблял 1-2 раза в месяц до 300 мл водки в день, опохмеление, запечатывание событий в состоянии опьянения, употребление наркотических средств отрицает, признается, что ранее он иногда курил ананшу. 2 месяца назад был задержан на улице, при проведении личного досмотра при нем было обнаружено наркотическое средство - героин в особо крупном размере, за что он в настоящее время привлекается к уголовной ответственности. При задержании попытался причинить себе телесные повреждения путём удара головой о находящуюся в кабинете мебель, стал вести себя агрессивно. Мать показала, что незадолго до задержания в течение недели злоупотреблял спиртным, скандалил дома, угрожал матери физической расправой. Вечером пришел домой сильно пьяный, начал дома скандалить и ругаться, ломать вещи и бросать все на пол, в связи с чем мать вызвала сотрудников милиции и скорую медицинскую помощь. В ходе следствия давал показания, говорил, что он зашел в аптеку, чтобы купить шприц для введения лекарства, прописанного ему лечащим врачом, при входе в аптеку он поднял сверток из фольги, о том, что в свертке наркотическое средство героин, не знал, отрицал употребление наркотических средств. При настоящем обследовании выявлено следующее: среднего роста, правильного телосложения. Со стороны нервной системы отмечаются подергивания глазных яблок при взгляде в стороны, ослабление способности к сведению глазных яблок, находится в непомраченном сознании, основные виды ориентировки сохранены. Во время обследования несколько раздражителен. Контакт с ним непродуктивный. На вопросы отвечает в плане вопроса, но излишне подробно, «издалека», теряет нить ответа. Голос маломодулирован, выражение лица однообразное. Жалоб на здоровье он не предъявляет. О себе рассказывает по наводящим вопросам, не путается в датировании событий жизни, значительного снижения памяти не обнаруживает. Старается представить себя с лучшей стороны, скрывает сведения, характеризующие его негативно. Мышление обстоятельное, не всегда последовательное, при обследовании обманов восприятия он не обнаруживает, бредовых идей не высказывает. Интеллект формально без грубого снижения, но критические способности его нарушены, критика к имеющемуся у него заболеванию снижена. Эмоциональные проявления невыразительны, уплощены.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№36

Мальчик 11 лет. Родился от беременности, протекавшей с сильной рвотой, отеками, головными болями. В конце беременности мать перенесла тяжелое простудное заболевание, принимала много лекарств. Раннее развитие ребенка было своевременным, но он много болел. Во время болезни (и особенно при высокой температуре) у него появлялись галлюцинации, он плохо засыпал, испытывал страхи, что-то видел, куда-то в ужасе бежал, иногда возникали судорожные подергивания мышц рук и ног. С 3-4-летнего возраста эти явления стали проходить, но мать заметила, что ребёнок плохо переносит жару, духоту, езду в транспорте, быстро устаёт. Если ребёнок простужался, то болезнь протекала длительно, он становился еще более утомляемым и вялым.

Мальчик был повышенно суетлив, раздражителен, плаксив. Все это стало особенно заметным, когда он пошёл в школу: быстро уставал, к концу урока плохо соображал. Если не удавалось отдохнуть, то запоминал с трудом, становился неусидчивым, внимание его рассеивалось. Если поздно ложился спать, то утром был обидчивый и вспыльчивый. В ответ на легкие обиды начинал драться. Однажды его толкнули, он упал, ушиб голову. В больнице пробыл неделю, кружилась и болела голова. Потом эти явления уменьшились. Учился мальчик все хуже и хуже. Это стало очевидным в 4 классе, когда нагрузка возросла. Ребенка направили на консультацию к врачу.

В психическом статусе: астенизирован, утомляем, малоактивен в беседе. Речь с нечётким звукопроизношением, словарный запас ограничен. Память и интеллект снижены, но без грубых нарушений (общий IQ по Векслеру: 85). Эмоционально лабилен, на глазах часто появляются слезы. Внимание отвлекаемо.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№37

Девочка родилась от неблагоприятно протекавшей беременности и преждевременных родов. Росла крикливой, беспокойной, расторможенной, непослушной. Любила командовать, добивалась, чтобы всё было «по ней». Если что-то у неё не получалось, начинала ломать и крушить. Родители требовали безоговорочного послушания, били её. Им как будто удалось переломить дочь: та стала слушаться родителей, боялась их, но, «затаив злобу», долго не могла успокоиться, выдирала из головы (а иногда из бровей) волосы.

Когда 8-летняя девочка сняла косынку с головы, было видно, что волосы на голове как бы неровно подстрижены, концы их были изломаны, в отдельных местах волос совсем не было. Волосы выдёргивает с 3-летнего возраста. Когда во время физического наказания кричала, бегала по комнате, плакала, пыталась поднять руку на мать, от злости рвала на себе волосы. С детьми стремилась быть первой, любила командовать, требовала подчинения себе. Если её кто-то обидел, а она не могла дать сдачи, начинала дёргать волосы, иногда съедала их. Сама девочка объяснила, что в последнее время выдёргивает волосы по привычке и не чувствует той потребности нанести боль, которая была раньше.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№38

12-летний мальчик отличался чрезмерной впечатлительностью, нерешительностью, мнительностью, обидчивостью, ему всегда казалось, что отец предъявляет к нему слишком большие требования, несправедливо его ругает. В школе плохо справлялся с занятиями, быстро уставал, болела голова, плохо соображал. Из-за этого учился ниже своих возможностей. А отец требовал только хорошей успеваемости и обвинял сына в симуляции. Однажды отец был пьян и избил сына. Убежав из дома, мальчик сначала скрывался у бабушки, а потом на вокзале, домой был доставлен милицией. С тех пор он часто убегал из-за малейшего замечания. Иногда он бродил под окнами школы, стал всё больше отставать от программы, вскоре появились друзья с неправильным поведением, с которыми уединялись на чердаке и нюхали клей. Утром болела голова, нюхать клей не хотел, но старался не показывать свою слабость перед товарищами.

При осмотре: физически отстаёт от сверстников, бледен, пониженного питания. При беседе избегает зорового контакта, на глазах быстро появляются слёзы, особенно при упоминании конфликтов с отцом. Все виды ориентировки сохранены. Продуктивной психотической симптоматики нет. Память без грубых нарушений. В интеллектуальной сфере отмечается педагогическая запущенность. При госпитализации в детское отделение был упорядочен, общался со сверстниками без конфликтов, был активен на занятиях у педагога. Охотно помогал персоналу.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№39

Семилетний мальчик с ранних лет отличался крайней возбудимостью и вспыльчивостью: если что-то делалось не по нему, он быстро обижался, дрался и старался всегда отомстить своему обидчику. Обиду помнил по 2-3 месяца. Особенно страдали от неуравновешенности ребенка его родители и бабушка, которых он терроризировал постоянно и изощренно мстил им. Во всем остальном мальчик ничем не выделялся: был физически и интеллектуально развит так же, как и сверстники, мало болел, не ушибался головой.

Когда ребёнок пошёл в школу, первое время он держался спокойно, но потом начались постоянные ссоры с одноклассниками, во время которых дрался, переставая давать себе отчёт в своих

поступках. Однажды во время драки мальчик от злости стукнул одноклассника в глаз, из-за чего тот едва не ослеп. Педагоги потребовали от родителей, чтобы те проконсультировали сына у детского психиатра.

При выяснении особенностей характера у ближайших родственников пациента врач обнаружил, что у многих из них имелись точно такие же свойства личности.

При госпитализации: в отделении несдержан, упрям, требователен в исполнении своих желаний. Склонен к аффективным вспышкам. Устраивает драки, грубит персоналу. При неудачах в классе может швырнуть тетрадь, сломать ручку. Интеллект соответствует возрасту. На фоне лечения уменьшилась раздражительность, снизилась возбудимость, но нуждается в постоянном контроле за поведением и психокоррекционной работе.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№40

Мальчик 16 лет. Воспитывался в неблагополучной семье. Отец злоупотреблял алкоголем, умер, когда ребёнок был в дошкольном возрасте. Мать раздражительная, физически наказывала сына. Течение беременности и родов – без особенностей. Раннее развитие своевременное. Детские ясли посещал с 1,5 лет, привык хорошо. В детском саду поведение было правильным. По характеру был общительным, ласковым. С 7 лет в школе проявлял интерес к учебе. В начальных классах жалоб на поведение не было. Когда мальчику было 10 лет, мать повторно вышла замуж. Отчим недоброжелательно относился к ребенку. Мальчик болезненно переживал перемену обстановки. В нетрезвом виде отчим бил мать и ребенка. Мальчик резко отвечал ему, стал уходить из дома. Упрекал мать, что она привела отчима. Озлобленность в отношении отчима постепенно нарастала. Несколько раз заявлял, что зарежет его, когда тот будет спать. В школе появились жалобы на поведение, драки с детьми. Из-за трудных взаимоотношений в семье был переведён в школу-интернат. Не мог привыкнуть к новому режиму, конфликтовал с детьми, был обижен на мать за помещение в интернат. Вскоре стал уходить из интерната, ночевал в подъездах. В 13-летнем возрасте был стационарирован в психиатрический стационар. Первые дни был аффективно возбудим, драчлив, не выполнял никаких поручений. Иногда делал «на зло». На фоне лечения стал спокойнее, поведение стало упорядоченным. Отмечалась педагогическая запущенность, но занятия педагога посещал с желанием. Выписан с улучшением. Однако по возвращении в прежнюю обстановку, трудности в поведении возобновились.

При обследовании в возрасте 16 лет остается аффективно возбудимым. Груб со всеми взрослыми. Держится вызывающе. Требует, чтобы мать выгнала отчима. В школе почти не занимается. Часто уходит из дома. Сошёлся с асоциальными подростками, участвовал в кражах. Имеет приводы в милицию. Часто возникает пониженное настроение с оттенком недовольства и раздражения.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).

5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 41

Мальчик 15 лет. Развивался нормально. Рос здоровым, общительным, послушным. В возрасте 7 лет перенёс грипп с высокой температурой и длительным бессознательным состоянием. Вскоре после выздоровления ушиб головы, около часа был без сознания. После этих заболеваний стал возбудимым, драчливым, неуживчивым. Учился удовлетворительно, но постоянно нарушал дисциплину. В 10-14 лет находился в психиатрической больнице. После первой госпитализации переведен во вспомогательную школу.

По физическому развитию соответствует 17-18 годам; половой метаморфоз закончен. Внутренние органы без отклонений. Реакция зрачков на свет несколько ослаблена, язык уклоняется вправо, симптом Бабинского справа.

Психический статус: вял, апатичен, бездеятелен. По собственной инициативе в разговор не вступает, со сверстниками не общается, не читает, интереса ни к чему не проявляет. Желания ограничиваются едой и примитивными бытовыми удобствами. Родных не вспоминает, пребыванием в больнице не тяготится, о будущем не думает. Во время беседы и учебных занятий отмечается правильная речь, удовлетворительная техника чтения и письма. При исследовании интеллекта наряду с преобладанием элементарных конкретных суждений неожиданно правильно обобщает, оценивает сходство и различие по существенным признакам.

Поставьте диагноз. Назначьте терапию и дайте соответствующие лечебно-педагогические рекомендации.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№42

Девочка 16 лет. В семье легочный туберкулёз и алкоголизм. Роды в асфиксии. Поздно начала ходить и говорить. Долго произносила неотчётливо многие звуки, плохо формировались навыки опрятности. Игровая деятельность однообразна. В школе учиться не могла, т.к. не понимала объяснений, ничего не усваивала. Дома тихая и послушная, себя занять ничем не может. Мама жалеет её и ни к какой работе не приучает.

Соматоневрологически: рост и вес больше возрастной нормы, но половое развитие не закончено, менструации нет. Внутренние органы без отклонений. Правая глазная щель уже левой. Зрачки одинаковые, имеется парез конвергенции. Сухожильные рефлексы повышены. Дрожание век и пальцев вытянутых рук.

Психическое состояние: мало подвижна, движения медленные, неуклюжие, мимика маловыразительная. Речь невнятная, заикается. Пассивно подчиняется режиму, ни с кем не контактирует. По собственному желанию ничем не занимается, но если ей предложить вязать

(единственное, что она умеет), может вязать часами не жалуясь на усталость. Крайне внушаема, когда соседнюю койку заняла больная с психопатоподобным поведением, совершенно преобразилась – стала, как и та больная, негативистичной, драчливой, прожорливой, после перевода в другую палату вновь вела себя, как прежде.

При психологическом обследовании выявлена резкое снижение интеллекта, суждения на уровне наглядно конкретных, причинно-следственные связи не доступны, мыслительные процессы очень замедленны. Читает по слогам, прочитанного не осмысливает, считает по пальцам.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№43

Девочка 5 лет. Поступила с жалобами на судорожные припадки с потерей сознания.

Родители здоровы, отец очень упрямый, настойчивый, педантичный. Мать спокойная, аккуратная.

Беременность и роды протекали у матери нормально. Раннее развитие девочки своевременное. В возрасте 1 года 2 месяцев перенесла тяжелую диспепсию. Росла спокойной, общительной. В детском саду отмечали большую аккуратность, исполнительность, но так же упрямство, настойчивость. Первый судорожный припадок возник без видимой причины в трех летнем возрасте. Девочка внезапно упала, потеряла сознание, были тонико-клонические судороги с пеной у рта. Приступы повторялись 1-2 раза в месяц. За минуту до припадка подбегала к матери, жаловалась, что тошнит и «глаза плохо видят». Была стационарирована через 2 года после начала болезни. В физическом состоянии отклонений не обнаружено. В неврологическом статусе лишь нистагмоидные подергивания при крайних отведениях глазных яблок, сглаженность правой носогубной складки. На ЭЭГ регистрируется низко амплитудная быстрая активность, которая наслаивается на медленные волны. Частые гиперсинхронные разряды, в височных отведениях билатеральные вспышки «пик-волна». Патологическая активность локализуется преимущественно височно-лобных отведениях. Очаг патологического возбуждения исходит из глубинных отделов мозга.

Психический статус. В отделении охотно общается с детьми, делает им замечания. Слабого ребенка может ударить, если он не выполнит ее приказа. Никому не уступает в игре, легко обидчива, обиду помнит долго, в занятиях медлительна, пассивна. Любит слащаво, назойливо приласкаться к взрослым. Интеллект сохранён, имеется лишь некоторое снижение механической памяти.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№44

Ребенок 6,5 лет. О наследственности мальчика сведений нет. Роды у матери затяжные, с применением щипцов, отмечалась родовая травма. Раннее развитие своевременное. В возрасте 5 лет перенёс травму головы, после которой возникли судорожные припадки, повторяющиеся через 2-3 недели. Во время приступа «застывает», появляются глотательные движения. В течение последнего года стал двигательно беспокойным, назойливым, непослушным.

В физическом развитии отстает, пониженного питания. Внутренние органы без отклонений.

Неврологическое состояние: череп гидроцефальной формы с венозной сетью на висках; сглаженность левой носогубной складки, сухожильные рефлексы повышены.

Психическое состояние: в контакт вступает легко, многоречив, часто повторяет одно и то же. Интеллектуально снижен. Эйфоричен, нет чувства дистанции. Внимание резко нарушено, во время занятий не может сосредоточиться даже на короткое время. Память снижена. В отделении двигательнорасторможен, беспокоен, чрезмерно возбудим, конфликтен, на замечания не реагирует, не может успокоиться, пока не отомстит. С персоналом чрезмерно ласков, подходит ко всем с угодливой улыбкой. В отделении 2-3 раза в неделю наблюдались припадки: судорожное заведение глаз, глотательные движения.

На ЭЭГ во всех областях головного мозга регистрируются множественные гиперсинхронные разряды, имеются комплексы «пик-волна».

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№45

Девочка 7,5 лет. Первые годы жизни развивалась опережая сверстников, однако после года очень робка и привязана к родным. Отданная в ясли в 1 год 3 месяца, замкнулась и, несмотря на наличие речи, не отвечала на вопросы персонала. Дома также стала говорить меньше, появилась холодность к матери.

В 3 года 3 месяца была вывезена с детским садом на дачу. Через неделю не узнала матери, не отвечала на ее вопросы. Лишь через несколько часов после встречи с ней стала отвечать шепотом, а затем обычным голосом.

В 5 лет помещена в санаторий для соматически ослабленных детей. Там остро развился страх, стала видеть страшные сны. Затем появилось ощущение, что в голове у неё «песни», боялась ложиться спать. Стала неприязненно относиться к пожилым женщинам, называя их «ведьмами». Уединялась, разговаривала сама с собой. Состояние неуклонно ухудшалось; спустя год присоединилось возбуждение с импульсивными поступками.

В больнице находилась в состоянии возбуждения. Не могла спокойно побыть ни минуты. Ходила по палате и тут же присаживалась на стул, вскакивала и вновь садилась уже задом наперед. Неожиданно гортанно кричала. Вновь вскакивала и ходила на цыпочках. Ко всем проходящим мимо нее женщинам обращалась со стереотипными вопросами: «А какие у вас чулки? Это капрон или сеточка?» Не слушая ответа, отбегала, прыгала, поднимала подол платья. Обнажалась,

гримасничала, смеялась. Неожиданно прыгала на носках, что-то шептала и рифмовала: «Модель-водель». Приседала, заглядывала под стол, что-то рассматривала на полу, вычурно складывала пальцы рук, подносила их к лицу. Тут же с пронзительным криком набрасывалась на персонал, детей, ударяла их. Так же внезапно успокаивалась, становилась чрезмерно ласковой, стремилась прижаться к любому прохожему или стоящему рядом человеку. И вновь опять была дурашлива, жеманна, говорила непонятно, с манерными интонациями и пафосом: «Ты пришла, моя мама, в октябрь, да? Да, школа...». Могла правильно называть себя и сразу же говорила: «Таня Ченцова, Немцова...». Внешне неряшлива, неопрятна. С детьми не играла.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№46

Больной 12 лет. По линии отца и матери много родственников со странностями в характере и одарённых. Мать –филолог, талантливая, активная, работоспособная. До юношеского возраста робкая, чувствительная. На протяжении последующих 15 лет перенесла ряд стертых депрессивных и смешанных состояний с подчеркнутыми влечениями, истероформными и психопатоподобными чертами в поведении. Отец- врач, холодный, с семьей не живет, сыном не интересуется. В подростковом возрасте - асоциальное поведение, в последующие годы отличался патологической недоверчивостью, периодически возникали спады работоспособности, страх.

Обследуемый от беременности, протекавшей с токсикозом. Роды на 36-й неделе беременности, сухие. Масса тела при рождении 2800 г., длина 49 см. К груди приложен на 3-е сутки, сосал активно. В грудном возрасте спокойный, на дискомфорт не реагировал. Раннее развитие с опережением. В 1 год 3 мес. Говорил фразами, называл части тела. После года шаловливый, веселый. Обращал внимание на детей, но играть предпочитал один. К 1,5 годам пересказывал наизусть большие стихотворения. Не переносил открытых дверей – тут же прикрывал их, не любил перестановок в доме. С 2-летнего возраста стал суетливее, меньше интересовался играми. Периодически становился тревожным, увидев мух, требовал их прогнать, что-то бормотал. Спустя месяц состояние еще более ухудшилось. Просыпался с плачем, кричал до посинения, катался по кровати, старался сбросить с себя одежду, кусал себе руки, бил себя. В последующие 2 месяца «глупел на глазах»: перестал играть, ничто его не привлекало, вопросов словно не слышал, глядел и как бы не видел ничего вокруг. Лишь в отдельные дни на несколько минут. Реже на 1-1,5 ч., наступало просветление, тогда снова отвечал на вопросы, вспоминал стихи. В дальнейшем таких светлых промежутков становилось все меньше. На прогулку выводили с трудом. Причем гулял один и по одному маршруту. При виде детей возбуждался, кричал, мог стукнуть ребенка. Иногда становился очень вялым, забирался под стол, кровать и лежал там часами без движения. В другие дни нарастала суетливость, ползал, подолгу прыгал на диване, бегал, разбрасывал вещи. Если обращались с просьбами, совершал действия, обратные требуемым. С 3 лет 2 мес. Получал лечение сонапаксом, седуксеном, галоперидолом, но состояние продолжало ухудшаться.

В возрасте 3 лет 8 мес. – 4 лет настроение стало ровнее, приступы страха – реже. Иногда во время такого приступа кричал: «Боишься». Стал менее возбуждён. Реже выбрасывал вещи, легче засыпал. Иногда вдруг говорил близко к сути: что-то испортит и скажет, что «сломал бабкиншкафик». Вспоминал прежние слова, особенно те, которые узнал в 2 года до болезни. Иногда выражал

словами просьбы: «дать бутербродик». Однако в целом поведение оставалось однообразным и трафаретно повторялось изо дня в день. Нового не приобретал, навыками самообслуживания не владел. Периодически вновь возбуждался: бегал, прыгал, чего-то боялся. В течение последующих 4 лет состояние мало изменилось.

В 8 лет 6 месяцев лечился в психиатрической больнице. В отделении пассивно подчиняем. Спонтанно к персоналу не обращался. Бездеятелен. Ел и одевался с посторонней помощью, в туалет сам не просился. Настроение ровное, страха не было. За врачом повторял простые слова, определял название предметов обихода, при квалификации действий испытывал затруднения. Произношение слов то лепетное, напевное, то отчетливое. Запас знаний резко ограничен. Ни к кому не привязан. Детей сторонится. Иногда бегаёт, что-то бормочет, импульсивен. Нарушений в неврологическом и соматическом состоянии не выявлено. Анализы крови и мочи без патологии.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№47

Иван И., 15 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Был желанным ребенком. К моменту его рождения матери было 32 года, отцу – 59 лет. Беременность у матери протекала тяжело, был токсикоз беременности, длительное время находилась в больнице. Родился весом 1,5 кг вторым из двойни, первой родилась сестра. Родители по характеру спокойные, уравновешенные. Сестра в настоящее время учится в 10 кл., здорова. В раннем детстве развивался соответственно возрасту. Посещал детский сад, в коллективе адаптировался нормально.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, операция по поводу крипторхизма, в возрасте 13 лет был сбит автомашиной, в течение трех дней находился в коме, был диагностирован ушиб мозга. Однако, процесс восстановления шел быстро и энцефалопатических явлений к настоящему времени не отмечается. Невропатологом выявлены только микроорганические знаки со стороны ЦНС.

Воспитывался с раннего детства в условиях гиперопеки. Взаимоотношения в семье были нормальные. Отец умер от инсульта, когда мальчику было 9 лет. Смерть отца переживал тяжело: было пониженное настроение в течение месяца, но за помощью по этому поводу не обращался. Вскоре мать заболела онкологическим заболеванием, и ей была определена I группа инвалидности. С этого времени его воспитанием почти не занимались. К матери всегда относился тепло, отмечалась чрезмерная привязанность. По характеру мягкий, добрый, поддается чужому влиянию, однако стремится к лидерству, легко дает обещания, но не выполняет их.

С младших классов школы увлекался спортом: играл в баскетбол и большой теннис, участвовал в соревнованиях. Прекратил занятия спортом после того, как стоимость аренды спортивного корта стала непомерно большой. До приобщения к ПАВ к учебе относился положительно, успеваемость была хорошей.

Первую сигарету выкурил в возрасте 7 лет по предложению друзей. В этом же возрасте впервые попробовал алкоголь (случайное употребление – сделал глоток водки вместо воды), опьянения не было. Впервые опьянел в возрасте 11 лет, когда друзья пришли в гости со спиртным. Была тошнота, сонливость и головная боль. Опьянение не понравилось. В дальнейшем спиртное (крепкие напитки и самогон) употреблял 1 раз в неделю «для смелости и общительности». Толерантность к моменту

осмотра увеличилась в 2-3 раза, достигла 500 мл водки. Алкоголь употребляет только в компании, чаще на дискотеке. Влечение к алкоголю, АС отрицает, однако отмечает, что «перепивает» достаточно часто.

Впервые попробовал курить коноплю в возрасте 12 лет, угостил старший друг. Испытал приятные ощущения: было психомоторное возбуждение, веселость. Курил периодически в среднем с частотой 1 раз в месяц. Через полгода впервые попробовал самодельный опий по собственной инициативе, хотя друзья его отговаривали. С 13 лет стал употреблять героин сразу же внутривенно. С этого же возраста эпизодически употреблял «винт».

К моменту осмотра основной наркотик - героин, который периодически чередовал с самодельным опиумом. Толерантность увеличилась в 8 раз. Психическое влечение к опиатам почувствовал спустя 1 месяц: вне наркотического опьянения понижалось настроение, становился раздражителен, постоянно возникали воспоминания о наркотике. Абстинентный синдром сформировался спустя 2 месяца после 50 приемов наркотика, оценивает его как тяжело переносимый: проявляется болью в суставах и животе, поносе, нарушении сна. Продолжительность его около 5 дней. На фоне приема наркотиков резко снизилась успеваемость, плохо понимал учебный материал, стал прогуливать занятия. Чтобы достать деньги на наркотики совершал кражи, воровал у незнакомых людей из автомобилей, из собственной квартиры ничего не уносил.

В школе общался с подростками, употребляющими наркотики. Половую жизнь начал в 14 лет, инициатором был сам, партнерша – ровесница. Мотивация- получение удовольствия и самоутверждение – «сразу же побежал рассказывать друзьям». Всего было 7 половых партнеров, связь, как правило, ограничивалась одним половым актом.

За медицинской помощью впервые обратился в возрасте 15 лет по инициативе матери, находился в наркологическом подростковом стационаре 16 дней, проводилось медикаментозное лечение и несколько сеансов индивидуальной психотерапии. К лечению относился формально. С удовольствием рассказывал об эйфорическом эффекте наркотиков, обменивался информацией с другими подростками о местах их продажи. Выписан по настойчивой просьбе с согласия матери. Один раз посетил поликлиническое отделение, некоторое время принимал пикамилон. В течение 4 месяцев воздерживался от употребления наркотиков, потом решил попробовать «уколоться один раз для проверки», в результате оказался в реанимационном отделении из-за передозировки. Выписан домой после выведения из комы. Вторая госпитализация в наркологическую больницу - по инициативе самого больного: «чтобы не расстраивать мать», находился на лечении 24 дня. Получал медикаментозное лечение и психотерапию. Установка на будущее неясная.

Результаты экспериментально-психологических исследований. Тест Шмишека диагностирует возбудимую и эмотивную акцентуацию. По данным теста УНП повышен уровень невротизации и психопатизации. Тест на алекситимию показал её повышенный уровень (80 баллов). Самооценка по данным теста Дембо-Рубинштейн в основном находится в пределах условной нормы. Однако, отмечается превышение показателей образа «Я – презентация» над всеми остальными по шкалам интеллекта, честности, трудолюбия и общительности, одновременно минимальные значения по шкалам счастья, уверенности в себе и здоровья. Образ «Я в глазах других» ниже «Я-реального» по критериям честности, доброты, счастья, уверенности в себе, общительности и здоровья, что свидетельствует, по мнению больного, о недооценке окружающими этих качеств. Анализ оценки частоты эмоций свидетельствует в пользу стремления создать положительный имидж при пессимистическом отношении к своему состоянию. Так, к числу часто возникающих эмоций он относит гордость, надежду, уверенность и одновременно зависть, тревогу, отвращение. Достаточно часто он испытывает благодарность, обиду и отчаяние. Показательно, что эмоции вины и стыда оцениваются как возникающие редко и очень редко.

Катамнез спустя 8 месяцев. После выписки из больницы регулярно посещает нарколога, первое время принимал ноотропы, сейчас медикаментов не принимает. Употребление наркотиков отрицает. Работал несколько месяцев на подсобных работах в строительстве. Намерен поступить в ПТУ строительного профиля (на данный момент имеет образование 9 кл.). Дружит с девушкой, которая не знает о его прошлом, говорит, что любит её. С прежней компанией потребителей наркотиков расстался (многие осуждены, пишут ему письма пессимистического содержания, так

как ВИЧ-инфицированы). Иногда употребляет пиво, но не более 2 бутылок. Утверждает, что влечение к наркотикам его не беспокоит. Во время беседы о наркотиках отсутствуют имевшиеся ранее симптомы эмоционального оживления.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№48

Михаил Я., 13 лет. Родители пробанда, а также их родственники, страдают алкоголизмом. Мать с юности отличалась неустойчивым характером, часто меняла мужчин, уезжала в другие города, забеременела во время одного из отъездов. Пробанд родился от внебрачной связи. Мать, будучи беременной, вернулась в Иваново. Беременность протекала с токсикозом. Родной отец ребенком никогда не интересовался. Раннее развитие соответствовало возрасту. Посещал детский сад, адаптировался хорошо.

С раннего детства и до настоящего времени воспитывается малограмотной прабабушкой, которая раздражительна, кричит на правнука, он её слушается плохо. Последние 6 лет мать жила со вторым мужем, который также злоупотреблял алкоголем, дома были конфликты. Несколько месяцев назад он умер от черепно-мозговой травмы (обстоятельства неизвестны). Мать стала пьянствовать ещё больше, дома появлялась только для того, чтобы получить детское пособие, которое пропивала. Тяжелыми заболеваниями не болел, перенес грипп. Посещал детский сад, адаптировался в коллективе хорошо.

По характеру спокойный, обидчивый, упрямый со взрослыми, но легко поддавался влиянию сверстников. В школу пошёл в срок, учился посредственно, было неинтересно. Поведение нарушилось с 11 лет: стал непослушен, целые дни проводил на улице с друзьями, конфликтовал со взрослыми, никакие меры воздействия не помогали. Из-за прогулов снизилась успеваемость, дважды дублировал обучение в 5 и 6 классах. Увлечений не имел. Практически все время семья находилась в стеснённых материальных условиях, а последние годы жили в нищете.

Курить стал с 9 лет под влиянием друзей, в настоящее время выкуривает по 5-10 сигарет в день. Алкоголь не пробовал. Клей «Спрут» впервые предложили друзья в возрасте 12 лет. Вдыхал его, налив в пластиковый мешок. Состояние одурманивания понравилось, испытывал удовольствие: «балдел», «видел мультики». В это время был заторможен, окружающее не воспринимал. Вдыхал клей вместе с друзьями несколько раз в неделю. В последнее время стал отмечать, что количество клея, необходимого для получения удовольствия, увеличилось примерно в два раза. Спустя 2-3 месяца стал испытывать влечение к ЛОВ, которое проявлялось аффективным компонентом (понижалось настроение) и ассоциативным (воспоминания и фантазии на тему употребления ЛОВ). Впервые был направлен к наркологами милицией в возрасте 13 лет, согласился на лечение под давлением обстоятельств, т.к. был поставлен на учет в ИДН. В подростковом стационаре находился 13 дней, получал медикаментозное лечение. Выписан по настойчивой просьбе. После выписки из стационара амбулаторно не наблюдался, лечения не принимал, продолжает периодически вдыхать клей, но реже. Прабабушка пытается его контролировать, регулярно «обнюхивает».

Экспериментально-психологические исследования. Диагностируется гипертимная акцентуация по тесту Шмишека, по тесту УНП повышен уровень психопатизации, показатель алекситимического теста в зоне неопределенного диагноза. Самооценка по тесту Дембо-

Рубинштейн: «Я-реальное» занижено по шкалам интеллекта, счастья, уверенности в себе, здоровья, завышено по шкалам доброты и общительности, в пределах нормы по шкалам внешности и честности. Показатели образа «Я в глазах других» ниже предыдущих, что свидетельствует об оценке отношения окружающих, как враждебного. Показатели «Я-идеальное» и «Я-презентация» в основном находятся в пределах условной нормы или завышены. По показателям честности, доброты, счастья, уверенности в себе «Я-презентация» выше «Я-идеального», что свидетельствует о переоценке важности внешнего имиджа. Из опросника эмоций следует, что очень часто испытывает чувство стыда, обиды и уверенности (при низкой самооценке уверенности в себе!); достаточно часто – радости, отвращения и отчаяния; редко – благодарности, надежды, зависти, страха, гнева, скуки; очень редко – чувство вины. Не смог ответить о частоте эмоций нежности, гордости, беспечности, тревоги и презрения. При беседе заинтересованности не проявляет, немногословен, легко отвлекается, формально соглашается с необходимостью изменить свою жизнь, однако от помощи отказывается, даже когда ему предлагают посещать центр социальной поддержки, где он может получать нормальное питание. Уровень знаний не соответствует образованию. Круг интересов сужен, увлечений не имеет. Абстрактное мышление доступно. В настоящее время дополнительно занимается с учителем на дому, исправляет неудовлетворительные отметки.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 49

Наташа, 16 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец имеет высшее техническое образование, мать – среднее педагогическое, отношения в семье доброжелательные, равноправные.

Родилась в срок первым ребенком в семье, есть еще сестра 6 лет. Раннее развитие соответствовало возрасту. Семья состоятельная: родители занимаются бизнесом. Воспитывалась по типу «кумира семьи» с элементами гиперопеки: родители контролировали строго её поведение, но удовлетворяли все её требования, окружающие её «постоянно восхищались». Ситуация изменилась после рождения младшей сестры 6 лет назад: ей стали меньше уделять внимания, что её не устраивало.

Страдает с 9 лет хроническим пиелонефритом, с 11 лет – хроническим гастродуоденитом. Заболевания протекают с периодическими обострениями. В детский сад ходила только в подготовительную группу. В школу пошла 7 лет, училась хорошо. В компании была лидером, стремилась быть на виду. Оценивая свой характер, говорит, что она «стрелец»: упрямая, «меня ничего не остановит».

Впервые действие наркотиков увидела в компании знакомых. Её друг страдал наркоманией и предостерегал от употребления наркотиков, описывая мучительное состояние ломки («плакал и просил меня не колотья»), вскоре он умер от передозировки героина. После его смерти решила попробовать наркотик, так как считала, что «с одного раза ничего не будет». Начала употребление в 14 лет сразу с внутривенного введения героина. Эйфория продолжалась около 3 часов. Состояние было похоже на опьянение. Повторное употребление героина – через 1,5-2 месяца. Быстро появилось психическое влечение преимущественно в виде навязчивых мыслей и представлений о

наркотиках. Абстинентный синдром сформировался после 30 инъекций. Продолжительность его около 5 дней, средней степени выраженности в виде типичной «ломки». С 15 лет эпизодически курит анашу, как правило, делает это для усиления действия героина. При отсутствии наркотиков эпизодически употребляла для эйфории реланиум и фенозепам.

Спиртное впервые попробовала в 15 лет: выпила около 300 г водки для снятия героиновой «ломки», с тех пор практически его не употребляет. Курит с 15 лет, в среднем в день выкуривает 10-12 сигарет. Испытывает влечение к сигаретам.

В интимные отношения впервые вступила в 15 лет, обстоятельства помнит плохо (в отличие от первой инъекции наркотиков), поскольку была в наркотическом опьянении. Половые контакты редкие и не доставляют удовольствия.

Впервые за помощью обратилась в областной наркологический диспансер в возрасте 14 лет (зимой 2000 г.) по инициативе родителей, но убежала из поликлинического отделения раздетая. По настоянию родителей весной 2000 г. находилась на стационарном лечении в областной психиатрической больнице в течение 1 месяца. Получала медикаментозное лечение, проведено три беседы с психологом. Еще во время лечения была уверена, что продолжит наркотизацию. После выписки три раза посетила психолога в Центре психолого-педагогической помощи, но «не нашла с ним общего языка». Возобновила наркотизацию через 1 месяц, как только родители стали отпускать ее одну из дома.

В ноябре 2000 г. находилась 7 дней на лечении в наркологической больнице, выписалась по своему настойчивому требованию. Возобновила употребление наркотиков в январе 2001 г. В марте 2001 г. отдыхала с родителями в Египте, где развился АС, который она «перекумарила всухую». Со слов больной в это время «мать поняла, насколько я серьезно больна». Вернувшись домой, возобновила наркотизацию. В мае вновь госпитализирована, лечилась 1 месяц, от лечения уклонялась. В июле родители вновь уговорили на лечение в стационаре. После купирования АС неохотно согласилась на курс «психотерапевтического марафона». В группе вела себя активно, делала своевременные замечания. В частности, при обсуждении темы ответственности за данное другим людям обещание, когда все участники группы заявили, что всегда их выполняют, единственная обратила внимание на неоднократные нарушения своих заверений об отказе от наркотиков, которые давались родителям. При выполнении рисунка «Я в начале лечения, сейчас и через месяц», вторая ситуация отличается появлением положительных эмоций, в третьей ситуации рисует себя за решеткой, объясняя, что «папа не будет выпускать из дома».

Экспериментально-психологические исследования. Тест Шмишека диагностирует наличие гипертимной и демонстративной акцентуации. Согласно тесту УНП повышен уровень психопатизации. Показатель шкалы TAS (алекситимическая шкала) в пределах нормы. Самооценка по шкале Дембо-Рубинштейн: показатели образа «Я-реальное» в основном занижены, кроме шкал уверенности в себе и общительности, которые резко завышены, и здесь наблюдается слияние всех четырех образов. По пяти шкалам (внешности, интеллекта, честности, трудолюбия и доброты) «Я-презентация» превышает «Я-реальное» и находится на четырех шкалах на максимуме. Отмечается резкое расхождение между всеми четырьмя видами самооценки. Тест на выявление эмоций показал, что наиболее часто испытывает чувства радости, гордости, надежды, беспечности, вины и обиды, но редко – зависти, страха, тревоги, презрения, гнева, скуки и стыда. При оценке жизненных ценностей на первые три места относит наличие хороших друзей, любовь и свободу. Здоровье оказалось на шестом месте.

После выписки из стационара регулярно наблюдалась наркологом амбулаторно, участвовала в групповых психотерапевтических занятиях. Первое время состояние было неустойчивым: отмечалась капризность, конфликтовала с родителями, особенно с матерью, которая требовала строгого соблюдения установленных в семье правил поведения, возмущалась всякий раз, когда дочь не убирала за собой посуду. Несмотря на напряженные отношения, родители взяли её с собой в заграничную поездку.

Катамнез спустя полгода. Наркотики не употребляет, посещает нарколога регулярно, в настоящее время медикаментозного лечения не получает, учится на дому с репетиторами, готовится сдать экзамены за 9 класс. Работает у отца на фирме секретарем. Далее намерена учиться в торговом

техникуме. Отношения с родителями нормализовались: стали более терпимыми друг к другу. Дружит с парнем, с которым познакомилась во время лечения в отделении (у него тоже ремиссия), он оказывает ей психологическую поддержку. С другими потребителями наркотиков отношения прекратила. Причиной ремиссии считает изменение мировоззрения, которое произошло во время психотерапии.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№50

Дмитрий А., 16 лет. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился вторым ребенком, есть еще брат 25 лет. Беременность протекала нормально. Раннее развитие протекало своевременно. Посещал детский сад, с 7 лет пошел в школу, учится в основном с оценками «хорошо». В семье доминирует мать. Проживает с родителями. С раннего детства был очень привязан к отцу, который с ним много занимался. Отношения охладели в последние годы, после того, как у отца возникли проблемы на работе (приватизация предприятия, смена собственника) и он стал злоупотреблять алкоголем. На протяжении последних 3 лет редко бывает трезвым. Мать не может на отца повлиять, так как большую часть времени вынуждена проводить в другой квартире, ухаживая за своим тяжело больным отцом.

По характеру общительный, спокойный, доброжелательный, инициативный. К пьянству отца относится критически, однако, большого возмущения не высказывает, не знает, как ему помочь, поскольку отец от лечения отказывается. С окружающими не очень откровенен, свои проблемы чаще обсуждает со старшим братом, который живет отдельно. Считает, что родителям его проблемы безразличны. В то же время хотел бы быть более откровенен с окружающими. Участвует в школьной самодеятельности, занимается в кружке танцев, успешно выступает на конкурсах, играет в шахматы, футбол, любит путешествовать.

Алкоголь в небольшом количестве впервые попробовал в 11 лет с друзьями за компанию. Состояние опьянения испытал в 12 лет, когда выпил с друзьями. Сначала опьянение понравилось: отмечалось возбуждение, веселость, но закончилось оно тошнотой. После этого несколько недель не мог смотреть на спиртное. В настоящее время выпивает 2-3 раза в месяц преимущественно крепкие напитки («левую» водку) и пиво. Толерантность возросла в 2 раза и составляет 200 мл водки, АС отсутствует. Передозировки отмечаются редко. Алкоголь преимущественно употребляет в компании. Некоторое время назад познакомился с пенсионером, который приглашает к себе молодежь, угощает их алкоголем. Подростки охотно ходят к нему, называют его «дедом».

Тяжелыми заболеваниями не болел, страдает хроническим гайморитом, оперирован, но существенного улучшения нет. Не курит, наркотики не употребляет. Половую жизнь отрицает.

Результаты экспериментально-психологических исследований. Уровень невротизации, психопатизации (тест УНП). По данным теста Шмишека диагностируется гипертимная акцентуация. Алекситимический тест в зоне неопределённого диагноза. Самооценка по шкале Дембо-Рубинштейн: показатели образа «Я-реальное» повышены по шкалам трудолюбия, доброты и общительности, где отмечается слияние всех четырех видов самооценки, понижен показатель по шкале здоровья. Соотношение самооценок дисгармоничное. Согласно опроснику частоты возникающих эмоций положительные эмоции преобладают над отрицательными, чувства вины и

стыда испытывает очень редко. Результаты теста Спилберга: высокий уровень ситуативной и низкий уровень личностной тревожности. Тест Бэлла показал дизадаптацию в области здоровья.

Катамнез спустя 1 год. После окончания школы поступил в энергоуниверситет. Успеваемость хорошая, учебой доволен, успешно сдал сессию, продолжает заниматься танцами, спортом. В течение двух месяцев встречается с девушкой, интимных отношений нет. Из спиртных напитков употребляет только пиво в небольших количествах, о крепких напитках «даже думать противно». Отец продолжает пьянствовать, пропивает всю зарплату, чем ставит семью в сложное положение («даже пищу от него приходится прятать, иначе ничего не останется»). Об отце говорит в ироническом тоне, объясняет его пьянство тем, что «у него на работе все пьют» и исправить это невозможно. Обсуждена проблема привлечения отца к лечению.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№51

Больной Д., 26 лет, поступает в психиатрическую больницу впервые по направлению участкового психиатра. При поступлении предъявляет жалобы на легко возникающие страхи - при поездках в транспорте, при посещении концертов и кинотеатров, при выходе из дома, иногда сочетающиеся с выраженной тревогой, сердцебиением, ощущением удушья, головокружением, чувством нереальности окружающего, на страх смерти.

Из анамнеза. Тётя страдает шизофренией. Родился в семье рабочих. Старшие из двоих детей от нормально протекавших беременностей и родов. Психомоторное развитие с опережением от сверстников. Отличался повышенной эмоциональностью, чувствительностью. Воспитывался в условиях конфликтных взаимоотношений между родителями из-за пьянства отца. Обучение в школе с 7 лет. Учился хорошо, в «старших» классах успеваемость снизилась. Часто болел (страдал болезнью Верльгофа). После операции состояние нормализовалось. После 10 класса пытался сдать экзамены в институт, но не прошел по конкурсу. Произошедшее воспринял болезненно. Работал на фабрике на рабочих должностях, разнорабочим у частного предпринимателя. В настоящее время устроился осветителем в театр, работа нравится. Смену мест работы связывает с пьянством в коллективе, маленькой зарплатой, конфликтами с начальством. В течение 3-х мес. живет с сожительницей и ее ребенком, взаимоотношения оценивает как благополучные. Отношения с родителями осложнены их пьянством. Страдает хроническим тонзиллитом, холециститом. По характеру остается тревожно-мнительным, чувствительным, неуверенным в себе, самолюбивым.

Считает себя больным около 6-7 лет, когда впервые стал ощущать сердцебиения, одышку, страх за здоровье. Связывает это с тяжелым физическим трудом. Тогда впервые обращался к терапевту, обследовался, поставлен диагноз: Холецистит, дискинезия желчевыводящих путей. На фоне лечения, смены работы отмечал улучшение. В последствие приступы сердцебиений с одышкой стали при волнении периодически возобновляться. 3 года назад на фоне психотравмирующей ситуации (разрыв с девушкой, которая нравилась, её неожиданное замужество) впервые такой приступ возник в кинотеатре. При этом ощущал тревогу, страх смерти. Состояние улучшилось после того «как» вышел из зала. В последствие подобное состояние возникло на концерте. Стал испытывать страх перед их повторением, стал бояться упасть, потерять сознание,

замкнулся, перестал посещать общественные места. По инициативе сестры обращался к неврологу, лечился транквилизаторами, стал спокойнее, вновь, расширил круг знакомых.

Настоящее ухудшение около 2-х месяцев, после того как в автобусе неожиданно возникла тревога, нехватка воздуха, одышка, сильное сердцебиение. Стал ощущать головокружение, окружающее стало воспринимать как «нереальное», «все поплыло, отодвинулось, появился страх смерти». Состояние улучшилось после приема валидола, который носил с собой. С этого времени полностью перестал пользоваться транспортом, стал бояться один выходить из дома, требовал от сожительницы, чтобы она его везде сопровождала (это было возможно, так как вместе работали). Ярко представлял себе внезапную смерть на улице, стал бояться потерять «контроль над собой, сойти с ума». На этом фоне снизилось настроение. Отмечает, что когда находится дома, на улице в присутствии сожительницы, на работе среди сотрудников, которым доверяет, «забывается», «чувствует себя нормально». ВДО обратился по инициативе сестры и сожительницы, неохотно дал согласие на госпитализацию в психиатрическую больницу.

При поступлении многоречив, охотно говорит о своих ощущениях, о своих страхах, трудностях, возникающих из-за этого. Сознание ясное. Ориентирован полностью. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. Мышление, интеллект, память — без патологии. Фиксирует внимание на легко возобновляющихся навязчивых страхах: страхе одному выходить на улицу, страхе пользоваться транспортом, на легко возникающих навязчивых представлениях «упасть на улице и умереть». Внимание-трудно переключаемо. Эмоционально лабилен, тревожен, настроение пониженное. Достаточно критичен.

Соматически: заключение терапевта: «Состояние после спленэктомии. Дискинезия желчевыводящих путей. ВСД».

В анализах крови и мочи — норма.

Неврологически: заключение невролога: «Остаточные явления перенесенной нейроинфекции. ВСД с пароксизмами смешанного характера».

Проконсультирован окулистом: «Глазное дно без патологии».

В отделении настроение остается неустойчивым, на улицу выходит только в сопровождении других больных или в сопровождении сожительницы и сестры. Несколько демонстративен — чтобы привлечь внимание медперсонала показывает сплетенную веревку. Улыбаясь заявляет, что повесится, если состояние не улучшится.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№52

Больной Г., 34 года., рабочий на заводе. Женат 13 лет. Обратился по настоянию матери. Мать — руководитель на производстве, пациент работает у нее в цеху. Женщина властная, демонстрирует заботливое поведение по отношению к сыну. На приеме обеспокоена состоянием и поведением сына, более активна при расспросах врача, часто отвечает «вместо сына».

Алкоголизация пациента около 10 лет, после того, как «начались командировки на работе». Через 2-3 года начались «запой», «начал опохмеляться», «начал спиваться». 4 года назад «кодировался», ремиссия 8 месяцев, два года назад проходил стационарное лечение в наркологическом диспансере — ремиссия 6 месяцев.

На работе часто возникают конфликты с руководством из-за прогулов. От увольнения «спасает мать». Отмечает «постоянные придирки от начальства». Заявляет, что «раз зачислили в плохие работники, так уж и не поверят». Взгляд на свою будущую жизнь, работу и успех в работе – демонстративно скептический. Стрессы «на работе» считает самым стрессогенным фактором своей жизни. Признает, что не может сам «бросить пить», но и не верит, что «хоть кто-то поможет ему». Себя считает «закомплексованным» - «на улице не могу время спросить».

На вторую встречу, по просьбе врача пришел с женой. Жена – тихая, скромная женщина, отмечает властность и грубость супруга в семье. Оба отмечают, что на лечении у психотерапевта настаивала мать пациента, а не жена, хотя на консультацию жена пришла без сопротивления, «с надеждой, что что-то поможет». Жена активно участвует в семейной терапии. На приеме пациент ведет себя как лидер семьи. Работу по дому не выполняет, т.к. считает, что это «женское дело». Патологии памяти, интеллекта не выявлено.

На приеме: ведет себя настороженно, активно демонстрируя «уверенное поведение». В успех лечения не верит, к консультации у врача относится скептически.

Пациент направлен на лечение к участковому наркологу, индивидуальная и семейная терапия продолжена.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 53

Большая Г., 63 лет. Пенсионерка. Работала техником в архиве. По характеру педантичная, упрямая. Имеет 2 детей, младшая дочь страдала ДЦП, умерла в возрасте 12-ти лет, муж умер через полгода после смерти дочери (в 1999 г.). С 1996 года начала конфликтовать на работе по поводу очередности на получение жилплощади. Считала, что специально заселили другую семью в предназначавшуюся для нее квартиру. По наступлении пенсионного возраста отказалась оформлять пенсию, заявив, что пенсия слишком маленькая, что ее обманули, судилась с администрацией. С 1999 года, после смерти младшей дочери и мужа, неоднократно писала заявления об убийстве дочери и мужа, о подделке свидетельств о смерти, о том, что сотрудники предприятия специально, в сговоре с врачами, заразили дочь вирусом, извели до смерти, а теперь преследуют саму больную, чтобы завладеть квартирой. Боялась оставаться одна в квартире, загромождала окна и двери, жила у детей и знакомых. Неоднократно вызывала милицию, заявляя, что за нею следят, хотят убить. При поступлении в психиатрический стационар: раздражительна, злобна, обвиняет в убийстве мужа и дочери каких-то лиц, привезла с собой 2 заявления в прокуратуру. Во время беседы с врачами груба, задает встречные вопросы. Ориентировка всех видов сохранена. Обманов восприятия не выявляется. Мышление обстоятельное. Считает, что ее обманывают бывшие сотрудники по работе: «Вырвали нарочно из трудовой книжки целый лист, из-за этого стаж получился намного меньше. Убили дочь и мужа, а теперь преследуют и меня». Интеллект не снижен. Память формально без патологии. Выявлено снижение распределения внимания. Эмоционально несколько возбуждена, раздражительна. Критики к переживаниям нет. После выписки из стационара на прием к психиатру не ходила, поддерживающее лечение не принимала. С 2000 г. Стала говорить, что дочь была заражена вирусом, от этого и умерла, а теперь бывшие сотрудники и соседи пытаются заразить и ее с целью завладения квартирой. В связи с

этим заколотила фанерой окна, вывернула все розетки, уверяя, что они заражены вирусом. Обращалась в поликлинику для обследования и требовала дать ей группу инвалидности. Ездил в Москву к адвокату, добиваясь группы. Обвиняла врачей различных специальностей и МСЭ, не нашедших у нее признаков инвалидности, в сговоре. Дома почти не жила. С 2003 года стала замечать у себя признаки поражения вирусом, приводя в доказательство гнойнички на лице (страдает пиодермией), частые запоры, снижение аппетита и массы тела, а также перенесенное рожистое воспаление голеней, варикозное расширение вен, ноющие боли в области правого подреберья, обусловленные, по ее словам, воспалением желчного пузыря, боли в суставах. Сообщила, что по-прежнему пытается добиться рассмотрения в суде дела о насильственной смерти дочери и мужа, но все документы из дела куда-то исчезают, кто-то намеренно похищает их. Продолжает в течение 8 лет судиться с директором завода по поводу неправильного, слишком низкого размера назначенной пенсии, привлекая к делу адвоката из Москвы, оплачивала многочисленные расходы, при этом скудно питаясь сама. В 4-ый раз госпитализирована в психиатрическую больницу, при поступлении высказывала бредовые идеи преследования, заражения ее вирусом с целью завладения ее квартирой.

В неврологическом статусе: начальные явления церебрального атеросклероза.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№54

Больная К., 34 лет. Наследственность отягощена психическими расстройствами у бабушки в пожилом возрасте. В детстве развивалась своевременно. В школе училась хорошо. Закончила 11 классов школы, университет и энэргоинститут. Работала в ВУЗе на кафедре физвоспитания, увлекалась шахматами, является мастером спорта. Вскоре перешла работать в компьютерную фирму, работала на рынке, распространяла косметику, сменила несколько мест работы. В настоящее время нигде не работает. Проживает с родителями, часто уезжает на заработки в Подмосковье. Половая жизнь случайного характера, в феврале 2003 г. был выкидыш. После выкидыша в течение 2 недель отмечалось депрессивное состояние. Алкоголизируется эпизодически, зависимости нет. По характеру замкнутая. В 17-летнем возрасте увлекалась религией, ходила в религиозную секту. С 2002 г. пристрастилась к компьютерным играм, проигрывала много денег, задолжала косметической фирме большую сумму, взяла у родителей - и опять проиграла в автоматах 15 тысяч рублей. Чтобы вернуть долги, уехала в Подмосковье, где преподавала шахматы в школе, подрабатывала на рынке. 2 июля 2003г. без видимой причины стала слышать за стеной мужские голоса, которые цинично осуждали ее, сговаривались убить. Испытывала страх, убегала из квартиры. Стала замечать, что ее показывают по всем каналам ТВ, засняли на пленку порнографические кадры, все вокруг смотрели осуждающе, говорили, что она - «извращенна». Слышала со всех сторон шум, гул, который преобразовывался в голоса. Стала ощущать телепатическую связь со всеми шахматистами Москвы, которые составляли пирамиду. Ощущала себя центром этой пирамиды, центром Земли, накопившим много отрицательной энергии, могла впитывать энергию из воздуха, воды, управляла всеми процессами на Земле, могла ускорить или замедлить время, замедлять движение катеров, облаков, все люди вокруг подчинялись ей, находилась в состоянии экстаза. Потом в голове все смешалось, появились хаос и паника, стала

ощущать воздействие на мысли, поняла, что ее вычислил главный экстрасенс Земли и преследует, хочет уничтожить. К этому подключились милиция и правительственные войска. Испытывала страх, убегала по шоссе, пряталась на стройке и в лесу. Выйдя на ж/д станцию заметила, что ее просвечивают лучами, т.к. она - самодостаточный элемент, не требующий ни пищи, ни воды и имеющий телепатическую связь со спутником Земли, который сообщал ей информацию по теории вероятности. Была возбуждена, испытывала страх, говорила о преследовании ее, вызвала милицию, была осмотрена психиатром и госпитализирована в психиатрическую больницу г.Москвы. Находясь в стационаре, на вопросы не отвечала, слышала «голоса», которые громко раздавались в голове, осуждали, угрожали, телепатически общалась со своими знакомыми. Через 10 дней «голоса» прекратились, вела себя упорядоченно, с критикой оценивала перенесенное состояние. 18 июля 2003г. была выписана из стационара.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№55

Больная П., 48 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. По характеру тревожно-мнительная, исполнительная, заботливая. Закончила ПУ сельскохозяйственного профиля. Выйдя замуж за военнослужащего, работала в течение 20 лет в воинской части телеграфисткой. Пенсионерка по выслуге лет. Имеет 2 детей, 18-ти и 14-ти лет. Алкоголем не злоупотребляла. С 2002г. начался климакс с «приливами», нерегулярными тепзез, кровотечениями. Неоднократно с целью остановки кровотечения проводилось аЪгавю. Отмечались головные боли, колебания АД. Стала более ранимой, тяжело переживала все происходящие с ней и ее близкими события: поступление сына в техникум (иначе предстояла служба в армии), поездку дочери в санаторий «Анапа». К этому времени продали квартиру за 800 тыс. рублей, подыскивали новую. Стала плохо спать по ночам, думала о детях, о большой сумме хранящихся денег. В конце августа 2003 года стала слышать откуда-то сверху голоса, разговаривающие между собой и смеющиеся, чаще вечером и ночью. Мужской голос стал сообщать ей, что с дочерью в Анапе может что-нибудь случиться, слышала также вдалеке крики детей. После приезда дочери «голоса» стали реже. В ноябре 2003г. «голоса» усилились, приобрели императивный характер, появились страх, тревога, слышала голос сына, обучавшегося в другом городе и просившем о помощи, а другой голос, мужской, говорил, что на голову сына может упасть кирпич. Постоянно спрашивала мужа, слышит ли он эти голоса, т.к. они воспринимались реально, сверху. Обращалась к психиатру, принимала грандаксин - эффекта не было. К концу февраля 2004г. стала думать, что «голоса» принадлежат соседям сверху, которые узнали о продаже квартиры и собираются отобрать у них деньги, угрожая и шантажируя детьми. «Голоса» стали заставлять, например, положить деньги в пакет и отнести в мусорный ящик во дворе. В марте 2004 г. появились сильная тревога, страх и опасения за детей, считала, что за ними следят и могут убить. Заявляла, что и ее могут убить и ограбить квартиру, боялась оставаться дома одна, плакала. Вновь была осмотрена психиатром и направлена на стационарное лечение в психиатрическую больницу. С момента назначения трифтазина в/м и амит-риптилина «голоса» прекратились на 2-ой день. Постепенно исчезли тревога и страх за детей. С критикой стала относиться к переживаниям, выровнялось настроение. К концу третьей недели психическое состояние полностью стабилизировалось. Стала строить реальные планы. При

психологическом обследовании нарушений мыслительной деятельности не выявлено, активность достаточна. Невролог: вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу на фоне климакса. Начальные явления атеросклероза сосудов головного мозга. Терапевт: миокардиодистрофия, Н-1. Гинеколог: нарушение менструальной функции. Окулист: глазное дно в норме. На ЭЭГ: усиление восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга. ЭХО-ЭГ - без особенностей. За время лечения вела себя упорядоченно, психотическая симптоматика полностью редуцировалась, Выписана с выздоровлением.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

к рабочей программе практики

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач - психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В1

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Ординатор _____
Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков
вариативной части практики амбулаторной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Количество
1.	Методика клинического исследования психически больных	
2.	Психофармакотерапия.	
3.	Психологические методы исследования	
4.	Активная амбулаторная терапия психических расстройств.	
5.	Поддерживающая амбулаторная терапия психических расстройств.	
6.	Экспертиза временной нетрудоспособности психически больных.	
7.	Определение профессиональных ограничений психически больных	
8.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись руководителя) Ф.И.О.

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Ординатор _____
Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков
вариативной части практики стационарной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Количество
1.	Методика клинического исследования психически больных	
2.	Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар.	
3.	Психофармакотерапия.	
4.	Купирование психомоторного возбуждения.	
5.	Составление индивидуальных программ психосоциальной реабилитации больных.	
6.	Коррекция расстройств сна.	
7.	Экспертиза временной нетрудоспособности психически больных.	
8.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись руководителя) Ф.И.О.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по практике
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – психиатр

Направление подготовки: 31.08.20 Психиатрия

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В1

1. Паспорт ОС по практике «Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	4 семестр
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	4 семестр
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	4 семестр
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	4 семестр

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	ПК-2	<p>Знает: организационные аспекты проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение</p> <p>Владеет: методами клинического обследования пациента</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического обследования; - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования; - сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; <p>Владеет</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>

		- методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования;		
3.	ПК-6	Знает: основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 4 семестр
4.	ПК-10	Знает: - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; Умеет: - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности Владеет: оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 4 семестр

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-2, ПК-5, ПК-6) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке

клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, оформления клинических диагнозов, объем выполненных навыков.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Аттестация практических навыков проводится на ситуационных задачах и представляет собой проверку навыков клинического мышления (оценка результатов физикального обследования, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования, оформление клинического диагноза, определения тактики ведения и лечения пациента).

Пример ситуационной задачи:

Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намерен на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациента, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными

классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «хорошо» выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациента, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов обследования пациента и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения заданий к клинической ситуации. Оценивается каждое задание по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

№ 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 большого 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 «вработывается», 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 все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 2

Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 3

Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна,

боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течение 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 4

Больной обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в нижней части живота. При опросе уточняет, что боли носят неопределенный разлитой характер, с приемом пищи не связаны, после назначенных ему по поводу гастрита препаратов не ослабевают. В беседе с больным обращает на себя внимание некоторая монотонность его речи, бедная мимика, редкое моргание, вялость движений. На уточняющие вопросы больной ответил, что плохого настроения у него нет, хотя он и огорчен своей болезнью. Однако бывает, что ему ничего не хочется делать и трудно заставить себя работать, но «заставив» себя начать работу он «втягивается» и может довольно продуктивно и продолжительно трудиться. Больной также пожаловался на плохой аппетит, неустойчивый стул – запоры, сменяющиеся поносами, поверхностный сон, исхудание. Склонен объяснять перечисленное «болезнью желудка». При осмотре отмечается: кожа суховатая, несколько дряблая, живот мягкий, болезненность при пальпации не усиливается, умеренная брадикардия.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 5

Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова, словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 6

Больной О., 42 лет, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом скорой помощи: инфаркт миокарда - в дальнейшем был отвергнут. Однако с этого времени больного стала преследовать мысль о том, что он может в любой момент упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда больной находился в душном помещении, в большой толпе. Он перестал ездить в автобусе, в трамвае - как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти тяжелые переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях, не ходил в кино. Объясняет это тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем он прибегал на предприятие и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. В один из таких дней, когда по дороге на работу, больной переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем больной несколько раз, с большим риском для жизни, проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью аварии на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило больного обратиться к врачу.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 7

Больной А., 52 лет, рабочий. В течение многих лет состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Начало своего заболевания связывает с контузией головного мозга, полученной во время службы в армии. Жалуется на частые головные боли давящего характера, слабость, быструю утомляемость, раздражительность. Дома нетерпим. В каждом слове жены видит обидный для себя намек, 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. Отмечает у себя тревожный сон с кошмарными сновидениями. В последний месяц стал видеть в полутемной комнате вечером незнакомых людей, которые проходили сквозь стены, общались между собой, однако звуков и голосов этих людей он не слышал. При этом испытывал страх, тревогу, хотя оставалось некоторое понимание нереальности происходящего.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 8

Больной Ж., 18 лет, учащийся колледжа. С 10-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить больного нигде не удалось. Спустя три дня

вернулся домой. Он был оборванным, замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, все время смотрел в потолок. Ночью совсем не спал. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось, и больной рассказал следующее: «Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего до тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, все время повторял про себя: до Челябинска 10 километров, 10 километров. После этого опять ничего не помню. Пришел в себя где-то около Челябинска. Я сидел у реки под мостом и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. Я чего-то сильно боялся. Думал: скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню». Знакомые рассказали родителям, что видели их сына через день после его исчезновения из дома на берегу озера километров за 10 от города. Он показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых рассеянно кивнул им и пошел дальше.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 9

На призывном пункте мать сообщила, что призывник С. на протяжении пяти лет «замирает» на несколько секунд. Приступы протекают сериями по 10-12, с последующими перерывами разной продолжительности, от 3х дней до 2х недель. Мать от знакомых узнала, что так выглядят признаки эпилепсии. Просит освободить призывника от службы в армии. Пациент прежде не проходил обследований, к врачам не обращался.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

№ 1

Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку.. Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом.... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей.. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой протрацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).

4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 2

Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд - кислое, сладкое, соленое. В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:

Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?

Больной: Нет, ничего. Я здоров.

Профессор: Почему же Вы находитесь в больнице?

Больной: Не знаю... Лечение еще не закончено.

Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы?

Больной молчит, на вопрос не отвечает.

Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?

Больной: Так... Встряхнуться захотелось.

Профессор: Вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?

Больной: Нет, не хочу. Я здесь останусь...

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 3

Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намекы», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка - дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно, его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).

4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 4

Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных - рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 5

Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей-интернов мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая...Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных. При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 6

Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в

окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 7

Больная О., 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.

Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас.

Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!

Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.

Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 8

Больной Т., 22 лет, токарь. Поступил в психиатрический стационар в состоянии сильного психомоторного возбуждения. Поминутно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит кулаками о стену, нападает на других больных и пытается их ударить. В постели все время крутится, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает себе на голову одеяло, бьет себя кулаками по голове, рвет постельное белье. Большею частью все это проделывает молча, выражение лица сумрачное, озлобленное. На вопросы то не отвечает, то начинает со злобой нецензурно браниться. Повторяет движения других людей: врач, поднял руку - и больной поднял, врач хлопнул в ладоши - и больной сделал то же. Временами, наряду с двигательным возбуждением, начинает безумолку говорить, в свою речь без всякого смысла включает слова и фразы, услышанные из разговора окружающих. Вот образец речи больного: «Уберите аминазин, в постели можете курить на голодный желудок, я вам сказал, чтобы психов гнать отсюда, бросьте издеваться, я сам вам покажу, хоть вы кривые, а я косою, инъекцию галоперидола закатите на стол (услышал, как врач сказал медсестре, что больному нужно сделать инъекцию галоперидола), я весь тут перемажусь, как свинья» и т. п.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).

4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

№ 9

У самых дверей отделения врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также перехвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и безвкусного. Взяв врача «под руку», больная начинает тараторить, голос у нее охрипший. - Я вас сразу же узнала. А когда меня выпишут? Я совсем здорова, у меня только маниакальное состояние. Как говорится, не важен метод - важен результат. А вон та нянечка пришла сегодня на работу, а у нее комбинация из-под платья выглядывает. Из-под пятницы суббота. Завтра суббота, Вы меня завтра выпишите? А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте я вам поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лезть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо! (внезапно в раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить, но тут же на лице вновь появляется улыбка, кокетливо обращается к врачу). Я в Вас влюбилась, ну и что тут такого? Любовь не порок, а большое свинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я ему письмо написала в стихах. Хотите, прочитаю? - и т. д. В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав в кружок больных, поет, танцует. Спит не более 3-4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется даже применением очень больших доз нейролептиков.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, выделите основной клинический синдром (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Оцените прогноз, проведите трудовую экспертизу (ПК-10).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»

Кафедра иностранных языков

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Иностранный язык в медицинской практике»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника – врач - психиатр
Направление подготовки (специальность): 31.08.20 Психиатрия
Тип образовательной программы: программа ординатуры
Форма обучения: очная
Срок освоения образовательной программы: 2 года
Код дисциплины: ФД.1

Паспорт ОС по дисциплине

1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">- лексический минимум в объеме 4000 учебных лексических единиц общего и терминологического характера;- основную медицинскую и фармацевтическую терминологию на иностранном языке;- грамматические правила изучаемого языка;- приемы и основы перевода профессионально ориентированных текстов;- иностранный язык в объеме, необходимом для получения профессиональной информации из зарубежных источников и общения на профессиональном уровне. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">- понимать устную и письменную речь, распознавать, правильно переводить и употреблять грамматические формы и конструкции, типичные для медицинской литературы, делового общения, а также бытовых и страноведческих тем;- отбирать и систематизировать полученную информацию на иностранном языке;- фиксировать необходимую информацию из прочитанного на иностранном языке в виде аннотаций;- логически верно аргументировать и ясно строить устную и письменную речь. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none">- навыками работы со словарями, справочной литературой, печатными изданиями по профессионально ориентированной литературе;- грамматическими правилами и разговорными формулами иностранного языка;- приемами и основами перевода специальных текстов;- навыками аналитической переработки полученной информации.	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none">1. грамматических заданий	<p>Зачет</p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: грамматические задания

Английский язык

I. Раскройте скобки.

1. Health remains the supreme goal at all times. 2. Next year after he (to finish) internship he (to enter) a residency. 3. In Great Britain higher medical education is not free of charge. 4. The physician (not to write) out a prescription yesterday, he (to send) the patient for further analyses. 5. In Britain candidates enter medical schools generally at the age of 18. 6. Writing a thesis is required for practice. 7. If you like, I'll gladly show you through some of our clinics and departments. 8. Latin is taught in all Russian medical institutes. 9. Next year the curriculum (not to be) as difficult as it (to be) last year.

II. Задайте вопросы разных типов.

1. Medical graduates applied for the post-graduate course. (спец.)
2. Practical skills will be very important for future doctors. (разделит.)
3. Attendance of practical classes is voluntary. (общий)
4. Our Academy was founded in 1930. (альтерн.)
5. The medical students take State examinations after the sixth year. (к подлежаж.)

III. Заполните пропуски модальными глаголами.

1. Any citizen of our country ... apply to a medical institute. 2. If the patient he needs an operation the doctor ... make the arrangement to admit the patient to the hospital. 3. We ... either keep our health or lose it. 4. What ... you do to become good doctors in the future? 5. Applicants who have finished school with a gold or silver medal ... take only one examination.

IV. Ответьте на вопросы.

1. What must the person do when he comes to the polyclinic?
2. What can a young doctor obtain after residency?
3. When was our academy founded?

V. Переведите предложения.

1. Ординатура подготавливает высоко квалифицированных специалистов в определенной области. 2. Три помощника есть у врача - слово, растение и нож. 3. Существуют поликлиники для взрослого населения и поликлиники для детей.

VI. Определите время и залог сказуемого. Составьте на английском языке вопросы к подчеркнутым членам предложений. Переведите составленные вопросы на русский язык.

1. My friend has been preparing for the exams for a week. 2. He had accomplished the task by the end of the year. 3. The exams were being taken from 9 till 12 a.m. yesterday. 4. Tomorrow I'll make my report for the conference. 5. Such sick persons receive a sick-leave.

VII. Поставьте глагол в скобках в нужное время.

1. She (to complain) of pains in her side for the whole day. 2. Last week I (to graduate) from the academy and now I (to seek) a good job. 3. They think that their article (to publish) by Monday. 4. This doctor usually (to perform) operations on Friday. 5. We (to learn) new grammar during the whole class yesterday. 6. All our work (to finish) last month. 7. The doctor knew that the white blood cells count (to be) normal.

VIII. Раскройте скобки, поставив сказуемые в придаточном дополнительном в нужном времени и залоге.

1. He was told that it (станет – to become) a doctor in future. 2. She said she (изучала – to study) French before. 3. They said that they (работает – to work) in the hospital.

IX. Переведите предложения на русский язык.

1. Before 1918 there were 28 churches in Ivanovo-Voznesensk. 2. It is a laboratory assistant who takes an electrocardiogram at the out-patient department. 3. As soon as he comes I'll show him your report.

X. Переведите предложения на английский язык.

1. Туловище делится на грудную клетку и брюшную полость. 2. А. Везалий изучал анатомию человека на трупах. 3. Именно Э. Дженнер создал вакцину против оспы. 4. И. М. Сеченов включал в свои работы данные, которые он определил раньше. 5. Иваново известен как крупный текстильный центр России.

Немецкий язык

Выберите один верный ответ:

I. В данном предложении порядок слов:

In diesem Laboratorium macht man verschiedene Analysen.

1. прямой 2. обратный 3. смешанный 4. правильный

II. Сказуемое в предложении *Unsere Akademie hatte früher nur zwei Fakultäten.* переводится:

1. настоящим временем
2. прошедшим временем
3. будущим временем
4. предпрошедшим временем

III. Тип глагола в предложении *Alle Organismen bilden eine grosse Zahl der bedingten Reflexe aus:*

1. простой
2. с неотделяемой приставкой
3. с отделяемой приставкой
4. правильный

IV. По форме Partizip II глагол *gebildet* :

1. слабый
2. сильный
3. правильный
4. неправильный

V. На русский язык глагол с местоимением *man* переводится в предложении *Man stellte dem Patienten sofort die richtige Diagnose:*

1. первым лицом мн. числа
2. третьим лицом ед. числа
3. третьим лицом мн. числа
4. первым лицом ед. числа

VI. Правильный перевод предложения с модальным глаголом *Dieses Ziel kann man bei strenger Diät erreichen:*

1. Этой цели нельзя достичь строгой диетой.
2. Необходимо достичь цели строгой диетой
3. Этой цели можно достичь строгой диетой.
4. Нужно достичь этой цели строгой диетой.

VII. К подчёркнутому слову в предложении *In der Nacht hustete ich stark und nieste* подходит вопросительное слово:

1. wie
2. wann
3. welche
4. was

VIII. К подчеркнутому члену предложения *Den Körper des Menschen kann man durch Einen Schnitt in zwei Hälfte zerlegen* подходит вопросительное слово:

1. wodurch
2. durch was
3. was
4. welche

IX. Глагол с неотделяемой приставкой:

1. entsprechen
2. `einnehmen
3. gehen
4. zusammensetzen

Русский язык как иностранный

I . Дополните предложения, выбрав корректный вариант.

1. Воспаление толстой кишки ... колита.

- (А) дали название
- (Б) называют
- (В) имеет название
- (Г) называется

2. Раздражимость - черта... для всего живого.

- (А) характерна
- (Б) характерно
- (В) характерны
- (Г) характерная

3. Субстраты - вещества, с... взаимодействуют ферменты.

- (А) которыми
- (Б) чьими
- (В) теми
- (Г) какими

4. Процессы обмена веществ принято... на анаболические и катаболические.

- (А) разделять
- (Б) отделять
- (В) выделять
- (Г) наделять

II. Продолжите:

1. Реферат – это..

- А) краткое устное или письменное изложение содержания научной работы.
- Б) краткая характеристика содержания оригинала, целевого назначения издания;
- В) официальный письменный отзыв, содержащий критический обзор научного первоисточника, выводы о значимости работы и ее оценку, а также практические рекомендации.

2. Конструкция *статья рассчитана на широкий круг читателей* характерна для...

- А) реферата;
- Б) рецензии;
- В) аннотации.

3. Конструкция *в статье условно можно выделить 3 части* характерна для описания...

- А) темы;
- Б) композиции;
- В) перечня основных положений.

4. Конструкция *работа посвящена* характерна для описания ...

- А) темы;
- Б) композиции;
- В) перечня основных положений.

5. Выводы вводятся с помощью конструкции...

- А) автор приходит к мысли;
- Б) автор ставит вопросы;
- В) автор приходит к выводу.

2.5.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» выставляется, если обучающийся справился с 70% и более заданий.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»

Кафедра лучевой, функциональной и клинической лабораторной диагностики ИПО

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы для проведения
промежуточной аттестации по дисциплине
«Ультразвуковая диагностика неотложных состояний во врачебной
практике»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника – врач - психиатр
Направление подготовки (специальность): 31.08.20 Психиатрия Тип образовательной программы: программа ординатуры
Форма обучения: очная
Срок освоения образовательной программы: 2 года
Код дисциплины: ФД.2

Паспорт ОС по дисциплине

1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">– основы анатомии и физиологии человека, возрастные особенности;– клиническое значение других методов исследования в диагностике заболеваний;– организацию ультразвуковой диагностики;– топографическую анатомию человека применительно к специфике проводимых ультразвуковых исследований;– физические принципы ультразвукового метода исследования и механизмы биологического действия ультразвука;– особенности аппаратуры, используемой для проведения ультразвуковых исследований;– современные методы ультразвуковой диагностики;– методы контроля качества ультразвуковых исследований;– признаки неизменной ультразвуковой картины органов желудочно-кишечного тракта, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства.– ультразвуковые признаки патологических изменений при наиболее распространенных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, селезенки, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства;– признаки неизменной эхографической картины органов малого таза; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">– анализировать клиничко-лабораторные данные в свете целесообразности проведения ультразвукового исследования;– оценить достаточность предварительной информации для принятия решений;– оценить состояние здоровья и поставить предварительный диагноз.– определить показания и целесообразность к проведению ультразвукового исследования;– выбрать адекватные методики ультразвукового исследования;– соблюдать правила техники безопасности при работе с электронными приборами;– выбрать необходимый режим и трансдьюсер для ультразвукового исследования;– получить и задокументировать диагностическую	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none">1. тестовых заданий;2. ситуационных задач	<p>Зачет</p>

<p>информацию;</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить соответствующую подготовку больного к исследованию; – производить укладку больного; – на основании ультразвуковой семиотики выявить изменения в органах и системах; <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – интерпретацией результатов основных ультразвуковых методик: <ul style="list-style-type: none"> двухмерным ультразвуковым сканированием в режиме реального времени (в режимах развертки В и М); режимами цветовой и спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора; выполнением основных измерений в М-модальном и В-модальном режимах и режиме спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора; 		
--	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий.

2.1.1 Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине. Вариант тестовых заданий состоит из 10 вопросов.

Пример тестовых заданий:

01. Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:

- А. 15 кГц
- Б. 20000 Гц
- В. 1 МГц
- Г. 30 Гц
- Д. 20 Гц

02. Акустической переменной является:

- А. Частота
- Б. Давление
- В. Скорость
- Г. Период
- Д. Длина волны

03. Анатомически в печени выделяют:

- А. 6 сегментов
- Б. 8 сегментов
- В. 7 сегментов
- Г. 5 сегментов
- Д. 4 сегмента

04. У пациента с симптомами почечной колики не определяется ультразвуковых признаков дилатации верхних мочевых путей — это:

- А. Полностью исключает наличие конкременте
- Б. Не исключает наличия конкремента в мочеточнике
- В. Исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки
- Г. Не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике
- Д. Не исключает наличие мочекислового конкремента

05. Оптимальной позицией для оценки состояния ствола и ветвей легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является:

- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- Б. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты
- В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
- Г. Апикальная пятикамерная позиция
- Д. Апикальная двухкамерная позиция

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины. Тестовый контроль оценивается отметками «выполнено», «не выполнено».

Отметка «выполнено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 70%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «выполнено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются практические умения и навыки по дисциплину. Обучающемуся предлагается 1 ситуационная задача.

Пример ситуационной задачи:

Больной Т., 38 лет поступил в стационар экстренно с жалобами на сильные боли в области поясницы, болезненность при мочеиспускании.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. ЧД-20. ЧСС-87. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Больному выполнено ультразвуковое исследование почек.



Выполните задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Укажите возможные осложнения при данной патологии?
5. Опишите укладку больного и плоскости сканирования при ультразвуковом исследовании.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Выполнение заданий по клинической ситуации оценивается отметками «выполнено», «не выполнено».

Отметка «выполнено» на этапе выполнения заданий выставляется, когда обучающийся справился со всеми заданиями.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

Зачет проводится в два этапа: тестирование и решение ситуационной задачи. Для получения отметки «зачтено» по дисциплине обучающийся должен получить отметки «выполнено» за тестирование и выполнение заданий по ситуационной задаче.

Тестовые задания

Вариант № 1.

- 01.** Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:
- А. 15 кГц
 - Б. 20000 Гц
 - В. 1 МГц
 - Г. 30 Гц
 - Д. 20 Гц
- 02.** Акустической переменной является:
- А. Частота
 - Б. Давление
 - В. Скорость
 - Г. Период
 - Д. Длина волны
- 03.** Анатомически в печени выделяют:
- А. 6 сегментов
 - Б. 8 сегментов
 - В. 7 сегментов
 - Г. 5 сегментов
 - Д. 4 сегмента
- 04.** У пациента с симптомами почечной колики не определяется ультразвуковых признаков дилатации верхних мочевых путей — это:
- А. Полностью исключает наличие конкременте
 - Б. Не исключает наличия конкремента в мочеточнике
 - В. Исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки
 - Г. Не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике
 - Д. Не исключает наличие мочекислового конкремента
- 05.** Оптимальной позицией для оценки состояния ствола и ветвей легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является:
- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
 - Б. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты
 - В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
 - Г. Апикальная пятикамерная позиция
 - Д. Апикальная двухкамерная позиция
- 06.** О наличии аневризмы брюшной части аорты свидетельствует увеличение диаметра аорты свыше:
- А. 1,5 см.
 - Б. 2,0 см.
 - В. 2,5 см.
 - Г. 3,0 см.
- 07.** При тромбозе нижней полой вены компрессия её просвета датчиком приводит:
- А. К полному спадению стенок и исчезновению просвета.
 - Б. Размер просвета не изменяется.
 - Д. Правильно А и В.
- 08.** Карман Морисона для поиска свободной жидкости – это:
- А. Пространство между правой долей печени и правой почкой

- Б. Пространство между селезенкой и левой почкой
 - В. Полость перикарда
 - Г. Пространство между куполом диафрагмы и правым легким
- 09.** К эхографическим признакам тампонады сердца не относится:
- А. Диастолический коллапс стенки правого желудочка и/или стенки правого предсердия
 - Б. Дилатация нижней полой вены с отсутствием изменения диаметра нижней полой вены на вдохе или недостаточное ее коллабирование (уменьшение диаметра нижней полой вены менее чем на 50% при вдохе)
 - В. Усиление респираторных вариаций транстрикуспидального и трансмитрального потоков при доплеровском исследовании.
 - Г. Дилатация полости левого предсердия и левого желудочка
- 10.** В норме давление в легочной артерии:
- А. менее 15 мм.рт.ст.
 - Б. менее 30 мм.рт.ст.
 - В. менее 35 мм.рт.ст.
 - Г. менее 40 мм.рт.ст.

Вариант № 2.

- 01.** Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:
- А. 15 кГц
 - Б. 20000 Гц
 - В. 1 МГц
 - Г. 30 Гц
 - Д. 20 Гц
- 02.** Ультразвук отражается от границы сред, имеющих различия в:
- А. Плотности
 - Б. Акустическом сопротивлении
 - В. Скорости распространения ультразвука
 - Г. Упругости
 - Д. Скорости распространения ультразвука и упругости
- 03.** При разрыве селезенки как дополнительный эхографический признак может выявляться:
- А. Наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве
 - Б. Гиперэхогенность капсулы в области разрыва
 - В. Гипоэхогенность капсулы в области разрыва
 - Г. Дистальное усиление за зоной разрыва
 - Д. Дистальное ослабление за зоной разрыва
- 04.** Выявление взвешенных эхосигналов в асцитической жидкости может указывать на:
- А. Злокачественный процесс
 - Б. Воспалительный процесс
 - В. Доброкачественный процесс
 - Г. Верно А и Б
 - Д. Верно Б и В
- 05.** К важнейшим ультразвуковым признакам разрыва печени при тупой травме живота не относится:
- А. Локальное повреждение контура (капсулы) печени
 - Б. Гипо-/анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечеткими контурами
 - В. Наличие свободного газа в брюшной полости
 - Г. Наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости
 - Д. Верно А и Г
- 06.** По данным ультразвукового исследования определить локализацию конкремента (в чашке или лоханке):

- А. Нельзя
 - Б. Можно
 - В. Можно, если чашечка или лоханка заполнены жидкостью
 - Г. Можно только при наличии камней мочевиной кислоты
 - Д. Можно только при наличии камней щавелевой кислоты
- 07.** Можно выявить острый тромбоз почечной артерии при помощи:
- А. Ультразвукового исследования
 - Б. Компьютерной томографии
 - В. Допплерографии
 - Г. Внутривенной урографии
 - Д. Верно Б и Г
- 08.** Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании:
- А. В норме не визуализируется
 - Б. Эхографический признак аномалии развития матки
 - В. Эхографический признак аномалии развития яичников
 - Г. Может регистрироваться в перивульварную фазу менструального цикла
- 09.** Струю трикуспидальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции:
- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
 - Б. Апикальная четырехкамерная позиция
 - В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
 - Г. Апикальная двухкамерная позиция
- 10.** На участие окклюзирующего тромба сигнал кровотока:
- А. Отсутствует
 - Б. Регистрируется

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 01.

Больной Т., 38 лет поступил в стационар экстренно с жалобами на сильные боли в области поясницы, болезненность при мочеиспускании.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. ЧД-20. ЧСС-87. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Больному выполнено ультразвуковое исследование почек.



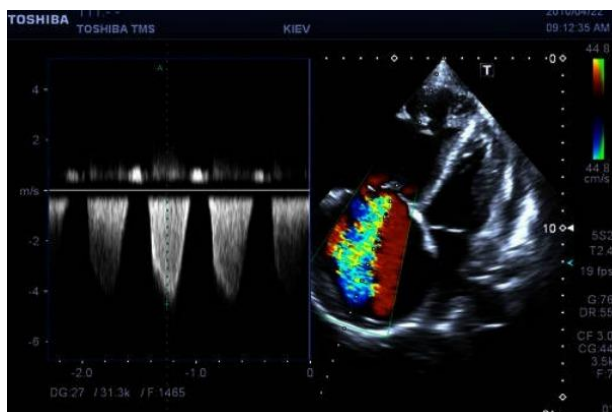
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Возможные осложнения при данной патологии?

Ситуационная задача № 02.

Больная Р., 65 лет поступила в стационар терапевтического профиля с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, слабость. Данные анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания.

Данные объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, варикозное расширение вен. Частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией.



Вопросы:

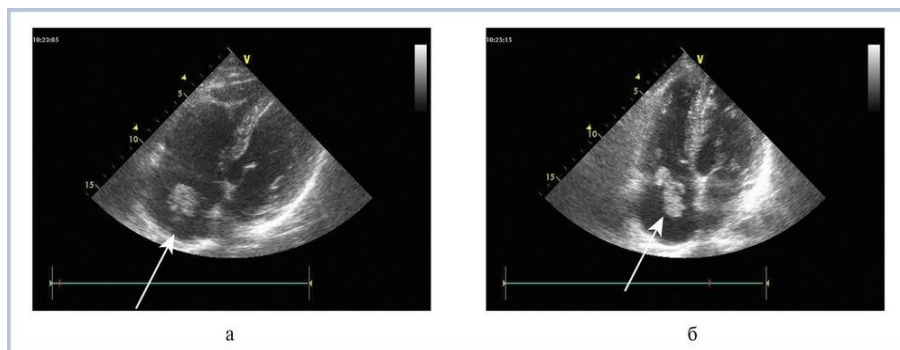
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ. Рассчитайте давление в легочной артерии.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

Ситуационная задача № 03.

Больная О., 70 лет поступила в кардиологический стационар с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, слабость.

Данные анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением. Длительное время наблюдалась у кардиолога с нарушением ритма.

Данные объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, варикозное расширение вен. Частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного исследования.

3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

Ситуационная задача № 04.

Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжёлое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120I. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

При УЗИ органов брюшной полости:

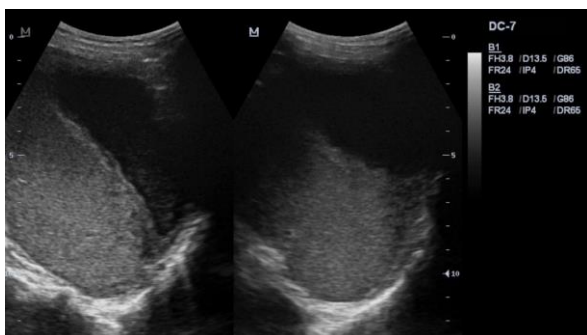


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие еще доступы необходимо использовать с целью поиска свободной жидкости?

Ситуационная задача № 05.

Больной К., 21 года поступил в больницу, через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в поясничную область слева). При поступлении состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, тошнота, рвота, язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах. Перистальтика выслушивается, газы отходят, стула не было. А/Д 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110 уд/мин.

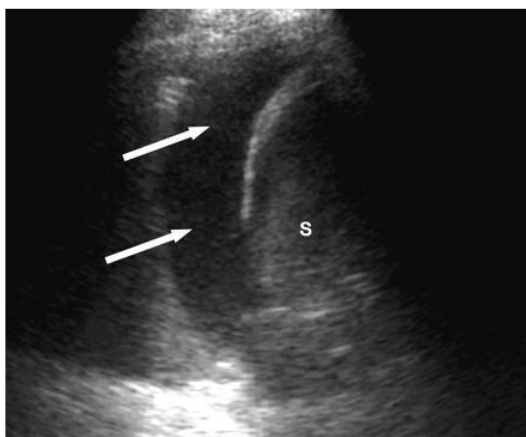


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Возможные осложнения при данной патологии?

Ситуационная задача № 06.

Юноша 17 лет, хорошего физического развития. Во время соревнований по велоспорту упал, после чего появились боли в левой половине грудной клетки. Доставлен в травм пункт. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. При пальпации болезненность левой половины грудной клетки.



Вопросы:

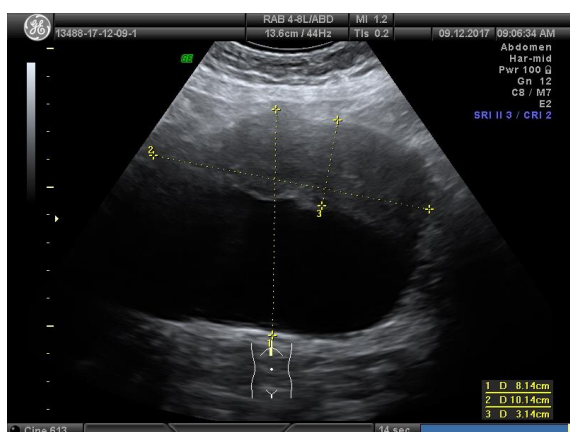
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 07.

Больной 68 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно слева. Больной страдает артериальной гипертонией, окклюзией артерий нижних конечностей и хронической коронарной недостаточностью, перенес инфаркт миокарда.

В течение двух последних месяцев беспокоили боли в животе, интенсивность боли постоянно нарастала, но к врачу не обращался. 1,5 часа назад внезапно возникли резкие боли в животе и в поясничной области. Боль локализовалась преимущественно слева. Одновременно значительно ухудшилось общее состояние. Боли сопровождались тошнотой, рвотой. Несколько позже появились дизурические явления.

При поступлении состояние больного тяжелое, лежит неподвижно. Сознание сохранено, стонет от боли, ножные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс частый и малый. АД 90/60 мм рт. ст. Живот несколько увеличен слева, передняя брюшная стенка участвует в дыхании, мягкая. В брюшной полости, больше слева, определяется плотное, болезненное, с нечеткими контурами образование. Над ним выслушивается систолический шум. Имеются умеренно выраженные признаки острой ишемии нижних конечностей.

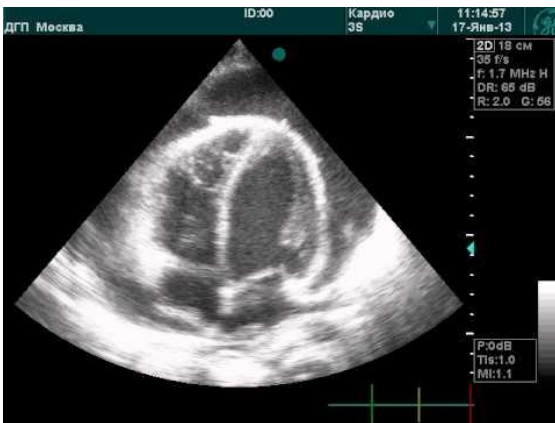


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 08.

Больная, 18 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительном физическом напряжении и в покое, чувство тяжести и давления за грудиной, сердцебиение, боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 38,5 °С, охриплость голоса, кашель. Из анамнеза известно, что около месяца назад перенесла ангину. Через 2 нед появились боли в коленных и голеностопных суставах, повысилась температура тела. Ухудшение самочувствия последние 5 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы, носящие нарастающий характер. Состояние больной тяжелое. Положение ортопноэ. Цианоз губ, шеи, пальцев рук. Набухание шейных вен. Покраснение, припухлость и ограничение подвижности в коленных и голеностопных суставах. На внутренней поверхности ног - кольцевидная эритема. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Грудная клетка конической формы. Число дыханий - 28 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается выбухание грудной клетки в области сердца, сглаженность межреберных промежутков. Границы относительной тупости сердца: правая - на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - на уровне второго ребра. Верхушечный толчок определяется в четвертом межреберье по передней подмышечной линии. При аускультации: тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, малого наполнения, ритмичный. АД - 80/50 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации определяется сигмовидная кишка, подвижная, безболезненная. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край ее закруглен, чувствителен при пальпации. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен. Селезенка не увеличена.



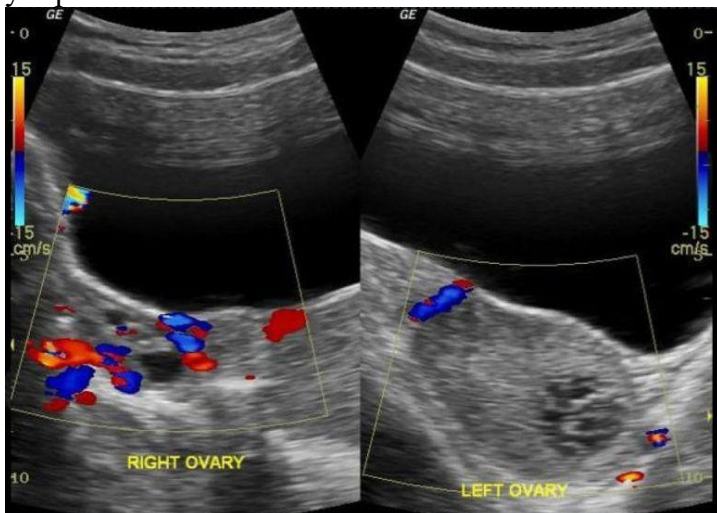
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

Ситуационная задача № 09.

Больная Л. 15 лет, доставлена в стационар машиной «СП» с диагнозом: подострый, двухсторонний сальпингоофорит и жалобами на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко,

утром в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитониальных симптомов нет. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа не увеличены, безболезненные. Слева придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Своды свободные, глубокие. Задний и левый боковой свод умеренно болезненные.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

Ситуационная задача № 10.

Больная С., 33 года, жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст., живот болезненный в нижних отделах живота, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

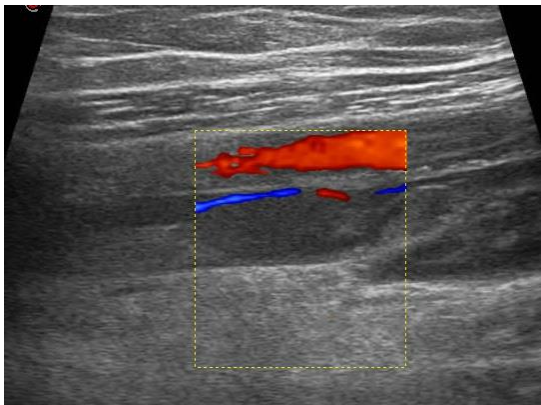


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Тактика дальнейшего ведения?

Ситуационная задача № 11.

Больная Т. 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5°C. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При осмотре конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность.



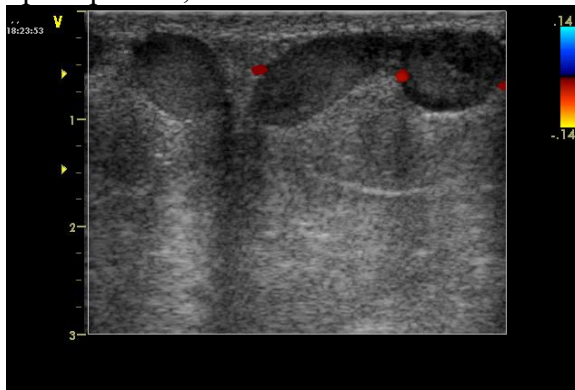
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

Ситуационная задача № 12.

Больной 46 лет в течение ряда лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 3 дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены на заднемедиальной поверхности голени. Болезненность постепенно нарастала. Стал испытывать затруднение при передвижении, температура поднялась до 37,8°C. При осмотре по ходу вены определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно.

Пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа в окружности несколько инфильтрирована, гиперемирована, болезненна. Отека на стопе и голени нет.

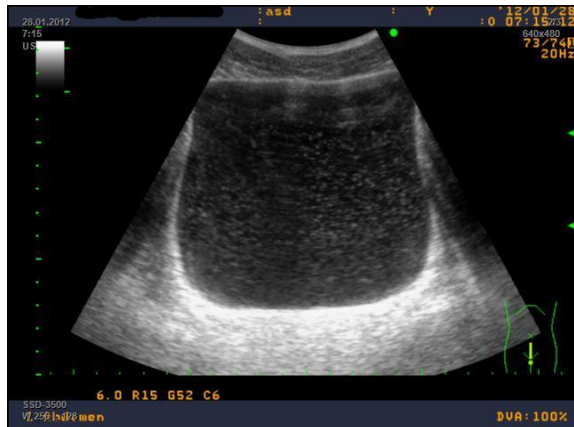


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больного?

Ситуационная задача № 13.

В послеоперационной палате находится пациент с диагнозом «ущемленная правосторонняя паховая грыжа». Больной жалуется на боли в области послеоперационной раны и внизу живота. При осмотре: температура 37,6°C, пульс 80 ударов в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 130/80 мм рт.ст. Пациент самостоятельно не мочится в течение четырех часов.



Вопросы:

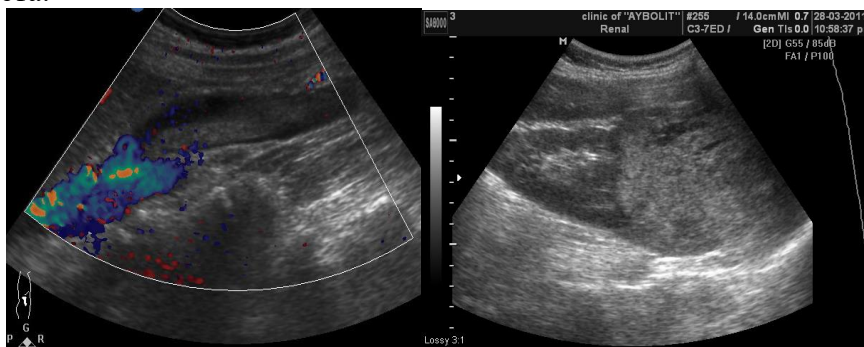
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 14.

Больной К., 68 лет поступил по СМП в урологическое отделение с жалобами на одышку, выраженную слабость, гематурию. Из анамнеза: жил в сельской местности, никогда ни на что не жаловался, к врачу не обращался, хронических заболеваний не имеет. За последние пол года похудел на 6 кг.

При смотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Пониженного питания. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Живот

безболезненный, в правой половине пальпируется плотное, бугристое объемное образование. С-ом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, моча темного цвета.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больного?

Ситуационная задача № 15.

В урологическое отделение поступила женщина, 33-х лет, с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 3-го поясничного позвонка слева определяется тень, подозрительная на конкремент, размерами 0,8 x 0,5 см.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?