

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.03.2025 12:06:30
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148780fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

«Утверждено»
на заседании кафедры
«29» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
д.мед.н., проф. В.А. Абрамов

Фонд оценочных средств по дисциплине

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Специальность

31.05.03 Стоматология

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения*	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию
	29.08.2024г. №1			

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Универсальные компетенции (УК)			
УК 1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.	УК-1.1.3. - знает методы критического анализа и оценки современных научных и практических достижений;	T1 УК-1.1.3. T2 УК-1.1.3.	C1 УК-1.1.3.
	УК-1.2.1. - умеет собирать и обобщать данные по актуальным проблемам, относящимся к профессиональной области;	T3 УК-1.2.1. T4 УК-1.2.1.	C2 УК-1.2.1.
	УК-1.3.2. - владеет навыком разработки стратегии достижения поставленной цели как последовательности шагов, предвидя результат каждого из них и оценивая их влияния на внешнее окружение планируемой деятельности и на взаимоотношения участников этой деятельности.	T5 УК-1.3.2. T6 УК-1.3.2.	C3 УК-1.3.2.
УК 6 Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни.	УК-6.1.1. - знает содержание процессов самоорганизации и самообразования, их особенности и технологии реализации, исходя из целей совершенствования профессиональной деятельности;	T7 УК-6.1.1. T8 УК-6.1.1.	C4 УК-6.1.1.
	УК-6.2.1. - умеет оценивать свои ресурсы и их пределы	T9 УК-6.2.1.	C5 УК-6.2.1.

	(личностные, ситуативные, временные) и оптимально использовать их;	T10 УК-6.2.1.	
	УК-6.3.3. - владеет навыком планирования профессиональной траектории с учетом особенностей как профессиональной, так и других видов деятельности и требований рынка труда.	T11 УК-6.3.3. T12 УК-6.3.3.	C6 УК-6.3.3.
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
ОПК 1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.	ОПК-1.1.1. - знает основы медицинской этики и деонтологии;	T13 ОПК-1.1.1. T14 ОПК-1.1.1.	C7 ОПК-1.1.1.
	ОПК-1.2.1. - умеет применять этические нормы и принципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей;	T15 ОПК-1.2.1. T16 ОПК-1.2.1.	C8 ОПК-1.2.1.
	ОПК-1.3.2. - владеет способами решения стандартных задач профессиональной деятельности на основе этических норм, деонтологических принципов и правовых основ при взаимодействии с коллегами и пациентами (их законными представителями).	T17 ОПК-1.3.2. T18 ОПК-1.3.2.	C9 ОПК-1.3.2.
ОПК-11. Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности.	ОПК-11.1.1. - знает основные понятия системы менеджмента качества медицинской организации;	T19 ОПК-11.1.1. T20 ОПК-11.1.1.	C10 ОПК-11.1.1.
	ОПК-11.1.2. - знает требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;	T21 ОПК-11.1.2. T22 ОПК-11.1.2.	C11 ОПК-11.1.2.
	ОПК-11.2.2. - умеет организовать работу и осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей	T23 ОПК-11.2.2. T24 ОПК-11.2.2.	C12 ОПК-11.2.2.

	находящегося в распоряжении медицинского персонала;		
	ОПК-11.3.1. - владеет навыком подготовки и применения научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения.	T25 ОПК-11.3.1. T26 ОПК-11.3.1.	C13 ОПК-11.3.1.
Профессиональных компетенций (ПК)			
ПК-1. Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза путем сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных и иных исследований с целью установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней.	ПК-1.2.1. - умеет интерпретировать результаты сбора жалоб и анамнеза, определять объем основных и дополнительных методов исследования, формулировать предварительный диагноз;	T27 ПК-1.2.1. T28 ПК-1.2.1.	C14 ПК-1.2.1.
	ПК-1.3.1. - владеет практическим опытом опроса и клинического осмотра пациентов, интерпретации данных клинических и дополнительных исследований.	T29 ПК-1.3.1. T30 ПК-1.3.1.	C15 ПК-1.3.1.

<p>ПК-4. Способен разрабатывать, реализовывать и контролировать эффективность индивидуальных реабилитационных программ.</p>	<p>ПК- 4.1.1. - знает медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях;</p>	<p>Т31 ПК-4.1.1. Т32 ПК-4.1.1.</p>	<p>С16 ПК-4.1.1.</p>
	<p>ПК-4.2.3. - умеет применять методы комплексной реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии;</p>	<p>Т33 ПК-4.2.3. Т34 ПК-4.2.3.</p>	<p>С17 ПК-4.2.3.</p>
	<p>ПК-4.3.2. - владеет практическим опытом наблюдения за ходом реабилитации пациента, оценки эффективности реабилитации.</p>	<p>Т35 ПК-4.3.2. Т36 ПК-4.3.2.</p>	<p>С18 ПК-4.3.2.</p>
<p>ПК-8. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала.</p>	<p>ПК-8.2.1. - умеет заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа и контролировать качество ее ведения, использовать в своей работе информационные системы в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет», использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну;</p>	<p>Т37 ПК-8.2.1. Т38 ПК-8.2.1.</p>	<p>С19 ПК-8.2.1.</p>
	<p>ПК-8.3.1. - владеет практическим опытом ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну, составления планов и отчетов.</p>	<p>Т39 ПК-8.3.1. Т40 ПК-8.3.1.</p>	<p>С20 ПК-8.3.1.</p>

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

Т1 УК-1.1.3. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА РАЗВИВАЕТСЯ НА ОСНОВЕ _____ ИССЛЕДОВАНИЙ

- А. *Эпидемиологических
- Б. Физиологических
- В. Патоморфологических
- Г. Психологических

Т2 УК 1.1.3. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ ПОМОЩЬ В РАЗВИТИИ ХАРАКТЕРА И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ, СПОСОБНОСТЕЙ, В ХОДЕ КОТОРОЙ СОЗДАЮТСЯ УСЛОВИЯ ДЛЯ САМОРАЗВИТИЯ И САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ ...

- А. *Воспитание
- Б. Образование
- В. Обучение
- Г. Развитие

Т3 УК 1.2.1. ДОСЛОВНАЯ ЗАПИСЬ ВЫСКАЗЫВАНИЙ, ВЫРАЖЕНИЙ АВТОРА, А ТАКЖЕ ПРИВЕДЕНИЕ В ТЕКСТЕ РАБОТЫ ФАКТИЧЕСКИХ И СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКАХ НАЗЫВАЕТСЯ ...

- А. Тезис
- Б. Выписка
- В. *Цитирование
- Г. Рецензирование

Т4 УК-1.2.1. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ МЗ РФ ПРЕДЛАГАЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ _____ МЕТОДЫ

- А. Бихевиоральные
- Б. *Когнитивно-поведенческие
- В. Экзистенциальные
- Г. Телесно-ориентированные

Т5 УК-1.3.2. МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО, ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕГО ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ, БЕЗ ЕГО СОГЛАСИЯ ДОПУСКАЕТСЯ ПО ...

- А. *решению суда
- Б. разрешению главного врача
- В. заключению врачебной комиссии
- Г. заключению консилиума врачей

T6 УК 1.3.2. С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ИСТОЧНИКОМ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЯВЛЯЕТСЯ ...

- А. Информация, изложенная в учебниках
- Б. Мнение ведущих клиницистов
- В. Накопленный собственный клинический опыт
- Г. *Результат клинических исследований

T7 УК-6.1.1. НЕСПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ УДЕРЖИВАТЬ ФОКУС ПРОИЗВОЛЬНОГО ВНИМАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- А. *Истощаемость
- Б. Тугоподвижность
- В. Неустойчивость
- Г. Сверхотвлекаемость

T8 УК-6.1.1. ПРИ ОБЩЕНИИ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ, ИЗЛОЖЕНИЕ ЖАЛОБ БОЛЬНЫМ ПРОИСХОДИТ В ФАЗЕ ...

- А. *Активного слушания
- Б. Корректировки
- В. Ориентации
- Г. Аргументации

T9 УК-6.2.1. ПСИХИАТР В РАМКАХ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТОМ ИСПОЛЬЗУЕТ СОБСТВЕННЫЕ ___ РЕСУРСЫ.

- А. ситуационные
- Б. *личностные
- В. экспозиционные
- Г. поведенческие

T10 УК-6.2.1. СПОСОБНОСТЬ СОЗНАТЕЛЬНО ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА СВОИ МЫСЛИ, ЭМОЦИИ И ПОВЕДЕНИЕ, ОЦЕНИВАТЬ ПРИНЯТЫЕ РЕШЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАЗЫВАЕТСЯ ...

- А. Жизнестойкость
- Б. Самоэффективность
- В. *Рефлексия
- Г. Самоконтроль

T11 УК-6.3.3. ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ТРЕБУЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ___ МЕТОДА.

- А. Персонального
- Б. Коммуникативного
- В. *Бригадного
- Г. Парного

T12 УК-6.3.3. КОММУНИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА КООРДИНАЦИЮ И ИНТЕГРАЦИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ И ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ НА ОДНИХ И ТЕХ ЖЕ УРОВНЯХ ИЕРАРХИИ, НАЗЫВАЮТСЯ ...

- А. Вертикальные
- Б. Нисходящие
- В. Восходящие
- Г. *Горизонтальные

T13 ОПК 1.1.1. ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ОТ ПАЦИЕНТА ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛУЧЕНО ...

- А. в устной форме
- Б. *в письменной форме
- В. в присутствии нотариуса
- Г. в присутствии родственников

T14 ОПК 1.1.1. РЕШЕНИЕ О ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ГРАЖДАН БЕЗ ИХ СОГЛАСИЯ ИЛИ БЕЗ СОГЛАСИЯ ИХ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРИНИМАЕТСЯ ...

- А. Дежурным врачом
- Б. Консилиумом врачей
- В. Лечащим врачом
- Г. *Судом

T15 ОПК 1.2.1. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛЬЮ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ», С ПОЗИЦИИ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ МОДЕЛЬ.

- А. «Инженерно-техническая»
- Б. «Патерналистская»
- В. «Договорная»
- Г. *«Кооперативная»

T16 ОПК-1.2.1. ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО РАСКРЫТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПАЦИЕНТЕ В СЛУЧАЕ ...

- А. *письменного согласия самого пациента
- Б. устного согласия самого пациента
- В. письменного требования родственников
- Г. если сохранение тайны не угрожает его жизни или здоровью

T17 ОПК-1.3.2. В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ПАЦИЕНТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ ВРАЧ ОБЯЗАН ...

- А. заставить пациента продолжить лечение
- Б. сообщить информацию коллегам
- В. *уважать его решение и документировать отказ
- Г. сообщить информацию страховой компании

T18 ОПК-1.3.2. ЕСЛИ БОЛЬНОЙ В ЯСНОМ СОЗНАНИИ, АДЕКВАТЕН И ДЕЕСПОСОБЕН, ПЕРЕД РАЗГОВОРОМ С ЕГО РОДСТВЕННИКАМИ ВРАЧ ОБЯЗАН ПОЛУЧИТЬ ...

- А. согласие больного
- Б. профессиональные рекомендации
- В. *полную меддокументацию
- Г. юридическую консультацию

T19 ОПК-11.1.1. ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ...

- А. Министерство здравоохранения
- Б. *руководитель медицинской организации
- В. заведующий отделением
- Г. старшая медицинская сестра

T20 ОПК-11.1.1. К ФУНКЦИИ МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ МОЖНО ОТНЕСТИ ...

- А. Измерение
- Б. *Планирование
- В. Результативность
- Г. Структурирование

T21 ОПК-11.1.2. ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ ВЫПОЛНИЛ ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ НОРМАТИВЫ ОН ОБЫЧНО ДОЛЖЕН ПРИНЯТЬ В СМЕНУ ___ ПАЦИЕНТОВ.

- А. 1-5
- Б. 5-8
- В. *8-12
- Г. 13-16

T22 ОПК-11.1.2. ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕНЕДЖЕРЫ ДОЛЖНЫ ОБЛАДАТЬ НАВЫКАМИ ...

- А. *Компетентности
- Б. Стандартизации
- В. Формализма
- Г. Однозначности

T23 ОПК-11.2.2. ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ КОНТРОЛЯ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕМ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ СТИЛЬ ЛИДЕРСТВА В МЕНЕДЖМЕНТЕ.

- А. *авторитарный
- Б. коллегиальный
- В. либеральный
- Г. демократический

T24 ОПК-11.2.2. МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК МОЖЕТ ЗАЩИТИТЬ СВОИ ПРАВА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ С ПОМОЩЬЮ ...

- А. Клинических рекомендаций
- Б. *Должностной инструкции
- В. Профессиональных стандартов
- Г. Медицинской карты

T25 ОПК-11.3.1. СРОК ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВЫХ И ЦЕЛЕВЫХ ПРОВЕРОК ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ РУКОВОДИТЕЛЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ ___ РАБОЧИХ ДНЕЙ.

- А. 2
- Б. 5
- В. *10
- Г. 14

T26 ОПК-11.3.1. НЕПОСРЕДСТВЕННО ОТВЕЧАЕТ ЗА ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ...

- А. Заведующий отделением
- Б. *Главный врач
- В. Главная медсестра
- Г. Врач отделения

T27 ПК-1.2.1. ПАЦИЕНТУ С ПУЛЬПИТОМ, КОТОРЫЙ ИСПЫТЫВАЕТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТРАХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР, МОЖНО ВЫСТАВИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ...

- А. агорафобия
- Б. социальные фобии
- В. *специфические фобии
- Г. паническое расстройство

T28 ПК-1.2.1. НАЛИЧИЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ СИМПТОМОВ ГИПЕСТЕЗИЯ, БРАДИФРЕНИИ, ГИПОТИМИИ ВЕРОЯТНО УКАЗЫВАЮТ НА ДИАГНОЗ ...

- А. Неврастении
- Б. Циклотимии
- В. *Депрессии
- Г. Шизофрении

T29 ПК-1.3.1. ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ ЗАПОДОЗРИЛ У ПАЦИЕНТА ДЕПРЕССИВНУЮ СИМПТОМАТИКУ, ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕГО РЕКОМЕНДОВАЛ ПРОЙТИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКУЮ МЕТОДИКУ ...

- А. *В. Зунга
- Б. В.В. Бойко
- В. Г. Шмишека, К. Леонгарда

Г. Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина

Т30 ПК-1.3.1. ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗЫВАЕТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ ...

- А. Монофазных волн
- Б. *Гиперсинхронного бета-ритма
- В. Депрессии бета-ритма
- Г. Высокого тета-ритма

Т31 ПК-4.1.1. ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ЛИЧНОСТИ В СИТУАЦИЯХ СТРЕССОВОГО НАПРЯЖЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО ...

- А. гештальт-терапия
- Б. *аутогенная тренировка
- В. психодинамическая психотерапия
- Г. когнитивно-поведенческая терапия

Т32 ПК-4.1.1. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ ...

- А. Медикаментозное лечение
- Б. Электросудорожную терапию
- В. Когнитивный тренинг
- Г. *Нагрузочную эрготерапию

Т33 ПК-4.2.3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАНИЧЕСКИХ АТАК В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, ПРОВОДИМАЯ ПУТЕМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ, НАЗЫВАЕТСЯ...

- А. *Медицинская
- Б. Физическая
- В. Социальная
- Г. Психологическая

Т34 ПК-4.2.3. БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВЫПОЛНЯЮТ МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ...

- А. Стационара общей больницы
- Б. *Психоневрологического диспансера
- В. Стационара психиатрической больницы
- Г. Специализированного санатория

Т35 ПК-4.3.2. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ

- А. В. Зунга
- Б. А.Т. Бека
- В. *В.В. Бойко
- Г. Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина

Т36 ПК-4.3.2. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАМКАХ ДОЛГОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ИЗМЕНЕНИЯМ В СФЕРЕ ...

- А. Эмоций
- Б. *Бессознательных конфликтов
- В. Ощущений
- Г. Внимания

Т37 ПК-8.2.1. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ГРАЖДАН ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ (НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ) ПОМОЩЬЮ ЗАВОДИТСЯ КАРТА УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № _____

- А. 100/у-03
- Б. 105/у-03
- В. *030-1/у-02
- Г. 066-1/у-02

Т38 ПК-8.2.1. В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (УЧЕТНАЯ ФОРМА № 025/У) ОТДЕЛЬНО УКАЗЫВАЮТСЯ ДАННЫЕ О ...

- А. *Группе здоровья
- Б. Вакцинациях
- В. Дегельминтизации
- Г. Иммунопрофилактике

Т39 ПК – 8.3.1. ФУНКЦИИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ...

- А. Страховая компания
- Б. *Росздравнадзор
- В. Медицинская организация
- Г. Орган управления здравоохранения

Т20 ПК-8.3.1. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗУБНЫМ ВРАЧОМ СОСТАВЛЯЕТ ___ ДНЕЙ.

- А. 5
- Б. 7
- В. *10
- Г. 15

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

С1 УК-1.1.3. Больная Д. 48 лет, официально не работает. Больна на протяжении 16 лет. Поступает впервые в данном году по настоянию матери, которая заметила, что дочь стала активной, деятельной, начала ремонт в квартире, однако не закончила его и стала

заниматься сетевым бизнесом, получила несколько заказов, взяла за них деньги и бросила эту работу. Сама женщина больной себя не считает, уверена в хорошем самочувствии, жалоб не предъявляет. Подобные состояния наблюдались в прошлом несколько раз. Первый раз находилась на стационарном лечении в психиатрической больнице с жалобами на снижение настроения, апатию, нежелание общаться с людьми, отсутствие сил, нарушение сна. После этого госпитализации неоднократно повторялись с частотой 2-3 раза в год. В связи со стойкой социально-трудовой дезадаптацией признана инвалидом 2 гр. Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Отца нет, воспитывалась матерью. Школу закончила с хорошими оценками. Получила высшее экономическое образование, работала главным бухгалтером до начала болезни. Не замужем, есть двое детей.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Жалоб, адекватных своему состоянию, не предъявляет. В беседе с врачом дистанцию не соблюдает, многоречива, говорит громким голосом, в быстром темпе. Фон настроения повышен. Охотно рассказывает о себе, сбивается с мыслей, перескакивает с темы на тему. Мышление ускорено, непоследовательно. Внимание легко привлекается, неустойчиво. Обещает доктору после выписки подарить дорогие часы «в знак уважения». Критика к своему состоянию отсутствует.

Вопросы:

1. Определите лечебную тактику.
2. Определите реабилитационную тактику.

Эталоны ответов:

1. Госпитализация. Терапия трехэтапная: купирующая, поддерживающая и противорецидивная. В данном случае на начальном этапе терапии маниакального состояния показана монотерапия одним из нормотимических препаратов (карбонат лития, не забывая о контроле за концентрацией лития в плазме крови, или вальпроат натрия), также допустима монотерапия антипсихотиками второго поколения.
2. Профилактическая терапия для предотвращения рецидивов заключается в назначении нормотимического средства и подбора адекватной дозы, учитывая соматоневрологический статус пациента и возможных побочных эффектов препаратов и противопоказаний к их назначению. При этом необходимо помнить о психосоциальной поддержке, психообразовании и психотерапии (сочетание адекватной фармакотерапии с длительной когнитивно-поведенческой психотерапией).

С2 УК-1.2.1. Больная Д. 48 лет, официально не работает. Больна на протяжении 16 лет. Поступает впервые в данном году по настоянию матери, которая заметила, что дочь стала активной, деятельной, начала ремонт в квартире, однако не закончила его и стала заниматься сетевым бизнесом, получила несколько заказов, взяла за них деньги и бросила эту работу. Сама женщина больной себя не считает, уверена в хорошем самочувствии, жалоб не предъявляет. Подобные состояния наблюдались в прошлом несколько раз. Первый раз находилась на стационарном лечении в психиатрической больнице с жалобами на снижение настроения, апатию, нежелание общаться с людьми, отсутствие сил, нарушение сна. После этого госпитализации неоднократно повторялись с частотой 2-3 раза в год. В связи со стойкой социально-трудовой дезадаптацией признана инвалидом 2 гр.

Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Отца нет, воспитывалась матерью. Школу закончила с хорошими оценками. Получила высшее экономическое образование, работала главным бухгалтером до начала болезни. Не замужем, есть двое детей.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Жалоб, адекватных своему состоянию, не предъявляет. В беседе с врачом дистанцию не соблюдает, многоречива, говорит громким голосом, в быстром темпе. Фон настроения повышен. Охотно рассказывает о себе, сбивается с мыслей, перескакивает с темы на тему. Мышление ускорено, непоследовательно. Внимание легко привлекается, неустойчиво. Обещает доктору после выписки подарить дорогие часы «в знак уважения». Критика к своему состоянию отсутствует.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с другими вероятными расстройствами.

Эталоны ответов:

1. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.
2. Шизоаффективное расстройство - нет психотических симптомов, органическое маниакальное расстройство – нет данных о наличии органических заболеваний головного мозга, мания – согласно анамнезу, подобное состояние у больной развивается не впервые и чередуется с депрессивной симптоматикой.

С3 УК-1.3.2. Больная Т. 32 лет, учитель русского языка. Поступает на стационарное лечение повторно с жалобами на плохое настроение, «душа болит», отсутствие ощущений, потерю способности испытывать эмоции, что очень тяготит, нарушение сна. Впервые состояние изменилось около года назад, внезапно появилось повышенное настроение, стала активной, деятельной, перестала спать ночью, совершала нелепые поступки. Мать, обеспокоенная её состоянием, привела на консультацию в центр аффективной патологии, где был выставлен диагноз: Мания без психотических симптомов и предложено стационарное лечение.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Внешне напряжена, выражение лица печальное, фон настроения снижен. Предъявляет вышеизложенные жалобы. Большую часть времени лежит в кровати. Отмечает, что нет желания что-либо делать, с кем-либо общаться. На вопросы отвечает тихим голосом, после паузы. Эмоционально лабильна, плаксива. Мышление в несколько замедленном темпе, последовательное. Говорит, что ей «очень плохо, как будто умираю». Фиксирована на своём состоянии. Высказывает суицидальные мысли. Критика к своему состоянию сохранена.

Вопросы:

1. Определите лечебно-реабилитационную тактику.
2. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Госпитализация. В данном случае на начальном этапе терапией первого выбора депрессии при биполярном аффективном расстройстве является монотерапия одним из препаратов (кветиапин, ламотриджин). При неэффективности – возможно использование комбинированной терапии нормотимиком и антидепрессантом (СИОЗС). На фоне фармакотерапии рекомендуется проведение сеансов когнитивно-поведенческой терапии. Профилактическая терапия для предотвращения рецидивов заключается в назначении нормотимического средства и подбора адекватной дозы, учитывая соматоневрологический статус пациента и возможных побочных эффектов препаратов и противопоказаний к их назначению.

2. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга, шкала Гамильтона для оценки депрессии, Колумбийская шкала суицидального риска, ММРІ.

С4 УК-6.1.1. Пациентка – воспитатель в детском саду, 30 лет. После вторых родов (23 года) стали отмечаться колебания настроения длительностью до 1-2 недель. За 2 недели до госпитализации в плохом самочувствии и с пониженным настроением ушла в отпуск, но состояние не улучшилось. На работе сотрудники, после ее выхода, сразу обратили внимание на необычное поведение больной: без видимых причин начинала плакать, тут же переходила к смеху. Жаловалась, что не спит ночами. В таком состоянии была доставлена для госпитализации в психиатрическую больницу. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В преморбиде – тихая, спокойная, круг интересов ограничивался домашним хозяйством. Живет с мужем и двумя сыновьями. Неотложное состояние. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами.

Вопросы:

1. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.
2. В соответствии с каким законом переводят пациента в недобровольном порядке в психиатрический стационар для продолжения лечения?

Эталоны ответов:

1. При тяжелом истощении (особенно при развитии осложнений) – госпитализация в реанимационное отделение или ПСО, обследование и налаживание парентерального питания: - провести биохимический и клинический анализ крови (уровень глюкозы и электролитов, гематокрит, общий белок) – важно для адекватного лечения так как гипогликемия может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»). За пациентом следует обеспечить постоянное наблюдение в связи с высоким риском самовольного прекращения введения лекарственных средств.

2. В соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. №29, пункты «а» и «в»). Выписка «на руки» родственникам без консультации психиатра недопустима.

С5 УК-6.2.1. Пациентка – воспитатель в детском саду, 30 лет. После вторых родов (23 года) стали отмечаться колебания настроения длительностью до 1-2 недель, обвиняла родственников мужа в плохом к себе отношении, ссорилась с напарницей по работе в

детском саду, заявляя, что она делает все ей назло. За 2 недели до настоящей госпитализации в плохом самочувствии и с пониженным настроением ушла в отпуск, но состояние не улучшилось. Жаловалась, что не спит ночами. В день госпитализации на работе была взбудораженной, без видимых причин начинала плакать, тут же переходила к смеху. Среди сотрудниц узнавала родственников и знакомых «из детства». В это время взгляд был мутный и отрешенный, вдруг начинала рыдать. В таком состоянии была доставлена для госпитализации в психиатрическую больницу.

Состояние при осмотре. Возбуждена, в окружающих узнает родственников и знакомых. Фон настроения неустойчивый: то плачет, то смеется. Понимает, что находится в больнице, но больных считает специально собранными людьми, которых она должна узнавать. По ее словам, окружающие своими разговорами, мимикой и жестами изображают различные события из ее прошлой жизни, намекая на ее ошибки, тем самым воспитывая ее. Во время беседы удалось выяснить, что за две недели перед госпитализацией стали возникать наплывы мыслей. К своему состоянию критика формальная («от переутомления случилась депрессия»).

Вопросы:

1. Определите лечебно-реабилитационную тактику.
2. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Госпитализация. Рекомендуется психофармакологическое лечение с целью купирования симптомов шизофрении. Препаратами первого выбора могут быть антипсихотические препараты первого поколения (например, галоперидол) и антипсихотические препараты второго поколения (например, кветиапин). Также необходимы психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, психообразование и психотерапия (например, КПТ).

3. ММРІ, метод пиктограмма, классификация предметов, сравнение понятий, шкала оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS), шкалы Калгари для оценки депрессии при шизофрении.

С6 УК-6.3.3. Больная И. 56 лет, преподаватель французского языка. Предъявляет жалобы на страх заболеть онкологическим заболеванием, периодически возникающие тревожные опасения по поводу своего здоровья. Постоянно обследуется у врачей разных специальностей. Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Помнит себя с 3-х летнего возраста, когда, робкая, застенчивая, «не любила, боялась находиться в яслях», хотелось играть дома. Считала себя очень застенчивой, особенно стеснялась, когда появились вторичные половые признаки (11 лет). В 17 лет, после смерти отца впервые почувствовала головные боли, сопровождающиеся тревожными опасениями за свое здоровье (опасалась заболеть лейкозом, узнав от кого-то об этой болезни). Обратилась с этими тревогами к неврологу, который поставил ей диагноз: «Вегето-сосудистая дистония». Вышла замуж в 21 г. Во время беременности (22 года) испытывала страхи о том, что ее ребенок будет «ненормальным» по причине ее «ненормальности». В 27 лет, в конце второй беременности, тревожась, что ей уже много лет, отмечала у себя

страхи, доходящие до ужаса, с головной болью, за свое здоровье и здоровье ребенка. После окончания института ее пригласили работать на должность синхронного переводчика в серьезное учреждение. Пройдя все собеседования успешно, отказалась проходить медицинское обследование (из-за страха, что при обследовании выявят какое-либо серьезное соматическое заболевание). Таким образом, отказалась от высокооплачиваемой должности, устроилась в школу учителем. Проработав учителем 3 года, уволилась из-за «трудных» для нее отношений в коллективе. Трудности выражались во внутреннем беспокойстве при общении с коллегами.

Психодиагностика. Методика самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина (РТ=55 баллов, ЛТ=45 баллов). По опроснику К. Леонгарда – Г. Шмишека выведен профиль личностной акцентуации: демонстративный – 8, застревающий – 19, педантичный – 15, возбудимый – 8, гипертимический – 10, дистимический – 7, тревожный – 21, циклотимный – 9, экзальтированный – 8, эмотивный – 11.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проанализируйте полученные результаты психологического обследования.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Тревожное расстройство личности.
2. Выявлена высокая личностная и реактивная тревожность. Определяются следующие типы акцентуаций: тревожный и застревающий, также наблюдается тенденция к педантичному типу акцентуации.
3. ММРІ, цветовой тест Люшера, шкала тревоги Бека, личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора.

С7 ОПК-1.1.1. Больной В. 58 лет, пенсионер. Поступает на стац.лечение впервые в данном году, повторно в жизни. На прием пришел в сопровождении жены, обеспокоенной ухудшением его состояния, стал забывчивым, высказывает идеи собственной значимости. Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Работал на шахте, травм не было. Вышел на пенсию по возрасту. Последние 5 лет состоит на учете у терапевта по поводу гипертонической болезни 2ст, 1,5 года назад перенес геморрагический инсульт. Впервые состояние изменилось через несколько месяцев после перенесенного инсульта, когда внезапно стал деятельным, занял у знакомых крупную сумму денег, решил заниматься пчеловодством. Ездил на территорию РФ, на границе говорил «скоро мы часто с вами видеться будем, я стану перевозчиком, начну деньги зарабатывать». Предлагал подвозить пассажиров, ехал неаккуратно, проезжал на красный свет светофора, превышал скорость, говорил «я круче чем Шумахер».

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентирован в месте, времени и собственной личности правильно. Неопрятен. Наблюдается психомоторное возбуждение. Фон настроения повышен, раздражителен. На вопросы отвечает, но перескакивает с темы на тему. Сообщает, что скоро станет главой Республики. Мышление в ускоренном темпе.

Память на текущие и отдаленные события нарушена. Повышена отвлекаемость. Критика к своему состоянию отсутствует.

Неотложное состояние. В отделении у больного развилось психомоторное возбуждение.

Вопросы:

1. Ваши действия в ситуации неотложной немедикаментозной помощи.
2. Ваши действия в ситуации неотложной медикаментозной помощи.

Эталоны ответов:

1. Физическое удержание больного – проводится силами медицинского персонала максимально бережно с учетом морально-этических норм, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников, категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации, допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.);
2. Перед применением транквилизаторов врач обязан исключить состояния, при которых транквилизаторы противопоказаны. Внутривенное введение транквилизаторов не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и высокого риска остановки дыхания. Высокие дозы препаратов нередко приводят к развитию глубокого выключения сознания. В связи с этим предпочтительно введение небольших доз транквилизаторов, которое, при необходимости, всегда можно повторить.

С8 ОПК-1.2.1 Больная Т. 32 лет, учитель русского языка. Поступает на стационарное лечение повторно с жалобами на плохое настроение, «душа болит», отсутствие ощущений, потерю способности испытывать эмоции, что очень тяготит, нарушение сна. Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Впервые состояние изменилось около года назад, внезапно появилось повышенное настроение, стала активной, деятельной, перестала спать ночью, совершала нелепые поступки. Мать, обеспокоенная её состоянием, привела на консультацию в центр аффективной патологии, где был выставлен диагноз: Мания без психотических симптомов и предложено стационарное лечение.

Неотложное состояние. Суицидальное поведение, суицидальная попытка.

Вопросы:

1. Каким категориям больных проводятся urgentные терапевтические мероприятия?
2. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.

Эталоны ответов:

1. Urgentные терапевтические мероприятия проводятся 3 категориям больных: - после совершенной суицидальной попытки, - депрессивные больные с суицидальным поведением, - пациенты с маниакальным, смешанным состоянием или ремиссией БАР и высоким риском суицида;

2. Больные после совершенной суицидальной попытки требуют тщательного обследования, мониторингования жизненно важных функций и скрининга лекарственных препаратов в моче. Незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки! Если соматическое состояние суицидента не представляет опасности, он подлежит госпитализации в психиатрическую больницу.

С9 ОПК-1.3.2 Пациентка – дизайнер, 25 лет. Состояние изменилось за 7 месяцев до госпитализации, когда поняла, что «жила неправильно», ее «использовал прошлый партнер». Отмечает, что в тот период были «голоса, которые подсказывали, как найти себя». Бездумно тратила деньги, снизилась потребность во сне, стала меньше кушать, появилось ощущение «что все может» и «все успеет». В дальнейшем осознала, что друзья и родственники приготовили для нее «розыгрыш, подставу», решив подыграть которой больная оказалась в отделении полиции в связи с нарушением комендантского часа, откуда, по настоянию родственников, и была госпитализирована в психиатрическую больницу.

Состояние при осмотре. Контакт доступен, ориентирована правильно. В беседе с врачом дистанцию не соблюдает, пытается командовать окружающими. Активна, многоречива, жестикулирует. Не отрицает факт наличия людей, которые могут видеть или слышать то, что другим недоступно. Мышление непоследовательное, паралогичное. Высказывает нестойкие несистематизированные бредовые идеи. В беседе отмечаются соскальзывания, в суждениях символична. Эмоционально амбивалентна по отношению к отцу и матери. Настроение приподнятое, без суточных колебаний. Критика к своему состоянию формальная.

Психодиагностика. Методика «исключение предметов»: больная предлагает сразу несколько вариантов решения, не может выбрать из них наиболее правильный. Например, предлагается карточка с изображением пилы, топора, коловорота и шурупа. Исключению в данном случае подлежит шуруп, т.к. все остальные предметы – орудия труда. Больная исключает пилу, т.к. «остальные предметы, которыми может пользоваться только один человек, а пилой обязательно два», или «потому что пила – это режущий инструмент, а остальные предметы входят в поверхность». Предлагает также исключить топор, т.к. «остальные предметы, которыми совершают длительные, постепенные, непрерывные операции, а топором можно совершить только одноразовое действие».

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проанализируйте полученные результаты психодиагностического обследования.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип.
2. Наблюдаются особенности мышления в виде нарушения уровня обобщения: разноплановость и искажение уровня обобщения (опора на латентный признак при

исключении). Искажение процесса обобщения считается одним из характерных признаков шизофренического мышления. Разноплановость свидетельствует о полном разладе в системе обобщений пациента, он как бы мыслит одновременно на разных уровнях.

3. ММРІ, метод пиктограмма, классификация предметов, сравнение понятий, шкала оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS), оценочная шкала маний Янга, шкалы Калгари для оценки депрессии при шизофрении.

С10 ОПК-11.1.1. Пациент – безработный, 50 лет. Связывает начало своей болезни с депрессивным состоянием в 2006 году из-за сложной семейной ситуации. Неоднократно госпитализировался в ПБ в связи с эпизодами маниакального состояния. Перед последней госпитализацией снизилась потребность во сне (со слов пациента, не спал неделю), по ночам ходил в районе своего дома и «помогал пьяницам дойти до дома, готов был всем помочь». Рос и воспитывался в полной семье. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В школе и техникуме учился удовлетворительно, служил в армии. Работал слесарем, часто менял место работы. Разведен, детей нет.

Состояние при осмотре. Сознание ясное, продуктивному контакту доступен, ориентирован всесторонне правильно. Несколько демонстративен. В беседе с врачом не всегда соблюдает дистанцию, доброжелателен. Мимика живая, улыбчив. Настроение повышено, без суточных колебаний. Подвижен, во время беседы активно жестикулирует. Ответы на вопросы – в контексте заданного. Уровень интеллекта соответствует возрасту и полученному образованию. Темп речи ускорен, в беседе отвлекаем. Правильно указывает переносный смысл поговорок. Бредовых идей не обнаруживает. Обманы восприятия отрицает. Грубых мнестических нарушений не отмечает. В отделении: ночной сон – с пробуждениями, во время которых стремится к активной деятельности, днем чрезмерно активен, общителен, помогает медицинскому персоналу, иногда – назойлив с предложением своей помощи, поведение поддается коррекции. Активно планы на будущее не строит. Критика к своему текущему состоянию неполная.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения.

Эталоны ответов:

1. Сниженная потребность во сне, гипертимия, гипербулия, тахифрения, неустойчивость (отвлекаемость) внимания.
2. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.
3. HCL-32. Жизненный тонус, активность и настроение, шкала мании Янга, ММРІ.

С11 ОПК-11.1.2. Больной Г. 19 лет, не работает. Прибыл самостоятельно в сопровождении матери впервые в жизни в связи с ухудшением психического состояния. Предъявляет жалобы на периодические вспышки агрессии, эмоциональную неустойчивость. Трудовыми навыками не владеет. В школьных характеристиках указывалось, что «часто ругается с одноклассниками, субординации со взрослыми не

придерживается, мешает на уроках, на замечания реагирует болезненно, обижается, нарушает дисциплину, может провоцировать конфликтные ситуации».

Состояние при осмотре. Доступен контакту. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Раздражителен. Неусидчив. Говорит, что может вспылить по любому, даже незначительному поводу, периодически «возникает желание убивать». Эмоционально неустойчив. Инфантилен. Внимание привлекается легко, но быстро отвлекается от темы разговора. Общий уровень знаний и представлений снижен. Суждения поверхностные, незрелые. Снижен уровень обобщения. Конкретно передаёт переносный смысл пословиц, поговорок. Испытывает трудности при выполнении задания на исключение лишнего предмета. Мышление конкретное. Обманы восприятия не обнаружены. IQ-67. Критика к состоянию формальная.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Эмоциональная неустойчивость, дисфория, раздражительность, снижение интеллекта, рассеянность внимания, уменьшение объема внимания, конкретность мышления, темп мыслительных процессов замедлен, гипомнезия, нарушения воли.
2. Легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения.
3. Методика исследования интеллекта Векслера, таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона, запоминание 10 слов.

С12 ОПК-11.2.2. Больная С. 47 лет, не работает. Болеет на протяжении 12 лет. Первый раз находилась на стационарном лечении в психиатрической больнице с жалобами на «путаницу» в голове, считала, что окружающие её люди замышляют недоброе, хотят отравить. После лечения состояние нормализовалось, но стала значительно менее активной, не смогла работать. Принимала поддерживающую терапию нерегулярно. Неоднократно находилась на лечении в психиатрическом стационаре. После лечения больная оставалась бездеятельной, безучастной, равнодушной, эмоционально холодной. Психопатологическая симптоматика не исчезала полностью даже на фоне лечения. Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Родственники характеризуют пациентку как общительную, дружелюбную, всегда готовую прийти на помощь в прошлом; в последнее время всё более отстраненную, замкнутую. Настоящее ухудшение состояния в течение недели, когда стала слышать «голоса» в голове, ощущала воздействие «лазера» на своё тело и голову, появилось ощущение, что кто-то управляет ее телом.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Предъявляет вышеизложенные жалобы. Мышление в обычном темпе. На вопросы отвечает не всегда по существу, перескакивает во время рассказа на другие темы, неспособна сформулировать одну мысль. Заявляет, что «должна

находиться в 4 палате, поскольку четвёрка – символ власти». На вопрос о самочувствии отвечает, что её «ничего не беспокоит, и вообще, сегодня вторник, поэтому через 2 дня будет болеть голова». Критика к своему состоянию формальная.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Ментизм (идеаторный психический автоматизм), бредовые идеи отравления, абулия, апатия, эмоциональная холодность, слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи воздействия, моторный психический автоматизм, разорванность мышления, символическое и паралогическое мышление.
2. Синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо).
3. Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, синдром Кандинского-Клерамбо.

С13 ОПК-11.3.1 Больной В. 20 лет, студент техникума. Поступает на стационарное лечение повторно в данном году по настоянию матери в связи с ухудшением состояния и «вдыханием газа». Впервые дышал газом из освежителей воздуха в 11 классе. Вскоре перешел на газ для зажигалок. В прошлом году приобрел канистру бензина, поставил её у себя в комнате, вдыхает пары бензина. За это время увеличилась частота и кратность употребления. Стал раздражительным, деньги, выданные на карманные расходы, спускает на газ и бензин. Под действием паров бензина «видит цветные мультики, как по телевизору и слышит голоса в голове, которые говорят что-то нейтральное». Перестал посещать техникум. Конфликтует с матерью, дважды поднимал на неё руку. Предыдущая госпитализация 3 месяца назад, выписан с улучшением. Дома поддерживающее лечение не принимал, вскоре снова начал вдыхать газ, «от бензина стала кружиться голова, запах неприятен».

Состояние при осмотре. Не сразу удается привлечь внимание больного. Присутствует «химический» запах. Бледность кожных покровов. Речь смазанная. Дезориентирован в месте и времени, сохранена ориентировка в собственной личности (правильно сообщает сведения о себе, неуверенно говорит, что здесь больница, но какая сказать не может, не знает дату). Тревожен. На лице выражение страха. Озирается по сторонам. Слышит, как его окликают. Заявил, что в комнату напустили крыс. Воскликает: «Вот она с длинным хвостом». Нарастает психомоторное возбуждение. «Давит клопов», которых видит на стене. После прекращения действия психоактивных веществ критика к пережитому быстро восстановилась, сознание полностью прояснилось.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Аллопсихическая дезориентировка, психомоторное возбуждение, тревога, страх, истинные зрительные и слуховые галлюцинации
2. Делириозный.
3. Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей, с делирием.

С14 ПК-1.2.1. Пациент Д. 35 лет. Безработный. Неоднократно наблюдался в наркологическом диспансере по поводу алкогольной зависимости. Запой случаются регулярно, примерно каждые 1-2 месяца, продолжительность 1-2 недели. Последнее употребление алкоголя двое суток назад. Состояние изменилось вечером во время сумерек. Д. внезапно ощутил необоснованное чувство тревоги «мир будто изменился». Увидел за окном тела повешенных людей, которые шептали ему «иди к нам», затем «потолок начал падать на голову». Больной выбежал на улицу, которая «выглядела особенно мрачной и пугающей». Заметил, что вдоль дороги лежат тела умерших, которые встают и идут в его сторону. Бригадой скорой медицинской помощи, в состоянии полной аллопсихической дезориентировки, был доставлен в психиатрический стационар. Д. утверждает, что с ним в машине ехали «живые мертвецы», которые везли его в морг. Неотложное состояние. Судорожный приступ на фоне алкогольной интоксикации.

Вопросы:

1. Определите лечебно-реабилитационную тактику.
2. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Бензодиазепины (диазепам, феназепам), нейролептики (галоперидол, дроперидол), витамин В1, инфузионно - трансфузионная терапия (натрия хлорид, магния сульфат), когнитивно-поведенческая психотерапия
2. Следует положить человека горизонтально и подложить под голову мягкое (куртку, сумку), расстегнуть воротник больного, осторожно повернуть пациента на бок, чтобы слюна могла вытекать изо рта. Не нужно сдерживать движения человека, но нельзя дать ему травмироваться. Медикаментозное лечение: противосудорожные (карбамазепин), витамин В1, инфузионно - трансфузионная терапия
3. Методику К. Леонгарда-С. Шмишека, методику пиктограмм, методика «Исключение лишнего», шкалу Зунга, опросник «Тип отношения к болезни»

С15 ПК-1.3.1. Пациентка – не работает, 22 лет. Проблема. Была доставлена на прием, в связи с тем, что на протяжении последних трех дней не может произнести ни слова во весь голос, стоять и ходить без посторонней помощи. Отмечает также отсутствие чувствительности кожи голеней и стоп, онемение губ и языка. Описанная симптоматика появилась непосредственно после ссоры с мужем и свекровью.

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Вторая дочь в семье, «любимый ребенок», которому позволялось буквально все. В младших классах училась хорошо, активно участвовала в работе драматического кружка, танцевального

ансамбля. В дальнейшем интерес к учебе снизился, после 8 классов поступила в профессиональное училище; в дальнейшем по специальности не работала.

Состояние при осмотре. Доступна контакт. Театральность мимики и жесты. Стремится вызвать сочувствие всячески демонстрируя свою беспомощность. При рассказе о семейных конфликтах на глазах появляются слезы, начинается размахистый тремор рук, дрожание головы, усиливается афония. Бреда и нарушений восприятия выявить не удается. Соматоневрологически без патологии.

Неотложное состояние: У больной передозировка галоперидолом.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.

Эталонные ответы:

1. Афония, истерическая анестезия (по типу «чулок»), гипестезия, гиперкинезы (головы, рук), нарушение походки (астазия-абазия), театральность (демонстративность) поведения, слезливость.
2. Истерический (диссоциативный, конверсионный) синдром.
3. Детоксикационная помощь: стимулировать рвоту, промывание желудка, постановка очистительной клизмы (если после приема прошло не более часа), адсорбенты – 1г. на кг. массы тела. Инфузионная терапия, для восстановления водно-электролитного обмена (натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, р-р глюкозы). Введение антидота: Флумазенил 0.5-2 мг в/в.

С16 ПК-4.1.1. Пациент – менеджер, 38 лет. Проблема. Систематически употребляет наркотики с 16 лет. Абстинентный синдром сформирован, отмечается 17 лет, проявляется соматовегетативными расстройствами, раздражительностью. Толерантность 0,5 гр. метадона 2 раза в 7 суток. Последнее употребление наркотика – за 30 часов до поступления. Психозы, судорожные припадки отрицает. В поле зрения психиатра-нарколога попадает впервые. Обратился на прием самостоятельно. При поступлении жалуется на влечение к наркотику, плохой сон, общее недомогание, тревожность, боли в мышцах, суставах.

Неотложное состояние: Внезапное возбуждение, перешедшее в оглушение. Контакт недоступен. Лежит неподвижно, на внешние и болевые раздражители не реагирует. Кожные покровы бледные, цианотичные. Кожа влажная. Температура 35 С, артериальное давление - 90/50 мм.рт.ст., дыхание поверхностное, редкое (8-10 в мин.). Реакция зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы отсутствуют. Отмечаются тонические судороги жевательных и затылочных мышц.

Вопросы:

1. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.
2. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Введение антидота:

- 3-5 мл. 0,5% раствора налоксона в/в, повторно – по показаниям.

Симптоматически:

- В случае парентерального введения опиатов промывание желудка, активированный уголь - внутрь, солевое слабительное;

- Ощелачивание крови — 400 мл 0,06% раствора гипохлорита натрия в/в через катетер;

- Введение подкожно и внутривенно 1-2 мл. 0,1% раствора атропина;

- Согревание тела, введение 3 мл 5% раствора витамина В1, внутривенно;

- Ингаляция кислорода;

- ИВЛ (при необходимости).

2. Методика определения акцентуаций личности Леонгарда-Шмишека, методика диагностики самооценки Спилбергера-Ханина

С17 ПК-4.2.3. Пациентка – уборщица, 43 года. Проблема. Со слов пациентки, за несколько дней до поступления начал снижаться общий фон настроения, на фоне конфликта с женой сотрудника. Вечером внезапно стало «плохо», «захотела уйти в мир иной». Показательно выпила большую дозу «Корвалола» на работе, сотрудниками была оказана первая помощь, бригадой СМП была госпитализирована в психиатрическую больницу.

Анамнез. Воспитывалась в неполной семье (отец умер, когда пациентке было 3 года). С малых лет страдала сомнамбулизмом, разговаривала во сне. Проявляла повышенный интерес к теме самоубийства путем повешения, чем манипулировала матерью. С подросткового возраста любила быть объектом внимания, начала вести асоциальный образ жизни. Оказывает повышенное внимание теме сексуальных отношений. МРТ и ЭЭГ исследования – без патологии.

Состояние при осмотре. Сознание ясное, ориентировка не нарушена. Осанка ровная. Одежда, маникюр, прическа аккуратные, но вызывающе яркие. Отличается манерностью, демонстративностью. Речь эмоциональная, громкая. В беседе демонстрирует прямоту, открытость, решительность, однако дает заведомо ложные сведения о некоторых аспектах своей жизни, чтобы предстать во время осмотра в более благополучном свете. Быстрая переключаемость эмоций, реактивность, возбудимость эмоций, эмоциональная экспрессия, реакции адекватные. Мышление последовательное. Критика формальная.

Психодиагностика. Счет по Крепелину – психомоторный темп - 17, ошибки сложения отсутствуют, график устойчивости внимания имеет резкие колебания.

Методика запоминания 10 слов: после первого предъявления - 2 слова; кривая запоминания носит следующий характер: 2,8,5,8,8, через час - 7.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проанализируйте полученные результаты психодиагностического обследования.

3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Истерическое расстройство личности.

2. Счет по Крепелину: неравномерная продуктивность работы свидетельствует об неустойчивости внимания и снижении работоспособности, а также говорит об эгоцентричности испытуемого, выраженной эмоциональной лабильности.

Методика запоминания 10 слов: колебания результатов – неустойчивость внимания.

3. Методика диагностики самооценки Спилбергера и Ханина, методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге, личностный опросник СМЛЛ (ММРЛ).

С18 ПК-4.3.3. Пациент – школьник, 14 лет. Проблема. Со слов родителей, состояние пациента изменилось 6 месяцев назад, когда стал более замкнутым, грубым, снизилась успеваемость. Говорил родным, что не спит ночами, мешают какие-то звуки. В день госпитализации дома был «взбудораженным», искал что-то в шкафах, пытался вылезти в окно, бросался с кулаками на родителей. В таком состоянии был доставлен для госпитализации в психиатрическую больницу.

Анамнез. Воспитывается в полной семье, единственный ребенок. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Посещает 9 класс общеобразовательной школы. Учится на «хорошо», увлекается физикой и химией. Замкнутый, друзей мало, общается с ними только в школе. Из увлечений – чтение научной литературы, компьютерные игры.

Состояние при осмотре. Контакт доступен, ориентирован правильно. Указывает причину госпитализации – «дома кричал и запирался в комнате». В беседе не раскрывается, ведет себя подозрительно. Словарный запас, интеллектуальный уровень соответствуют возрасту и полученному образованию. Настроение ровное. Эмоционально монотонен, отстранен. Правильно указывает переносный смысл поговорок. Мышление со склонностью к резонерству. Указывает, что в прошлом были периоды, полного отсутствия мыслей в голове («как будто бы кто-то отнял»). Высказывает идеи об особенностях своего предназначения («Боги послали меня на Землю для великих свершений»). Отмечает, что незадолго до госпитализации появилось ощущение, что мир вокруг представляет из себя компьютерную игру, целью которой является выживание, что раньше видел рядом с собой «зомби», которые говорили ему «себя резать», однако, к их указаниям, со слов пациента, он не прислушивался. Подобные переживания вызывали страх и именно они были причиной неадекватного поведения дома. Критика отсутствует.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталонные ответы:

1. Агрессивность, импульсивность, эмоциональное уплощение, брадифрения, шперрунг, склонность к резонерству, бредовые идеи величия, дереализация, истинные императивные слуховые и зрительные галлюцинации.
2. Параноидный синдром.
3. Параноидная шизофрения с ранним началом.

С19 ПК-8.2.1. Пациент – студент, 21 год. Поступил в сопровождении родственников. Проблема. Со слов отца, состояние изменилось две недели назад, когда стал неадекватным, появилась бессонница, стал разговаривать с самим собой, неожиданно ударил отца. Настоящее поступление связано с тем, что накануне закрылся в квартире, забил дверь гвоздями и никого не впускал.

Анамнез. Рос и развивался без особенностей, наследственность психическими заболеваниями неотягощена, в школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно, окончил 10 классов, служил танкистом. В настоящее время учится в торговом институте. Проживает с родителями, материально-бытовые условия удовлетворительные, отношения с родителями до настоящего времени складывались удовлетворительные.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранена. Мышление в ускоренном темпе, при беседе перескакивает с одной темы на другую. Рассказал, что закрылся в квартире, потому что так приказали «голоса», которые он слышал из-за стены. Отмечает, что «голоса», обсуждали его, комментировали его поведение. Считает, что родители не его, от них сохранилась только «оболочка». При беседе иногда замолкает, к чему-то прислушивается. Подтвердил предположение, что слышит посторонние «вицеголоса». Эмоционально уплощен. Память не нарушена, интеллект соответствует полученному образованию.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Бессонница, импульсивность, тахифрения, повышенная отвлекаемость внимания, истинные слуховые (императивные, обсуждающие, комментирующие) галлюцинации, симптом отрицательного двойника, неологизмы, эмоциональное уплощение.
2. Острое шизофреноподобное психотическое расстройство.
3. «Пиктограммы», «Классификация предметов», «Попарные сравнения», «Исключение понятий».

С20 ПК-8.3.1. Пациент – технолог, 31 года. Поступает по инициативе родителей.

Проблема. Со слов матери известно, что около 6 месяцев назад поведение сына изменилось, когда после поездки в коммерческое турне сообщил, что за ним в поезде следили какие-то люди. Потом периодически ощущал эту слежку и у себя в городе. Родителям сообщил об этом только несколько дней назад. Однако они стали замечать, что в последнее время сын стал беспокойнее, менее откровенным с ними.

Анамнез. Ранее развитие без особенностей. В школу пошел с 7 лет. Окончил 10 классов. Отслужил в армии, в морской пехоте. Поступил в строительный институт, который окончил с отличием. Однако работу по специальности получить не смог, поэтому стал заниматься торговлей. Разведен, имеет дочь 3-х лет. Проживает с родителями в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Взаимоотношения с родителями

доброжелательные. Характеризуется с их стороны добрым, отзывчивым человеком, готовым всегда помочь.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентировка в месте, времени, собственной личности сохранена. Мышление в обычном темпе, последовательное. Расстройства восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Рассказал, что когда возвращался из очередной поездки из Польши обнаружил, что за ним следят, хотя конкретно сказать, кто следит не может. В качестве одной из причин слежки назвал, занятия коммерцией и «вообще сейчас такой век, что за любым человеком могут установить слежку какие-нибудь спецслужбы». Отмечает, что эта слежка продолжается и сейчас. Пословицы, метафоры трактует правильно, исключение четвертого лишнего - без особенностей. Эмоционально-волевых нарушений не выявляет. Память не нарушена, интеллект соответствует полученному образованию. Неврологически и соматически без патологии.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Стойкие (около 6 месяцев) бредовые идеи преследования, в следствие которых у больного появилась замкнутость, настороженность, беспокойство.
2. Паранойяльный синдром.
3. Бредовое расстройства.