

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мухарьямова Лайсан Музиповна
Должность: и.о.первого проректора
Дата подписания: 12.03.2026 16:04:43
Уникальный программный ключ:
b57b96507511d4669a7e8b1e807a3d3e7412a55d

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по
образовательным программам
ординатуры и аспирантуры,
А.А.Малова
с/и/п/н 2018г.



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

31.08.20 «психиатрия»

(код и наименование специальности)

Подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры

(уровень образования)

Программа составлена в соответствии с приказом Минобрнауки России от 18 марта 2016 г. №227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации (далее - ГИА) по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры, требованиями ФГОС ВО по специальности _____ (уровень подготовки кадров высшей квалификации)

Программа рассмотрена на заседании кафедры
от «15» июня 2018 года, протокол № 26.

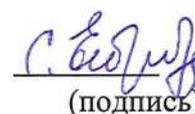
Заведующий кафедрой Яхин Каусар Камирович, д.м.н., профессор/
(уч.степень, звание, ФИО)


(подпись)

Программа ГИА по специальности «психиатрия» рассмотрена и одобрена на заседании методической комиссии ФПК и ППС _____ (протокол № 8 от «15» июня 20 18 г.)

Председатель
методической комиссии ФПК и ППС

профессор, д.ф.н Егорова С.Н
(уч.степень, звание)


(подпись)

ЦЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель установить уровень подготовки выпускника по специальности психиатрия к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО. Врач-ординатор допускается к государственной (итоговой) аттестации после успешного освоения рабочих программ дисциплин (модулей), обучающего симуляционного курса и выполнения программы практики в объеме, предусмотренном учебным планом.

ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

- выявить уровень знаний по общим вопросам психиатрии;
- выявить уровень знаний по частным вопросам психиатрии;
- выявить умение анализировать и правильно интерпретировать полученные данные, правильно поставлять и обосновать клинический диагноз;
- выявить уровень практических умений и навыков.

Проверка уровня сформированности компетенций, определенных ФГОС ВО, принятие решений о присвоении (не присвоении) квалификации по специальности по результатам ГИА и выдаче диплома об окончании ординатуры.

ГИА направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

- универсальными компетенциями:

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью 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 (УК-3);

профессиональными компетенциями (ПК):

профилактическая деятельность:

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 (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе, медицинской эвакуации (ПК-12)

ФОРМА ГИА

ГИА обучающихся по результатам освоения программы ординатуры по специальности 31.08.20 «психиатрия» проводится в форме государственного экзамена в два этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку обучающегося в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 этап – междисциплинарное тестирование (приложение 1). Предлагается один вариант тестов из 100 вопросов, из которых:

- 76 - вопросы по основной специальности,
- 12 - вопросы базовых дисциплин,
- 9 – вопросы вариативных дисциплин,
- 3 – вопросы дисциплины по выбору.

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

- 90-100% - оценка «отлично»
- 80-89% - оценка «хорошо»
- 70-79% - оценка «удовлетворительно»

Менее 70% правильных ответов – оценка «неудовлетворительно».

2 этап – итоговое собеседование. Проводится по билетам. В билете 2 теоретических вопроса и 2 ситуационные задачи (приложение 2).

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор: отвечает на все вопросы при собеседовании, а так же на дополнительные вопросы членов комиссии. Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор: отвечает на 90% поставленных перед ним вопросов. Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор: отвечает на 80% вопросов. Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если ординатор не ориентирован в основных вопросах специальности.

По результатам двух этапов экзамена выставляется итоговая оценка в соответствии со шкалой оценки результатов.

ШКАЛА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ В ХОДЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.

этапы ГЭ	Оценка							
	отлично	хорошо	отлично	удовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	хорошо	удовлетворительно
междисциплинарное тестирование								
итоговое собеседование	отлично	отлично	хорошо	отлично	хорошо	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно
итоговая оценка	отлично	отлично	отлично	хорошо	хорошо	хорошо	хорошо	неудовлетворительно

В зависимости от результатов ГИА комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить квалификацию врач – психиатр». Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

Для обучающихся из числа инвалидов ГИА проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ИТОГОВОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

Наименование раздела дисциплины	Содержание
Раздел 1. Общая психопатология	
Тема 1. Пропедевтика психиатрии	<p>Предмет и задачи психиатрии. Основные разделы психиатрии: пропедевтика, общая психопатология, частная психиатрия.</p> <p>История развития психиатрии в России и за рубежом. Концепция единого психоза. Направления в психиатрии. Концепция "экзогенного типа реакций" Бонгоффера.</p> <p>Понятие о психопатологических симптомах. Простые и сложные синдромы. Продуктивные и негативные расстройства. Нозологическая неспецифичность симптомов и синдромов.</p> <p>Роль средовых факторов (биологических и социальных) в формировании психической патологии. Сущность понятий "психика", "темперамент", "характер", "личность".</p> <p>Этиопатогенетическая группировка ПР: эндогенные, экзогенные, экзогенно-органические, эндогенно-органические, психогенные.</p> <p>Типы течения ПР. Понятия ремиссии, интермиссии, дефекта, конечного состояния.</p> <p>Методы исследования в психиатрии. Клинический метод. Психопатологический. Катамнестический. Соматоневрологический. Нейрофизиологический. Экспериментально-психологический. Патологоанатомический. Онтогенетический. Биологические методы исследования. Другие</p>

	методы исследования.
Тема 2. Расстройства восприятия	<p>Психосенсорные расстройства. Метаморфопсии. Аутометаморфопсия. Расстройства восприятия времени. Тахихрония. Брадихрония. Асинхрония. Остановка времени. Иллюзии. Произвольные (управляемые), аффективные, вербальные, парейдолические, параноические. Иллюзии у здоровых.</p> <p>Галлюцинации. Систематика галлюцинаций.</p>
Тема 3. Расстройства мышления	<p>Расстройства мышления. Патология ассоциативного процесса.</p> <p>Бред (бредовые идеи). Критерии отграничения от доминирующих идей, ошибок суждения, заблуждений, предрассудков. Систематика по содержанию и механизму образования в структуре. Этапы формирования бреда.</p> <p>Сверхценные идеи. Содержание понятия. Варианты. Разграничение с бредом и навязчивостями.</p> <p>Навязчивые явления. Клинические варианты.</p>
Тема 4. Нарушения памяти и интеллекта	<p>Расстройства внимания. Гиперметаморфоз. Отвлекаемость. Истощаемость. Патологическая прикованность. Апрозексия.</p> <p>Расстройства памяти: Дисмнезии. Амнезии. Парамнезии.</p> <p>Психоорганический синдром. Острый. Хронический. Триада Вальтер-Бюэля. Варианты: астенический, эксплозивный, истерический, эйфорический, апатический. Корсаковский синдром (амнестический симптомокомплекс).</p> <p>Состояние слабоумия. Слабоумие врожденное и приобретенное. Критерии разграничения. Отграничение от деменций, временных задержек психического развития.</p>
Тема 5. Нарушения эмоций	<p>Истощаемость психической деятельности, субъективно осознаваемые и объективно определяемые изменения личности, дисгармония личности, падение энергетического потенциала,</p>

	<p>снижение уровня и регресс личности, амнестические расстройства, парциальное и тотальное слабоумие, психический маразм.</p> <p>Депрессивный синдром. Классическая депрессивная триада. Вегетативный компонент депрессии. Показатели тяжести депрессий. Уход и надзор за депрессивными больными.</p> <p>Маниакальный синдром. Классическая маниакальная триада. Вегетативные нарушения. Веселая мания. Гневливая. Спутанная. Дурашливая. Непродуктивная. Бредовая. Гипомания.</p>
<p>Тема 6. Расстройства двигательного-волевой сферы</p>	<p>Расстройства речи: Логоклония. Дизартрия. Дислалия. Олигофазия. Брадифазия. Афазия. Парафазия. Шизофазия. Криптолалия. Логорея. Копролалия. Эхолалия. Мутизм. Селективный мутизм.</p> <p>Расстройства влечений Патологическое усиление, ослабление и извращение влечений. Патология пищевого влечения, сексуального. Патология инстинкта самосохранения.</p> <p>Патология психомоторики. Возбуждение. Ступорозные состояния. Двигательные стереотипии. Импульсивные действия. Пароксизмальные двигательные нарушения. Припадки.</p> <p>Кататонический синдром. Кататония люцидная и онейроидная. Кататонический ступор. Кататоническое возбуждение. Показатели тяжести кататонического синдрома. Особенности ухода и надзора за больными.</p> <p>Апато-абулический синдром. Синдром снижения психического уровня (снижение уровня личности).</p>
<p>Тема 7. Расстройства сознания и самосознания</p>	<p>Синдромы помраченного сознания. Критерии помрачения сознания.</p> <p>Делириозный синдром. Иллюзорный. Галлюцинозный. Abortивный. Пролонгированный. Профессиональный. Мусситирующий.</p> <p>Синдром сумеречного помрачения сознания.</p>

	<p>Простое сумеречное состояние. Галлюцинаторное. Бредовое. Амбулаторный автоматизм. Сомнабулизм. Фуги. Трансы. Истерическое суженное сознание.</p> <p>Синдром онейроидного помрачения сознания. Иллюзорно-фантастический онейроид. Псевдогаллюцинаторный. Маниакальный. Депрессивный. Ориентированный. Онирические состояния.</p> <p>Аменция. Определение. Психические расстройства, при которых наблюдается. Дифференциальная диагностика с другими синдромами помрачения сознания.</p> <p>Синдромы расстройства самосознания. Деперсонализации-дереализации. Деперсонализация аутопсихическая. Соматопсихическая. Аллопсихическая. Тотальная. Бредовая. Депрессивная.</p>
<p>Тема 8. Негативные психопатологические расстройства</p>	<p>Истощаемость психической деятельности, субъективно осознаваемые и объективно определяемые изменения личности, дисгармония личности, падение энергетического потенциала, снижение уровня и регресс личности, амнестические расстройства, парциальное и тотальное слабоумие, психический маразм.</p>
<p>Раздел 2. Частная психиатрия</p>	
<p>Тема 1. Органические психические расстройства</p>	<p>Эпилепсия (эпилептическая болезнь). Определение. Основные клинические проявления. Варианты эпилептических припадков. Психические эквиваленты припадков: аффективные пароксизмы, амбулаторны автоматизм. Эпилептические изменения личности. Эпилептическое слабоумие.</p> <p>ПР при мозговых инфекциях. Психические нарушения при энцефалитах. ПР острой и хронической стадии болезни (резидуальные психические расстройства). Прогноз. Лечение. Реабилитация. Экспертиза. трудовая. Военная. Судебно-психиатрическая.</p> <p>ПР при СПИДе. Психологический стресс. СПИД-дементный синдром. Особенности психических</p>

	<p>нарушений у лиц из группы риска: психогенные невротические нарушения, неврозоподобные расстройства, психотические эпизоды (реактивные депрессии, истерические психозы).</p> <p>ПР при сифилитическом поражении головного мозга Сифилис мозга Клинические формы. Нервно-психические нарушения вследствие поражения оболочек мозга и сосудов: менингизм, острый и хронический менингит. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика. Прогноз. Профилактика. Лечение. Экспертиза. Трудовая. Военная. Судебно-психиатрическая.</p> <p>Прогрессивный паралич. ПР начальной стадии, периода расцвета болезни, маразматической стадии. Клинические формы прогрессивного паралича.</p>
<p>Тема 2. Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ</p>	<p>Алкогольное опьянение. Типичная картина (простое опьянение). Атипичная картина опьянения: опьянение дисфорическое, депрессивное, сомнолентное, истерическое, геберфиническое с импульсивными поступками</p> <p>Алкоголизм. Стадии. Клинические проявления. Течение. Исходы. Возрастные и половые особенности. Особенности алкоголизма у больных шизофренией, эпилепсией и другими психическими расстройствами.</p> <p>Алкогольные (металкогольные) психозы, их систематика. Клинические проявления. Динамика. Факторы, способствующие возникновению алкогольных психозов.</p> <p>Ранние признаки алкоголизма. Соматоневрологические симптомы алкоголизма. Отграничение алкоголизма от бытового пьянства. Диагностические критерии и рубрикации алкоголизма и алкогольных психозов в МКБ-10.</p> <p>Купирование алкогольной интоксикации и абстиненции. Условно-рефлекторная и сенсibiliзирующая терапия алкоголизма. Психотерапевтические методы. Противорецидивная терапия. Лечение алкогольных психозов. Профилактика. Группы риска. Трудовая, военная и</p>

	<p>судебно-психиатрическая экспертиза.</p> <p>Наркомании, определение. Медицинский, социальный и юридический критерии наркоманий. Систематика наркотических средств, наиболее употребляемые токсикоманические вещества. Способы введения нарко- и токсикоманических веществ. Структура наркоманического и токсикоманического опьянения.</p> <p>Стадии наркоманий. Общие клинические свойства. Закономерности формирования зависимости. Зависимость психическая и физическая, обсессивная и компульсивная, позитивная и негативная. Изменение толерантности к психоактивным веществам в ходе развития нарко- и токсикоманий. Деграция личности у наркоманов и токсикоманов. Психозы у наркоманов и токсикоманов. Особенности опийной, гашишной и эфедроновой, кокаиновой наркоманий, барбитуромании, злоупотребления циклодолом, галлюциногенами.</p> <p>Особенности никотинизма, нюхательных и лекарственных токсикоманий, включая злоупотребление психотропными средствами</p> <p>Полинаркомании Сравнительно-возрастные аспекты наркоманий. Диагностика и дифференциальная диагностика. Диагностические критерии.</p> <p>Наркомании: вопросы этиопатогенеза. Биологические, личностные и социо-культурные факторы риска. Прогноз. Эпидемиология. Лечение и профилактика наркоманий. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза.</p>
<p>Тема 3. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства</p>	<p>Синдром метафизической (философской) интоксикации. Возраст возникновения, клиническое содержание синдрома и его нозологическая принадлежность.</p> <p>Шизофрения Определение, психопатология. Наиболее типичные для шизофрении вегетативные и продуктивные симптомы и синдромы. Классификация шизофрении по типам течения, прогрессивности и синдромальной</p>

	характеристике. Особые формы шизофрении.
Тема 4. Расстройства настроения (аффективные)	<p>Биполярное аффективное расстройство (Маниакально-депрессивный психоз). Определение. Клинические проявления. Сравнительно-возрастные особенности диагностика и дифференциальная диагностика. Критерии диагностики и рубрификация эндогенных аффективных расстройств МКБ-10.</p>
Тема 5. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	<p>Критерии психогенной природы расстройств К.Ясперса. Диагностические критерии и рубрификация реактивных психозов в МКБ-10. Вопросы этиопатогенеза реактивных психозов. Прогноз. Эпидемиология. Лечение и профилактика. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза.</p> <p>Невротические расстройства. Определение. Типовые психотравмирующие ситуации, в связи с которыми развиваются неврозы. Общие клинические свойства неврозов.</p> <p>Клинические формы неврозов и их симптоматология. Неврастения. Невротическая депрессия. Истерический невроз. Невроз навязчивых состояний. Нервная анорексия.</p> <p>Общие закономерности динамики неврозов и их исходы. Невротическое развитие личности. Диагностика и дифференциальная диагностика неврозов. Разграничение неврозов и реактивных психозов. Критерии диагностики и рубрикации неврозов в МКБ-10. Вопросы этиопатогенеза. Роль психотравмирующих ситуаций, личностных особенностей и измененной "почвы" в генезе неврозов.</p> <p>Прогноз невротических расстройств. эпидемиология. Лечение. Ведущая роль психотерапии в лечении неврозов. Профилактика. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза.</p> <p>Психосоматические заболевания Определение. Круг психосоматических заболеваний. Значение личностных и ситуационно-стрессовых факторов в этиологии и патогенезе психосоматических</p>

	заболеваний. Роль психиатра в лечении психосоматических заболеваний.
<p>Тема 6. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами</p>	<p>Психические расстройства с началом в детском возрасте. Синдром раннего детского аутизма (Каннера, Аспергера).</p> <p>Синдромы патологического фантазирования. Синдромы умственного недоразвития.</p> <p>Психопатологические синдромы преимущественно подросткового возраста. Синдром психопатоподобных расстройств в рамках различных психических заболеваний.</p> <p>Аноректический синдром. Нервно-анорексия. Навязчивая. Сверхценная. Бредовая. Депрессивная. Критерии отграничения от соматической патологии.</p> <p>Аноректический синдром как отказ от еды в рамках других психопатологических синдромов (депрессивного, бредового, кататонического, психопатического). Анорексия как ведущий синдром прогрессирующего характера (ее этапы, эндокринно-соматические нарушения, особенности поведения, психологическая мотивация нервной анорексии).</p> <p>Синдром дисморфофобии (сверхценная или бредовая убежденность в наличии физического недостатка, идеи отношения, депрессивное настроение). Клинические варианты.</p> <p>Дисморфофобический синдром. Дисморфофобия. Навязчивая. Сверхценная. Бредовая.</p>
<p>Тема 7. Расстройства личности и поведения</p>	<p>Расстройства личности (психопатии). Определение. Критерии отграничения психопатий от гармоничных и акцентуированных личностей. Клиническая систематика психопатий и их проявления.</p> <p>Психастеническая психопатия. Астеническая. Шизоидная. Возбудимая. Эксплозивная. Эпилептоидная. Аффективная психопатия (гипертимный, гипотимный, циклоидный, эмоционально-лабильный типы). Истерическая психопатия. Параноическая. Мозаичная</p>

	<p>психопатия.</p> <p>Понятия девиантности и делинквентности. Группировка психопатий по этиологическому принципу: психопатии конституциональные ("ядерные"), нажитые ("краевые"), органические. Роль наследственных, микросоциальных, возрастных и других факторов в их становлении. Клиническое содержание понятий: патохарактерологическое развитие и патологическое формирование личности.</p> <p>Этапы становления психопатий. Динамика психопатий: психопатические фазы, реакции, патологические развития, состояния компенсации и декомпенсации. Диагностика и дифференциальная диагностика. Разграничение психопатий и психопатоподобных состояний. Критерии диагностики и рубрификации психопатий в МКБ-10. Прогноз. Распространенность психопатий. Лечение и реабилитация. Профилактика патологии личности. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза.</p>
<p>Тема 8. Умственная отсталость</p>	<p>Умственная отсталость (Олигофрении) Определенные. Особенности нарушений интеллектуально-мыслительной деятельности, эмоций, психомоторики, поведения. Степени олигофрений: дебильность, имбецильность, идиотия. Дифференцированные и недифференцированные формы олигофрений.</p> <p>Этиологическая систематика олигофрений: наследственные олигофрении, дизостозические формы, ксеродермические в результате наследственного нарушения обмена (дисметаболические формы). Динамика олигофрений.</p> <p>Задержки психического развития. Систематика и клинические проявления пограничных форм интеллектуальной недостаточности. Варианты и клиническая картина задержек развития. Врожденная субдебильность. Психический инфантилизм. Непрогредиентный вариант синдрома раннего детского аутизма. Задержки развития в связи с остаточными явлениями раннего</p>

	<p>органического поражения головного мозга. Задержки развития при органических процессах и затяжных соматических заболеваниях. Ситуационно обусловленные задержки развития.</p>
<p>Раздел 3. Лечение и экспертиза психических расстройств, организация психиатрической и наркологической помощи</p>	
<p>Тема 1. Биологическая терапия психических расстройств</p>	<p>Психофармакотерапия (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики), шоковые методы (электросудорожная терапия и инсулинотерапия). Показания к применению, побочные эффекты и осложнения.</p>
<p>Тема 2. Шоковые методы терапии</p>	<p>Инсулинокоматозная терапия. Электросудорожная терапия: показания и противопоказания к применению.</p>
<p>Тема 3. Психотерапия и социотерапия</p>	<p>Основные виды психотерапии и социотерапии. Показания к применению, негативные эффекты психотерапии (гипноза).</p>
<p>Тема 4. Организация психиатрической и наркологической помощи</p>	<p>Правовые и этические основы психиатрической помощи. Закон Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Морально-этический кодекс психиатра. Административно-территориальный принцип организации психиатрической помощи населению России.</p> <p>Организация внебольничной психиатрической помощи Психоневрологические диспансеры и консультации. Задачи и организационная структура. Содержание работы участкового психиатра. Основания для постановки психически больных на диспансерное или консультативное наблюдение.</p> <p>Задачи, организация и содержание лечебно-диагностической деятельности психотерапевтов и психоневрологов, работающих в поликлиниках</p>

	<p>общего типа.</p> <p>Организация внебольничной психиатрической помощи детям и подросткам. Задачи и содержание работы психоневрологов, работающих в детских поликлиниках и подростковых кабинетах психоневрологических диспансеров.</p> <p>Стационарная психиатрическая помощь. Административно-правовые аспекты недобровольной госпитализации психически больных. Задачи и организация помощи душевнобольным в психиатрических больницах, их структура. Задачи, особенности лечебно-диагностической деятельности и контингент больных психосоматических отделений в больницах общего типа.</p> <p>Задачи, организация и содержание работы дневных стационаров и лечебно-трудовых мастерских.</p> <p>Организация наркологической помощи. Задачи, организационные основы и содержание работы наркологических диспансеров, кабинетов и стационаров.</p> <p>Особенности организации помощи сельскому населению.</p>
Тема 5. Экспертиза психических расстройств	Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза (в уголовном и гражданском праве).
Раздел 4. Базовые дисциплины	
Тема 1. Патология	Патофизиология анафилактического шока. Эндогенные интоксикации. Патофизиология системы крови. Белки теплового шока при патологии клетки. Учение о диагнозе, медицинского свидетельства о смерти.
Тема 2. Медицина чрезвычайных ситуаций	Основы организации медицины катастроф. Характеристика чрезвычайных ситуаций мирного время. Принципы и способы защиты населения. Лечебная и эвакуационная

	обеспечение населения при чрезвычайных ситуациях.
Тема 3. Общественное здоровье и здравоохранение	Здоровья населения и факторы его формирующие. Теоретические и методологические основы общественного здоровья и здравоохранения. Методика расчета и анализа показателей здоровья населения. Оценка качества медицинской помощи.
Тема 4. Педагогика	Педагогика: наука и практика, образование, система высшего образования РФ. Компетентностный подход, как основа обучения врачей. Современные технологии образования.
Раздел 5. Вариативные дисциплины	
Тема 1. Нейрохирургия	Травмы нервной системы. Сосудистые заболевания ЦНС. Нейроонкология. Функциональная нейрохирургия. Гидроцефалия. Пороки развития черепа и головного мозга.
Тема 2. Неврология	Качественные и количественные нарушения сознания. Сосудистые заболевания нервной системы. Заболевания вегетативной нервной системы. Эпилепсия. Наследственно-дегенеративные заболевания ЦНС
Тема 3. Медицинская психология	История и структура клинической психологии. Зарождение научной клинической психологии. Отечественная патопсихология. Клиническая психология и смежные области. Клиническая психология и психиатрия. Психологическая помощь в медицине. Основные патопсихологические симптомокомплексы. Структура заключения экспериментально-психологического обследования. Этика психодиагностического обследования. Этапы экспериментально-психологического исследования.
Раздел 6. Дисциплины по выбору	
Тема 1. Наркология	Наркомании и токсикомании. Терминология. Социальное значение. Формы наркоманий. Клиническая картина.

	Методы лечения наркозависимых Психотерапия и другие немедикаментозные методы лечения в наркологии.
Тема 2. Психотерапия	Основные принципы проведения психотерапевтического сеанса в когнитивно- поведенческой психотерапии. Теоретические основы методов психотерапии, относящиеся к когнитивно-поведенческому направлению. Основные принципы проведения психотерапевтического сеанса в когнитивно- поведенческой психотерапии Техника и практика когнитивной психотерапии Бека.

Вопросы для устного собеседования.

Общие вопросы клинко-психопатологического исследования: особенности расспроса больного при исследовании его психического состояния, при получении субъективных анамнестических данных, расспрос родственников больного и других лиц при получении объективных анамнестических данных.

Инструментальные и лабораторные методы исследования в психиатрии, их значения в диагностике и дифференциальной диагностике психических расстройств: рентгенография, ангиография, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс, методы нейровизуализации, генетические и морфологические методы исследования.

Вопросы общей психопатологии: синдромы непсихотического уровня — астенический синдром, аффективные синдромы, невротические и психопатические синдромы; синдромы психотического уровня — бредовые и галлюцинаторные синдромы, кататонические и гебефренические синдромы, судорожный синдром, синдромы помрачения сознания, амнестический синдром, синдромы слабоумия.

Вопросы шизофрении и аффективных психозов: этиопатогенез шизофрении, современные принципы классификации, продуктивные и негативные психопатологические синдромы, непрерывно-текущие ядерные и малоградиентные, шубообразные, рекуррентные формы шизофрении, постпроцессуальные состояния, шизофрения в детском и подростковом, инволюционном возрасте. Этиопатогенез аффективных психозов, отечественные и зарубежные классификации, БАР и ее типы, депрессивное расстройство, типичные и атипичные варианты депрессий, маний; функциональные психозы позднего возраста.

Особенности психических расстройств при органических заболеваниях: этиопатогенез, классификация эпилепсии, острые и хронические психозы при эпилепсии, изменения личности при эпилепсии. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах в острый и отдаленный период. Психические расстройства при сосудистых поражениях головного мозга, интеллектуально-мнестические нарушения, особенности

атеросклеротического слабоумия. Психические расстройства при опухолях головного мозга, особенности при различных локализациях, синдромы и симптомы. Психические расстройства при энцефалитах, сифилитических поражениях головного мозга; врожденный сифилис и прогрессирующий паралич. Симптоматические психозы.

Особенности психических расстройств при атрофических процессах головного мозга: деменция Альцгеймера, деменция при болезни Пика, Кройцфельда-Якоба, Гентингтона, Паркинсона, деменция при ВИЧ-инфекции.

Особенности пограничных расстройств: эпидемиология, и теории возникновения неврозов, психопатологические синдромы, реактивные психозы. Расстройства личности, ядерные и краевые формы, динамика психопатий, понятие о психическом инфантилизме.

Олигофрении, этиология, степени, наследственно и генетически обусловленные формы.

Вопросы лечения и реабилитации психически больных: история психофармакологии, ее роль в терапии психических расстройств; отдельные классы: неролептики (традиционные и атипичные), антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, гипнотики. Механизмы действия, показания к применению, режим дозирования, противопоказания.

Инсулинотерапия, электросудорожная терапия, пиротерапия, психотерапия. Неотложная помощь при психических заболеваниях.

По результатам 2 этапов экзамена выставляется итоговая оценка. В зависимости от результатов итоговой аттестации комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить квалификацию врач (провизор) по направлению подготовки (специальности) «Психиатрия»». Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

РЕКОМЕНДАЦИИ ОБУЧАЮЩИМСЯ ПО ПОДГОТОВКЕ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЭКЗАМЕНУ.

При подготовке к тестированию:

Открыть в сборнике тестовых заданий вариант и постараться выполнить все задания; провести анализ каждой своей неудачи. Записать, к какой теме курса они относятся; повторить эти темы и вновь проверить себя, выполнив задания следующего варианта; записать номер задания, с которым так и не удалось справиться и обратиться за советом к преподавателю.

Нужно запомнить, что нельзя подготовиться к экзамену, если прочитав задания теста, сразу же свериться с верными ответами. Все правильные ответы запомнить невозможно.

В процессе самостоятельного совершенствования знаний важно понять суть изученного материала. Бессмысленно зубрить весь фактически изученный материал, достаточно просмотреть ключевые моменты, уловить их смысл и логику.

Советы психолога

В экзаменационную пору всегда присутствует психологическое напряжение. Стресс при этом — абсолютно нормальная реакция организма. Легкие эмоциональные всплески полезны, они положительно сказываются на работоспособности и усиливают умственную деятельность. Но излишнее эмоциональное напряжение зачастую оказывает обратное действие.

Причиной этого является, в первую очередь, личное отношение к событию. Поэтому важно формирование адекватного отношения к ситуации. Оно поможет разумно распределить силы для подготовки и сдачи экзамена, а родителям — оказать своему ребенку правильную помощь.

Экзамен — лишь одно из жизненных испытаний, многих из которых еще предстоит пройти. Не придавайте событию слишком высокую важность, чтобы не увеличивать волнение.

При правильном подходе экзамены могут служить средством самоутверждения и повышением личностной самооценки.

Заранее поставьте перед собой цель, которая Вам по силам. Никто не может всегда быть совершенным. Пусть достижения не всегда совпадают с идеалом, зато они Ваши личные.

Не стоит бояться ошибок. Известно, что не ошибается тот, кто ничего не делает.

Люди, настроенные на успех, добиваются в жизни гораздо больше, чем те, кто старается избегать неудач.

Подготовившись должным образом, Вы обязательно сдадите экзамен.

Некоторые полезные советы по подготовке

Перед началом работы нужно сосредоточиться, расслабиться и успокоиться. Расслабленная сосредоточенность гораздо эффективнее, чем напряженное, скованное внимание.

Заблаговременное ознакомление с правилами и процедурой экзамена снимет эффект неожиданности на экзамене. Тренировка в решении заданий поможет ориентироваться в разных типах заданий, рассчитывать время.

Подготовка к экзамену требует достаточно много времени, но она не должна занимать абсолютно все время. Внимание и концентрация ослабевают, если долго заниматься однообразной работой. Меняйте умственную деятельность на двигательную.

Не бойтесь отвлекаться от подготовки на прогулки и любимое хобби, чтобы избежать переутомления, но и не затягивайте перемену! Оптимально делать 10-15 минутные перерывы после 40-50 минут занятий.

Для активной работы мозга требуется много жидкости, поэтому полезно больше пить простую или минеральную воду, зеленый чай, полноценно питаться.

Соблюдайте режим сна и отдыха. При усиленных умственных нагрузках стоит увеличить время сна на час.

Рекомендации по заучиванию материала

Главное — распределение повторений во времени.

Повторять рекомендуется сразу в течение 15-20 минут, через 8-9 часов и через 24 часа.

Полезно повторять материал за 15-20 минут до сна и утром, на свежую голову. При каждом повторении нужно осмысливать ошибки и обращать внимание на более трудные места.

Повторение будет эффективным, если воспроизводить материал своими словами близко к тексту. Обращения к тексту лучше делать, если вспомнить материал не удастся в течение 2-3 минут.

Чтобы перевести информацию в долговременную память, нужно делать повторения спустя сутки, двое и так далее, постепенно увеличивая временные интервалы между повторениями. Такой способ обеспечит запоминание надолго.

ОПИСАНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ.

Цифровое выражение	Словесное выражение	Описание
5	Отлично	Обнаруживающий всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, свободно владеющий компетенциями, указанными в стандарте
4	Хорошо	Обнаруживающий полное знание учебно-программного материала, владеющий всеми компетенциями, указанными в стандарте
3	Удовлетворительно	Обнаруживающий знание основного учебно-программного материала, владеющий компетенциями на уровне, позволяющими ему работать по профессии
2	Неудовлетворительно	Обнаруживающий пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, не владеющий компетенциями, позволяющими ему работать по профессии

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

Основная учебная литература

Наименование дисциплины в соответствии с учебным Планом	Название литературы	Количество экземпляров
Психиатрия, наркология, психотерапия	Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с. ISBN 978-5-9704-4017-9. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440179.html	Электронный ресурс
Психиатрия, наркология, психотерапия	Психиатрия : национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 976 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-4462-7.	Электронный ресурс

	http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444627.html	
Психиатрия	Психиатрическая пропедевтика : руководство / В. Д. Менделеевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-2863-4. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428634.html	Электронный ресурс
Психиатрия, наркология, психотерапия	Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов, В. Я. Семке, А. С. Тиганов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440179.html	Электронный ресурс

7.2. Дополнительная учебная литература

Наименование дисциплины в соответствии с учебным Планом	Название литературы	Количество экземпляров
Психиатрия	Клиническая эпилептология. Киссин М.Я. 2011. - 256 с.: ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1942-7. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419427.html	Электронный ресурс
Психиатрия	Страницы истории Российского общества психиатров (съезды, национальные конгрессы и конференции). - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-1911-3. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419113.html	Электронный ресурс
Психиатрия	Судебно-психиатрическая экспертиза / А. А. Ткаченко, Д. Н. Корзун. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 672 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3725-4. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437254.html	Электронный ресурс
Психиатрия	Наркология: руководство. Шабанов П.Д. 2-е изд., перераб. и доп. 2012. - 832 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2245-8. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422458.html	Электронный ресурс
Психиатрия, медицинская психология	Клиническая психология: учебник. Сидоров П.И., Парняков А.В. 3-е изд., испр. и доп. 2010. - 880 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-1407 http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414071.html	Электронный ресурс
Психиатрия, психотерапия	Депрессивные и тревожные расстройства: руководство. Рачин А.П., Михайлова Е.В. 2010. - 104 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1225-1. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412251.htm	Электронный ресурс
Психиатрия	Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 720 с. - (Серия "Национальные руководства")	Электронный ресурс

	- ISBN 978-5-9704-0887-2.- http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970408872.html	
Психиатрия, психотерапия, медицинская психология	Психосоматические расстройства : руководство для врачей / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3583-0. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435830.html	Электронный ресурс
Психиатрия	Психофармакотерапия в детской психиатрии : руководство для врачей / А. Н. Бурдаков [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 304 с. ISBN 978-5-9704-4190-9. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441909.html	Электронный ресурс
Психиатрия, психотерапия	Депрессии и неврозы: руководство. Бунькова К.М. 2011. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1975-5. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419755.html	Электронный ресурс

Журналы по психиатрии:

1. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева (гл. редактор проф. Н.Г. Незнанов)
2. Психиатрия и психофармакотерапия -
3. Психические расстройства в общей медицине - полные тексты статей
4. Социальная и клиническая психиатрия
5. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова - только абстракты статей
6. Независимый психиатрический журнал - полные тексты статей

8. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), необходимых для освоения дисциплины

1. Электронный каталог Научной библиотеки КГМУ
http://library.kazangmu.ru/jirbis2/index.php?option=com_irbis&view=irbis&Itemid=108
2. Электронно-библиотечная система ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (ФС по интеллектуальной собственности №2012620798, дата регистрации 17.08.2012г.)
<http://old.kazangmu.ru/lib/>
3. Консультант врача – электронная медицинская библиотека. Правообладатель: ООО ГК «ГЭОТАР». Договор № Д-4469 от 01 января 2018г. Срок доступа: 01.01.2018-31.01.2018. Договор № 3/ЭлА/2018 от 12 февраля 2018г. Срок доступа: 01.02.2018-31.12.2018г.
<http://www.rosmedlib.ru>
4. Электронно-библиотечная система elibrary.ru. Правообладатель: ООО «РУНЭБ». Действующий договор № Д-3917 от 14.02.2017г. Срок доступа: 14.02.2017 г.-14.02.2018г. Договор № 02-03/2018-1 от 14.03.2018. Срок доступа: 14.03.2018-31.12.2018.
<http://elibrary.ru>

5. Электронная база данных ClinicalKey. Договор № Д-4480 от 01 января 2018 г. Срок доступа: 01.01.2018-31.01.2018. Договор № 4/ЭлА/2018. Срок доступа: 01.02.2018-31.12.2018 с ООО «Эко-Вектор Ай-Пи». www.clinicalkey.com
6. Электронная реферативная база данных Scopus. Правообладатель: издательство Elsevier, дистрибьютор издательства Elsevier – ООО «Эко-Вектор». Договор № Д-4481 от 01 января 2018 г. Срок доступа: 01.01.2018-31.01.2018. Лицензионный договор № 5 от 1 февраля 2018г. Срок доступа: 01.02.2018-31.12.2018. www.scopus.com
7. Медицинская газета. Правообладатель: ЗАО «Медицинская газета». Договор № 335 от 01.03.2018г. Срок доступа: 01.03.2018 – 29.02.2019 <http://www.mgzt.ru>
8. Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Правообладатель: ООО «Информационный Центр «Консультант» – Региональный Информационный Центр Общероссийской Сети распространения правовой информации КонсультантПлюс (договор о сотрудничестве № 135/18РДД от 24.04.2018 г.) Доступ с компьютеров библиотеки.
9. Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева www.bekhterev.ru
10. Обширная библиотека по психиатрии (для специалистов) www.psychiatry.ru - научный центр психического здоровья РАМН (НЦПЗ)
11. НИИ Психического Здоровья Сибирского Отделения РАМН «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» www.mental-health.ru
12. Сайт Казанского Государственного Медицинского Университета, официальная страница кафедры психиатрии с курсом наркологии <http://kgmu.kcn.ru/psychiatry>

Информационное обеспечение государственного экзамена осуществляется посредством:

- размещения программы ГИА на сайте www.kazangmu.ru и информационных стендах кафедр,
- оповещения о времени и месте проведения, порядке государственного экзамена посредством информирования ординаторов, организованного отделом ординатуры.

Информация о дате и месте проведения государственного экзамена размещается на сайте <http://kgmu.kcn.ru/traineeship> и информационных стендах отдела ординатуры и кафедр.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ** **ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.**

1. Основное внимание уделять усвоению определений базовых понятий и категорий, а также содержания основных проблем в психиатрии;
2. Не ограничиваться использованием только лекций или учебника, монографий и использовать дополнительную литературу из рекомендованного списка (особенно научно-популярные издания, в которых многие вопросы рассматриваются в более удобной для понимания форме);
3. Не просто заучивать и запоминать информацию, но понимать ее – понимание существенно экономит время и усилия, и позволяет продуктивно использовать полученные знания;
4. Использовать профессиональную терминологию в устных ответах/
5. Аргументировано излагать свою точку зрения – каждый имеет право на собственное мнение, но точкой зрения это мнение становится, только если оно корректно и убедительно обосновано;
6. Соотносить полученные знания с имеющимися знаниями из других областей науки, в первую очередь – из областей, связанных с профессиональной деятельностью.
7. Для лучшего освоения материала по дисциплине, необходимо постоянно разбирать материалы лекций по конспектам и учебным пособиям. В случае необходимости обращаться к преподавателю за консультацией.
8. Самостоятельная работа – это основная индивидуальная познавательная деятельность обучающегося в ординатуре, как на аудиторных занятиях, так и во внеаудиторное время. Его самостоятельная работа должна быть многогранной и иметь четко выраженную направленность на формирование конкретных компетенций. Цель самостоятельной работы – овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками, опытом творческой, исследовательской деятельности и обеспечение формирования профессиональной компетенции, воспитание потребности в самообразовании, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем.

К ГИА допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Продолжительность решения обучающегося междисциплинарного тестирования составляет

не более 60 минут.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу на билет составляет не более 60 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Подготовка к ГИА должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, выносимым на государственную итоговую аттестацию.

В процессе подготовки к экзаменам следует опираться на рекомендованную научную и учебную литературу.

Для систематизации знаний необходимо посещение ординаторами консультаций по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Содержание ответов ординаторов на государственном экзамене должно соответствовать требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.20 «психиатрия».

Ординаторы должны продемонстрировать уровень сформированности компетенций для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности.

В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа по каждому вопросу.

Материал по поставленным вопросам необходимо излагать структурированно и логично. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким.

Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении терминов

Фонд оценочных средств ГИА включает в себя:

- перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций, а также шкал оценивания;
- примеры типовых контрольных заданий или иные материалы, необходимые для результатов освоения программы ординатуры;
- методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов освоения образовательной программы.

Фонд оценочных средств составляется в соответствии с Положением о фонде оценочных средств и является приложением программы ГИА.

Тестовый контроль

Вопрос: 1. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:

Варианты ответа:

- а) физической истощаемости
- б) психической истощаемости
- в) фиксационной амнезии
- г) аффективной лабильности

Вопрос: 2. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:

- а) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения
- б) повышенной утомляемости и истощаемости
- в) гиперстезии
- г) нарушения сознания
- д) сомато-вегетативных нарушений

Вопрос: 3. Астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) проявлений раздражительной слабости
- б) аффективной лабильности
- в) явлений "усталости, не ищущей себе покоя"
- г) ментизма
- д) головных болей и вегетативных нарушений

Вопрос: 4. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме

- а) концентрации мышления на депрессивной фабуле
- б) затруднения запоминания
- в) затруднения воспроизведения
- г) явлений прогрессирующей амнезии
- д) депрессивного моноидеизма

Вопрос: 5. К простым вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме

- а) анестетической депрессии
- б) тревожной депрессии
- в) ступорозной депрессии
- г) депрессии с бредом осуждения
- д) депрессии с бредом самообвинения

Вопрос: 6. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии

- а) наличие или отсутствие суточных колебаний настроения
- б) наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента dolorosa
- в) депрессивный ступор
- г) все перечисленные
- д) ни один из перечисленных

Вопрос:7. Обсессивный синдром характеризуется

- а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания
- б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
- в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Вопрос:8. Навязчивое чувство антипатии характеризуется

- а) возникающим, помимо воли и вопреки действительному отношению, чувству неприязни, ненависти, отвращения к человеку
- б) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства
- в) невозможностью избавиться от него
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Вопрос:9. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
- б) нарушения сознания
- в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я
- г) расстройства самосознания витальности и активности
- д) расстройства самосознания целостности

Вопрос:10. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
- б) необычности, вычурности ощущений
- в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
- г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
- д) восприятия, искажения формы и величины своего тела

Вопрос:11. Истинным галлюцинациям свойственно

- а) произвольное возникновение представлений
- б) проецирование их вовне
- в) яркость, неотличимость от реальных предметов
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Вопрос:12. Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется

- а) склонностью к систематизации бредовых расстройств
- б) частым возникновением на высоте развития явлений бредовой деперсонализации
- в) отсутствием растерянности, яркости аффекта
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Вопрос 13 Управление учебным процессом – это:

- а) оценка достижения цели;
- б) контроль и коррекция усвоения;
- в) тщательный отбор учебного материала;
- г) определенный темп изучения учебного материала;
- д) все перечисленное неверно.

Вопрос 14 Постановка педагогической задачи осуществляется на основе:

- а) анализа педагогической ситуации;
- б) ответных реакций обучаемых;
- в) результатов обучения;
- г) решений методических советов;
- д) решения педагогического совета.

Вопрос:15. Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая

- а) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени
- б) более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления
- в) бесплодного мудрствования
- г) преобладание образных представлений над абстрактными идеями
- д) возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений

Правильный ответ: 3(В)

Вопрос:16 Бессвязность мышления (инкогеренция) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) утраты способности к образованию ассоциативных связей, речи в виде беспорядочности набора слов
- б) наличия непроизвольно возникающего непрерывного и неуправляемого потока мыслей, наплыва образов, представлений
- в) утраты способности к отражению действительности в ее связях и отношениях
- г) потери способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу
- д) хаотически образующихся бессмысленных связей в мышлении

Вопрос:17. Сужение объема мышления характеризуется всем перечисленным, исключая

- а) крайнюю ограниченность содержания мышления, обеднение темы
- б) сужение круга представлений

- в) нарушение целенаправленности мышления
- г) уменьшение подвижности мыслительных процессов
- д) затруднение переключения с одной темы на другую

Вопрос:18. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме
Варианты ответа:

- а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов
- б) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места
- в) наличия выраженного аффективного напряжения
- г) склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать
- д) целиком ошибочных, неправильных умозаключений

Вопрос:19. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) несоответствия действительности
- б) доступности исправления, устранения путем убеждения
- в) искажения отражения действительности
- г) полного овладения сознанием
- д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

Вопрос:20. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) нарушения абстрактного познания действительности
- б) построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику
- в) крайне одностороннего трактования фактов доказательств и игнорирования фактов, противоречащих излагаемой концепции
- г) непрерывной внутренней работы над содержанием бреда
- д) нарушения чувственного познания окружающего мира

Вопрос 21. Антитела каких классов принимают участие в реакциях анафилактического типа?

- а) Ig G, Ig M, Ig E.
- б) Ig E, Ig G4.
- в) Ig E, Ig M, Ig A.
- г) Ig E, Ig G4, Ig A

Вопрос 22. В каких клетках организма содержится серотонин?

- а) тучные клетки и тканевые макрофаги
- б) эозинофилы и нейтрофилы.
- в) эндотелий сосудистой стенки и эпителий бронхов и бронхиол.
- г) тромбоциты крови, энтерохромафинные клетки кишечника.

Вопрос:23. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием

- а) все происходящее сделано специально
- б) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
- в) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
- г) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных
- д) всем перечисленным

Вопрос:24. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме

- а) сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменениями аффекта
- б) правдоподобности высказываний
- в) очевидности для больных, неоспоримости их утверждений
- г) склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
- д) антагонистического бреда

Вопрос:25. Неотложная помощь при остром галлюцинаторно-бредовом, галлюцинаторном и парафренном состоянии заключается

- а) в неотложной госпитализации
- б) в купировании возбуждения нейролептиками седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен)
- в) в купировании психотической симптоматики нейролептиками- антипсихотиками (галоперидол, стелазин и т.д.)
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

Вопрос: 26 Апатический (адинамический, аспонтанный) ступор проявляется всем перечисленным, кроме

- а) ложных воспоминаний
- б) абсолютной безучастности
- в) полной бездеятельности
- г) крайнего бессилия, доходящего до прострации, бессонницы
- д) утраты воспоминаний об этом состоянии

Вопрос:27. Импульсивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме

- а) неожиданности поступков
- б) театральности поз
- в) агрессии, неистовой ярости
- г) прерывания кратковременными состояниями ступора
- д) преобладания в речи стереотипно повторяемых слов (эхолалии, вербигерации)

Вопрос:28 Онейроидная кататония проявляется

- а) экстатическим, импульсивным, гебефреническим возбуждением
- б) ступором с явлениями восковой гибкости, ступорозными состояниями
- в) онейроидным помрачением сознания
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Вопрос:29. Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме

Варианты ответа:

- а) неотложной госпитализации
- б) инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, лепонекс)
- в) применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил)
- г) применения ЭСТ
- д) применения антидепрессантов

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос:30. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответа:

- а) кататонических включений
- б) помрачения сознания
- в) наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций
- г) резко выраженных двигательных возбуждений
- д) при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств

Правильный ответ: 1(А)

Вопрос:31 Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая

- а) совершение профессиональных движений
- б) хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
- в) невнятное бессвязное бормотание
- г) развитие на высоте возбуждения хореоформных гиперкинезов
- д) возможность развития карфологии

Вопрос:32. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется всем перечисленным, исключая

- а) полную отрешенность больных от окружающего
- б) видоизменение и перевоплощение своего Я
- в) фантастическое содержание переживаний
- г) дисмнестические расстройства
- д) глубокое расстройство самосознания

Вопрос:33 Сумеречное помрачение сознания по особенностям клинических проявлений подразделяется на все перечисленные формы, кроме

Варианты ответа:

- а) простой
- б) психотической
- в) эндогенной
- г) ориентированного сумеречного помрачения сознания

д) истерической (психогенной)

Правильный ответ: 3(В)

Вопрос:34. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются

а) амбулаторные автоматизмы

б) fuga или транс

в) сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне)

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

Вопрос:35 В развитии большого судорожного припадка различают

а) тоническую форму

б) клоническую форму

в) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания)

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

Вопрос:36. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает следующие основные принципы

а) раннее начало лечения

б) комплексность терапевтических мер

в) применение дозированного наркоза

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

Вопрос:37. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответа:

а) выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию

б) потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события

в) невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни

г) распространения подобного забвения на различный период

Вопрос:38. Фиксационная амнезия характеризуется

а) потерей способности запоминать

б) отсутствием памяти на текущие события

в) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

Вопрос:39 Абулия проявляется всем перечисленным, исключая

а) отсутствие побуждения

б) утраты желания

- в) полную безучастность и бездеятельность
- г) прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
- д) отказ от речи (мутизм)

Вопрос:40. Психомоторный уровень преимущественного нервно-психического реагирования по В.В.Ковалеву характерен для детей в возрасте

- а) от 0 до 3 лет
- б) 4 - 7 лет
- в) 5 - 10 лет
- г) 11 - 17 лет

Вопрос 41 Какое из педагогических понятий является самым «широким», вбирающим в себя все остальные?

- а) воспитание
- б) образование
- в) обучение
- г) самообразование

Вопрос:42. Вариантом дизонтогенеза, соответствующим психическому инфантилизму, является

- а) асинхрония
- б) акселерация
- в) тотальная психическая ретардация
- г) парциальная психическая ретардация

Вопрос:43 Олигофрения является выражением

- а) парциальной психической ретардации
- б) тотальной психической ретардации
- в) асинхронии психического развития
- г) регресса психических функций

Вопрос:44. Отсутствие потребности в контактах с окружающими при достаточном интеллектуальном уровне отмечается

- а) при синдроме Каннера
- б) при синдроме Аспергера
- в) при органическом варианте раннего детского аутизма

Вопрос:45. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома с двигательной расторможенностью, неустойчивостью настроения, повышенной раздражительностью, церебрастеническими и неврозоподобными расстройствами у детей следует оценить как

- а) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома
- б) энцефалопатический вариант гиперкинетического синдрома
- в) гиперкинетический синдром при детской шизофрении

Вопрос:46 Основным признаком отличия страхов сверхценного содержания от навязчивых страхов является

- а) содержание страхов отражает определенные объекты, вызвавшие недуг
- б) представления об устрашающих объектах доминируют в сознании
- в) ребенок убежден в обоснованности страхов и не пытается их преодолеть

Вопрос:47. Сверхценный характер фантазий отличается следующими особенностями

- а) преобладанием фантазий отвлеченного, познавательного характера (составление схем географических карт, планов, таблиц и т.п.)
- б) чертами насильственности
- в) "аффективной заряженностью" в отношении определенной тематики

Вопрос:48. Бредоподобное фантазирование в виде игрового перевоплощения с элементами деперсонализации характерно

- а) для младшего школьного возраста
- б) для дошкольного возраста
- в) для раннего возраста

Вопрос:49. Опасение излишней полноты у девочки-подростка приводит к длительному ограничению в еде, несмотря на сознание чуждости переживания и стремления от него избавиться. Это состояние следует расценить как

- а) сверхценную анорексию
- б) навязчивую анорексию
- в) бредовую анорексию

Вопрос:50. Повторное произвольное выделение кала (обычно в небольших количествах в виде пачканья белья) с получением при этом определенного удовольствия у детей - это

- а) патологическая привычка
- б) невротический энкопрез
- в) перверзное сексуальное влечение в виде энкопреза

Вопрос 51 Безвозвратные потери - это:

- а) техника и люди, выведенные из строя при катастрофе;
- б) потери погибшими, умершими и пропавшими без вести;
- в) все потери населения, возникающие при катастрофе.

Вопрос:52 Для мышления больных шизофренией характерно

- а) замедление ассоциативного процесса
- б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
- в) обстоятельность
- г) ускорение ассоциативного процесса
- д) все перечисленное

Вопрос:53. Основными формами течения шизофрении являются все перечисленные,

кроме

- а) параноидной
- б) вялотекущей
- в) кататонической
- г) приступообразно-прогредиентной
- д) рекуррентной

Вопрос 54 Депрессивный синдром может развиваться при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) биполярно-аффективного расстройства
- б) шизофрении
- в) эпилепсии
- г) симптоматических психозах
- д) прогрессивного паралича

Вопрос:55 Понятие циркулярности включает

- а) течение фазовыми состояниями и аффективную структуру фаз
- б) обязательную повторяемость фаз одного знака
- в) обязательное возникновение полярных фаз
- г) правильное чередование полярных фаз

Вопрос:56 Нейросифилис (сифилис нервной системы)

- а) развивается в результате заражения бледной трепонемой
- б) объединяет сифилис головного мозга и прогрессивный паралич
- в) представлен более ранним со времени заражения заболеванием (сифилис мозга) и более поздним (прогрессивный паралич)
- г) верно все перечисленное
- д) неверно все перечисленное

Вопрос 57 При сифилисе мозга могут наблюдаться расстройства

- а) психопатоподобные
- б) неврозоподобные
- в) пароксизмальные
- г) все перечисленные
- д) никакие из перечисленные

Вопрос:58 К функциональным психозам инволюционного периода относят

- а) инволюционные меланхолии и бредовые психозы
- б) затяжные дебюты сенильной деменции
- в) инициальный этап болезни Альцгеймера
- г) системные дегенерации пресенильного возраста

Вопрос:59 Проявлениями развернутой стадии инволюционной меланхолии является все перечисленное, кроме

- а) тревожно-ажитированной депрессии
- б) депрессии с бредом гибели семьи

- в) иллюзорного галлюциноза
- г) истинного вербального галлюциноза
- д) нарушения сна

Вопрос 60 Под медицинской статистикой понимают

- а) раздел статистики, изучающей здоровье населения
- б) совокупность статистических методов, необходимых для анализа ресурсов и деятельности ЛПУ
- в) раздел статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением
- г) раздел статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной и социальной гигиеной
- д) раздел статистики, изучающей вопросы, связанные с социальной гигиеной, планированием и прогнозированием деятельности ЛПУ

Вопрос 61 Предметом изучения медицинской статистики являются

- а) информация о здоровье населения
- б) информация о влиянии факторов окружающей среды на здоровье человека
- в) информация о кадрах, сети и деятельности учреждений и служб здравоохранения
- г) информация о результатах клинических и экспериментальных исследованиях в медицине
- д) все вышеперечисленное

Вопрос: 62 Психопатоподобные расстройства в начальном периоде сенильной деменции включают все перечисленное, кроме

- а) сужения круга интересов
- б) эгоцентризма
- в) эмоционального снижения
- г) подозрительности
- д) эйфорического оттенка настроения

Вопрос:63 В развернутой стадии старческого слабоумия наблюдается все перечисленное, кроме

- а) глобальной деменции
- б) сохранности адаптации
- в) сохранения аффективной памяти
- г) сохранения ассоциативной памяти
- д) сохранения моторной памяти

Вопрос:64 Термин "умственная отсталость"

- а) тождествен термину "олигофрения"
- б) тождествен термину "деменция"
- в) тождествен термину "рано приобретенное слабоумие"
- г) объединяет случаи олигофрении и рано возникшей деменции
- д) объединяет случаи деменции, возникшей в раннем детстве и в пубертате

Вопрос:65 При олигофрении возможно все перечисленное, кроме

- а) признаков прогрессивности
- б) эволютивной динамики
- в) периодов декомпенсации под влиянием возрастных кризов
- г) периодов компенсации
- д) периодов декомпенсации под влиянием психических факторов

Вопрос:66 Легкой умственной отсталости соответствует коэффициент (IQ)

- а) 50-70
- б) 70-90
- в) 60-80
- г) 40-50
- д) 40-60

Вопрос:67 Этиологические факторы олигофрении в зависимости от времени воздействия разделяются

- а) на наследственные
- б) на внутриутробные
- в) на перинатальные и первых 3 лет жизни
- г) на все перечисленные
- д) все перечисленное неверно

Вопрос:68 Для расстройств личности характерно

- а) стойкие аномалии личности
- б) дисгармония эмоционально-волевой сферы
- в) преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Вопрос 69 .Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются

- а) медико-демографические показатели
- б) заболеваемость
- в) инвалидность
- г) физическое развитие
- д) временная нетрудоспособность

Вопрос 70 .Медицинская демография это:

- а) "статика" населения(численность, расселение, плотность и т.д.).
- б) движение населения(механическое и естественное)
- в) заболеваемость с временной утратой трудоспособности
- г) показатели здоровья населения
- д) часть демографии, отражающая здоровье населения
- е) всё перечисленное верно

Вопрос:71 Видами дизонтогенеза являются

- а) искаженное, асинхронное развитие
- б) запаздывающее развитие
- в) акселерация

г) верно а) и б)

д) все перечисленные

Вопрос 72 Основными характерными признаками психопатий по П.Б.Ганнушкину являются

а) тотальность характерологических нарушений

б) стойкость характерологических нарушений

в) выраженность до степени изменения социальной адаптации

г) все перечисленные

д) ни один из перечисленных

Вопрос:73. Общие признаки аффективных психопатий включают

а) синтонность, общительность

б) свободное проявление чувств

в) естественность и понятность эмоций

г) преобладание или одного фона настроения, или лабильность, неустойчивость его

д) все перечисленное

Вопрос 74 Понятие "первичное патологическое влечение к алкоголю" соответствует утверждению

а) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации

б) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации

в) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы

г) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса

Вопрос:75 Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости верно все перечисленное, кроме

а) спонтанного возникновения

б) реализации вслед за возникновением

в) появления преимущественно у больных с астеническими характерологическими чертами в преморбиде

г) интенсивности, подобной голоду или жажде

д) формирования во II-III и III стадиях заболевания

Вопрос:76 Термин "наркотическое" средство включает в себя следующие критерии

а) медицинский

б) социальный

в) юридический

г) все перечисленные

Вопрос:77 Чаще всего наркомания формируется у лиц

- а) с дефектами воспитания
- б) с личностными девиациями
- в) с нарушениями социальной адаптации
- г) со всем перечисленным
- д) ни с чем из перечисленного

Вопрос:78. В основе сенсорной алалии лежит несформированность

- а) фонематического слуха
- б) речедвигательного анализатора
- в) и того, и другого

Вопрос 79.Укажите основные показатели естественного движения населения

- а) рождаемость
- б) смертность
- в) верно всё

Вопрос80.Обобщающим показателем естественного движения населения является

- а) рождаемость
- б) смертность
- в) естественный прирост

Вопрос 81.К общим показателям воспроизводства(естественного движения) населения не относится

- а) рождаемость
- б) смертность
- в) естественный прирост
- г) средняя продолжительность жизни

Вопрос 82.В структуре смертности населения России ведущие места занимают

- а) инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания
- б) болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления
- в) *новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания*

Вопрос 83. Амнестическая афазия наблюдается при поражении:

- а) лобной доли
- б) теменной доли
- в) стыка лобной и теменной доли
- г) стыка височной и теменной доли

Вопрос 84. К симптомам, характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относятся:

- а) нарушение психики

- б) преобладание пареза в руке
- в) хватательный рефлекс
- г) апраксия левой руки
- д) все перечисленное

Вопрос: 85. Патогенетическая терапия психотропными средствами основана

- а) на комплексности терапии (постоянном сочетании медикаментозного лечения с психотерапией, другими мерами сомато-неврологического лечебного воздействия)
- б) на непрерывности терапевтического воздействия с преемственностью между стационарным и внебольничным лечением
- в) на единстве медикаментозного и социально-трудового воздействия
- г) на всем перечисленном
- д) ни на чем из перечисленного

Вопрос:86. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относится:

- а) клиническая обоснованность назначения препаратов
- б) дифференцированный подход к назначению препаратов
- в) контроль терапии в динамике
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Вопрос:87 Среди психотропных препаратов выделяют

- а) психолептики
- б) психоаналептики
- в) психодизлептики
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Вопрос 88 Абсолютное показание к хирургическому вмешательству при черепно-мозговой травме:

- а) ушиб головного мозга с трещиной свода черепа
- б) травма головы с трещиной черепа и ликвореей
- в) травма головы и клиническая картина нарастающего сдавления головного мозга, смещение М-эха более 7 мм

Вопрос 89 Причины компрессии головного мозга при черепно-мозговой травме:

- а) трещина свода или основания черепа
- б) кровотечение или ликворея из ушей и носа
- г) вдавленный перелом, внутричерепная гематома, гидрома, очаг разможжения головного мозга

Вопрос 90 Клинические признаки сотрясения головного мозга:

- а) травма головы с гемиплегией
- б) травма головы с афазией

в) травма головы с кратковременной утратой сознания (секунды) безочаговых и оболочечных симптомов

Вопрос 91 Оптимальный метод верификации арахноидальных кист любой локализации:

- а) обзорная рентгенография
- б) ЭЭГ
- в) изотопная диагностика
- г) компьютерная томография
- д) церебральная ангиография

Вопрос 92 Стадия прогрессирующей гидроцефалии характеризуется:

- а) признаками гидроцефалии и ликворной гипертензии
- б) признаками гидроцефалии и ликворной нормотензией

Вопрос 93 Легкая степень простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) ощущения психического и физического комфорта
- б) повышения речедвигательной активности
- в) легкого нарушения координации движений
- г) замедления ассоциативного процесса
- д) появления вегетативных реакций в виде гиперемии кожи лица, учащенного пульса, повышения аппетита

Вопрос 94 Понятие "патологическое влечение к алкоголю" соответствует

- а) активному стремлению больных алкоголизмом к употреблению спиртного вне интоксикации
- б) неспособности больных прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса независимо от изначально выпитой дозы и ситуации
- в) неодолимому стремлению продолжить выпивку после определенной дозы
- г) стремлению к употреблению алкоголя на фоне физических, неврологических или психических расстройств после опьянения
- д) всему перечисленному

Вопрос 95 Астеновегетативный компонент алкогольного абстинентного синдрома

характеризуется наличием всего перечисленного, кроме

- а) гипергидроза
- б) тахикардии
- в) жажды, сухости во рту, снижения аппетита
- г) тремора
- д) нерезко выраженной астении

Вопрос 96 Одним из главных звеньев патогенеза синдрома неврологических нарушений при алкоголизме являются

- а) нарушение тиаминового обмена
- б) повышение внутричерепного давления и гидроцефалия
- в) нарушение обмена белка

Вопрос 97 Для неврозоподобных расстройств, выявляемых у больных в первой стадии алкоголизма, характерно

- а) раздражительность
- б) эмоциональная лабильность
- в) высокая утомляемость, слабость в первой половине дня
- г) быстрое засыпание с ранним пробуждением
- д) все перечисленное

Вопрос 98 Опора в мышлении на латентные признаки, выявленная при проведении методики “пиктограмма” указывает на наличие:

- а) Шизофренического симптомокомплекса
- б) Невротического симптомокомплекса
- в) Психопатического симптомокомплекса
- г) Органического симптомокомплекса
- д) Олигофренического симптомокомплекса

Вопрос 99. Исследование, направленное на оценку состояния высших психических функций, особенностей функционирования асимметрии полушарий называется:

- а) Нейропсихологическим
- б) Патопсихологическим
- в) Психопатологическим
- г) Психиатрическим
- д) Психосоматическим

Вопрос 100 К методу, предназначенному для исследования уровня интеллекта относится:

- 1) Тест Люшера
- 2) ММРІ
- 3) Тест Векслера
- 4) Тест Мюррея (ТАТ)
- 5) Тест Роршаха

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной 44 года врач, наблюдается у психиатра с 28 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, длящихся в среднем от 1,5 до 2 месяцев, преимущественно в осенний период. Пациент обходился амбулаторным лечением, принимал amitriptilin доза 50 мг. в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда 4 месяца назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижением работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания).

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №2

Пациентка 30 лет перенесла плановую операцию на щитовидной железе. Послеоперационный период протекал благополучно, но больная не встаёт с постели, отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость. После выписки, несмотря на то, что эндокринолог не находил столь выраженной патологии, продолжала чувствовать себя больной. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками, никого не хотела видеть. Консультирована врачами разного профиля, с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония» наблюдалась неврологом. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена оставить работу. Прекратила общение с подругами. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок. Считает состояние прямым следствием физического недомогания.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №3

Пациентка 25 лет педагог обратилась к психиатру. Начиная, с подросткового периода у неё бывают эпизоды состояния грусти, временами она чувствовала себя хорошо, но эти периоды редко длились более 2 недель. Говоря про свои жалобы, она фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных

депрессивных симптомах. Она трудоспособна, но думает, что делает работу не настолько хорошо, как следовало бы.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №4

Пациентка 25 лет обратилась к психиатру для решения вопроса обследования по поводу своего состояния. Месяц назад у пациентки умерла мать от хронического сердечного заболевания. Психическими заболеваниями родственники не страдали.

Пациентку беспокоят: сниженное настроение, тревога, беспокойство. Больная с трудом справляется с ситуацией утраты, не может приспособиться к новому состоянию, стала раздражительной испытывает трудности концентрации внимания не может выполнять ранее привычные обязанности, появились внезапные приступы плача и трудность засыпания.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №5

Пациент 40 лет менеджер, обратился к терапевту с жалобой на частые эпизоды затрудненного дыхания и сердцебиения, сопровождающиеся обильным потоотделением и тошнотой. Эти симптомы не связаны с ситуацией и исчезают через несколько минут. Во время таких эпизодов пациент испытывает страх и опасается, что у него сердечный приступ. На осмотре выглядит осунувшимся, уставшим и беспокойным (ажитированным). На фоне возрастающих нагрузок на работе сон стал прерывистым, снизилась способность концентрировать внимание. Пациент жалуется на сниженное настроение и тревогу по поводу приступов, суицидальных идей нет, но иногда приходят мысли о том, что его семье будет легче без него.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №6

Пациент В., 74 года. На приеме в сопровождении супруги. Самостоятельно жалуется на головные боли, в силу речевых расстройств дать четкую характеристику головной боли не может. Со слов сопровождающей супруги, головные боли беспокоят практически ежедневно, стал отказываться от некоторых приемов пищи, бывает временами подавлен и апатичен, не сопровождает супругу в гости к внукам, куда раньше ходил с большим удовольствием. Когда остается дома «ничем не занимается, просто сидит или спит», при этом ночной сон нарушен частыми пробуждениями с последующим затрудненным засыпанием. Так же, супруга отмечает, что не выполняет высказанные ею просьбы, объясняя тем, что «забыл», зачастую плачет, не поясняя причины. Перестал справляться с обязанностями по оплате коммунальных услуг, ограничил посещение магазина по соседству, т.к. боится заблудиться, не справиться с расчетами.

Анамнез: указанные жалобы развивались постепенно на протяжении последних 3 месяцев, после перенесенного кардиоэмболического ишемического инсульта в бассейне левой СМА. Наличие очага ишемии было МРТ-верифицировано в остром период ОНМК. Известно, что страдает пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, гипертонической болезнью. По данным ЭКДС - атеросклероз БЦА с развитием гемодинамически незначимых стенозов (ВСА с обеих сторон 20%).

АД по дневнику самоконтроля компенсировано.

Терапия в настоящее время: дабигатрана этексилат (прадакса), лозартан, метопролол, экстракт гинкго билоба.

В неврологическом статусе: В сознании. Выявляются элементы афатических нарушений – литеральные, вербальные парафазии. ЧН – зрачки равные, фотореакции сохранены. Глазные щели симметричные. Асимметрия носогубных складок – сглажена справа, опущен угол рта справа. Язык по средней линии. Проприорефлексы оживлены, выше справа. Патологически кистевые знаки: аналог рефлекса Россолимо, рефлекс Вендеровича, Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Парезов не выявлено. Чувствительных нарушений не выявляется. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Устойчив в позе Ромберга.

Вопросы:

- 1) какие синдромы можно заподозрить?
- 2) перспективы фармакотерапии у данного пациентка

Задача №7

68 – летняя вдова, обратилась с жалобами на общую раздражительность, утомляемость, усиление болей в суставах в течение последних 6 месяцев. Неохотно отвечает на вопросы, хотя признает, что часто чувствует подавленность. Говорит, что память стала намного хуже, чем раньше. Снижение веса связывает с неудовлетворительным питанием (слишком маленькая пенсия). Имеет дочь, которая живёт по соседству, но полностью занята своими заботами. Пациентка больше не испытывает удовольствия от встреч с друзьями, но вновь пытается самостоятельно интерпретировать это как результат утраты энергии. Она принимает нестероидные противовоспалительные средства по поводу артрита, однако на момент обследования признаков воспаления в суставах не выявляется.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №8

Больная 45 лет, врач-педиатр. В течение 2-х месяцев жалуется на пониженное настроение с суточными колебаниями в тяжести симптомов, ранние утренние пробуждения, снижение аппетита со снижением веса. У пациентки выявляется повышенная плаксивость и психомоторная заторможенность. Испытывает сонливость в течение дня, утратила интерес к тому, что раньше было для неё приятным. Пациентка признается, что временами появляются мысли о самоубийстве, хотя конкретных планов у неё нет и, как человек верующий, считает это большим грехом, вряд ли решится покончить с собой. Пациентка говорит, что стала больше посещать церковь, чтобы облегчить свое состояние, но мало помогало. Пробовала употреблять алкоголь, но, испугавшись привыкания, бросила.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №9

На приём к терапевту обратилась женщина 40 лет с периодическими болями в области живота. Семейный анамнез отягощен по линии отца алкоголизмом, по линии матери депрессивными расстройствами. Её обучение в школе прерывалось из-за соматических заболеваний у матери. Больная впервые обратилась к врачу в 20 лет по поводу спастических болей в животе и тошноты. С этих пор симптомы периодически возобновлялись. Наблюдалась у нескольких гастроэнтерологов, неоднократно обследовалась, но объективно патологии не обнаружено. В 25 лет стали возникать эпизоды дисменореи, но обследования у гинекологов не выявило причин этой патологии. Стала часто обращаться к участковому врачу с неопределенными жалобами. На приёме выглядит тревожной, жалуется на плаксивость и плохой сон. Участковый врач подозревает депрессию, тогда как сама пациентка уверена в необходимости дальнейших физикальных обследований.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №10

Больная 45 лет домохозяйка, жена банкира. В течение многих лет страдает генерализованным тревожным расстройством, не имеющим связи с какими — либо конкретными ситуациями; в прошлом отмечались частые панические атаки с симптомами агорафобии. Выглядит очень тревожной, жалуется на постоянное ощущение, что находится «на грани срыва». Не может связать свое состояние с какими либо известными ей обстоятельствами. Периодически испытывает обострения тревоги, которые сопровождаются лёгким тремором конечностей, сердцебиением и ощущением нереальности происходящего вокруг. Эти симптомы обычно усиливаются в толпе, с определенного времени не может посещать обязательные для мужа приёмы.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №11

Больная 54 года, наследственность не отягощена, без вредных привычек. После известия о трагической смерти сына в автокатастрофе внезапно ощутила резкую слабость в ногах, в течение часа не могла говорить, не понимала, что с ней происходит. По словам мужа, выглядела растерянной, металась по комнате, не верила в происшедшее. На следующий день возбуждение сменилось оцепенением, лежала в постели отвернувшись к стене, отказывалась от пищи. Период похорон помнит «как в тумане», казалось что всё произошло не с ней. Спустя неделю появилась выраженная подавленность, чувство душевной пустоты, ничто не радовало. На приёме жалобы на подавленное, безрадостное настроение, тоску, мучительные воспоминания о случившемся, нарушения сна, отсутствие аппетита, потерю веса за последний месяц на 10 кг.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №12

На приём к врачу терапевту обратилась больная 39 лет юрист (работник суда) с жалобами на резко сниженную работоспособность, потерю самоуважения, чувство вины и никчемности. При осмотре на приём пациентка вошла медленной шаркающей походкой, сидит в согбенной позе с опущенной головой, прижатые к туловищу руками и сдвинутыми коленями. Глаза опущены вниз, губы плотно сжаты, уголки рта опущены, лобные мышцы тонированы, образуются поперечные складки над продольными межбровными складками в силу сдвинутой бровей.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №13

Больная непрерывно ходит по палате, заламывает руки, плачет навзрыд, кричит, бьет себя кулаками по голове, царапает лицо. Волосы растрепаны, на лице выражение страха и страдания. Разговаривая с врачом, продолжает ходить по кабинету, кусает руки, губы, просит сделать ей «смертельный укол». Неожиданно упала на колени, пыталась целовать ноги врача, умоляя спасти ее семью, которой грозит гибель. Обещает за это любое вознаграждение. Поднятая с пола, сунула в карман зрача золотое кольцо, по ее просьбе принесенное дочерью в воскресенье. Выговор, сделанный врачом, принимает как отказ помочь ей. Уговорам не поддается, остается крайне тревожной. Выйдя из кабинета, с громким криком бросилась к окну, выбила стекло, нанесла себе ранение осколками. Временное успокоение наступило после внутреннего введения тизерцина.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
6. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №14

У самых дверей приемно-диагностического отделения психиатрической больницы 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, и 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. Ко тут же на лице вновь 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 записала 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 твист. Спит не более 3-4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется даже применением очень больших доз нейролептиков.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
2. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №15

Больная С., 60 лет, пенсионерка. 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. На утро 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 течении 5 лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выбраться из окна, называют ее оскорбительными «менами». 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.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
 2. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №16

Больная Г., 14 лет, ученица 8 класса, Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице подмигивала незнакомым молодым людям. В отделении психиатрической больницы держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но иногда, оставшись в одиночестве, танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна, в присутствии других детей и, особенно, мальчиков, ложится в кровать, задирает халат и голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их все видят!» Себя называет «Вильгельмом-завоевателем по фамилии Перепрыжкин». 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 детей.

При беседе с врачом девочка 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 обеспокоена перерывом в учебе:

«Ничего нет особенного. Перейду учиться в другую школу». При свидании с подругами не проявляет никакой радости.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
2. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №17

Больной В., 18 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих месяцев состояние остается неизменным. Ни с кем не общается, часами лежит в постели, сохраняя одну и ту же позу, голова приподнята над подушкой. Иногда встает и подолгу стоит около кровати, однообразно переступая с ноги на ногу. Временами внезапно вскакивает, подбегает к двери, целует косяк и вновь ложится в постель. На лице застыла бессмысленная улыбка, губы вытянуты (симптом хоботка) кожные покровы лица сальные, изо рта вытекает слюна. Кисти рук и стопы цианотичны, акрогипергидроз.

Вступить в контакт с больным не удается. На вопросы он не отвечает, смотрит в сторону, чему-то усмехается. При попытке осмотреть больного, открыть ему рот оказывает сопротивление. Тонус мышц конечностей повышен. Накормить больного очень трудно. При кормлении он отворачивается, сжимает зубы. Но иногда, предоставленный самому себе, берет в руки ложку и начинает медленно есть. Неопрятен, мочится и испражняется в постель. Уход, за больным труден.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
2. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №18

Больной Г., 39 лет, инвалид II группы. Поступает в психиатрическую больницу в 6-й раз; приступы болезни сходны, по типу «клише». При поступлении в стационар контакту почти недоступен. То возбужден, прыгает, кричит, свистит, то бесцельно бродит по коридору с выражением от-решенности, временами беспричинно смеется. Через 3 недели наступило значительное улучшение состояния, и больной рассказал о своих переживаниях следующее: «Я понимал, что нахожусь в больнице, но как-то не придавал этому значения. В голову потоком лезли мысли, все в голове смешалось. Все вокруг было странным, фантастичным: цветы на окне я принимал за марсианские растения, казалось, что у людей прозрачные голубые лица и двигаются они медленно, плавно — словно летают по воздуху. Своего врача, у которого я лечусь третий раз, я сразу узнал, но и она мне казалась воздушной, бесплотной, вместо рук у нее были щупальца, и я чувствовал их холодное прикосновение. Лягу в постель — и сразу же мыслями уношусь далеко. Представляю себе здания с коринфскими колоннами, и сам я хожу будто бы по сказочному городу среди людей, одетых в древнеримские одежды. Дома кажутся пустыми, незаселенными, везде видятся памятники. Все это — как во сне».

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
2. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №19

Больной В., 37 лет, слесарь. 3 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 чрезвычайном страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В отделении возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на тему 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.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
2. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №20

Больной З., 68 лет, колхозник. В течение нескольких недель находится на лечении в психиатрической больнице. Жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеется помутнение роговой оболочки. Других жалоб не предъявляет. В отделении спокоен, подсаживается к больным пожилого возраста, о чем-то беседует с ними. В обращении с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько слащав. Приветливо здоровается, но встретив врача спустя несколько минут, приветствует его вновь. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист, а через 5 минут опять спрашивает о том же. Числа, месяца и года назвать не может. Видя вокруг себя людей в белых халатах, догадывается, что его положили в больницу, но в какую — не помнит. Рассказывает, что только вчера приехал из деревни. — «Вот лошадь-то во дворе привязал! Сейчас ходил, сена ей задал!» Вернувшись после консультации в кабинете профессора, всем рассказывал с убежденностью, что профессор угощал его шампанским; сердился, когда ему говорили, что этого не было. Любит поговорить о днях своей молодости. Помнит события школьных лет, правильно воспроизводит эпизоды Гражданской войны, в которой больной принимал участие. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает — то утверждает, что их у него вообще нет, то называет несколько имен, во всякий раз разных.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
2. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №21

Больная 3., 42 года, журналистка. Наследственность не отягощена. Родилась в семье сельского Священника. Родителей лишилась рано, воспитывалась бабушкой и дедушкой. В семье все ее баловали, жалели как сироту, старались исполнить все ее желания. Росла капризной, не в меру требовательной и своевольной. В школе училась хорошо, без всякого труда усваивала учебный материал. Но учителя характеризовали ее как девочку эгоистичную, заносчивую, не терпящую возражений. Участвовала в школьной самодеятельности, успешно выступала в драматическом кружке, пела, танцевала. Любила все красивое, яркое и нетерпимо относилась к темным сторонам жизни. Отличалась большой впечатлительностью, увлекалась художественной литературой, отдавая предпочтение «чувствительным» романам, в мечтах вживалась в образ героини романа. Занимаясь в педагогическом училище, куда больная поступила после окончания 7 классов школы, стала сама писать стихи и небольшие рассказы. После училища поступила на филологический факультет университета и окончила его с отличием. Недолго работала педагогом в сельской школе — педагогическая работа не нравилась, тянуло к работе, связанной со сменой впечатлений, к общению с разными людьми. Некоторое время работала в райкоме комсомола, в редакции районной газеты, а затем переехала в город.

Замуж вышла в возрасте 23 лет, но с мужем прожила лишь 1 год «не сошлись характерами». Ушла от мужа, оставив ему маленького ребенка. Второй раз вышла замуж через 15 лет за человека, который был на 10 лет моложе ее, детей от второго брака не имеет. Муж характеризует больную как женщину добрую, но вспыльчивую. В компании всегда бывает веселой, душа, общества», легко сходится с людьми, но так же легко с ними и ссорится. Может незаслуженно обидеть человека, а потом сама раскаивается в этом. Склонна к неожиданным, необдуманным поступкам — решает все эмоционально, «по наитию». Очень ревнива, из-за ревности часто возникают ссоры с мужем. В повседневной жизни непрактична, хозяйством заниматься не любит, как-то получилось, что все домашние дела постепенно перешли к мужу. Это не мешало ей в кругу друзей жаловаться на трудную жизнь: «Все на мне — и работа и хозяйство!..»

Впервые обратилась к невропатологу 7 лет тому назад. В связи с конфликтами на работе стала более раздражительной, вспыльчивой, жаловалась на слабость и повышенную утомляемость. После лечения состояние улучшилось. В последующие годы вновь неоднократно возникали такие же болезненные расстройства, связанные с конфликтами дома и на работе, но к врачам по этому поводу не обращалась.

В психиатрическую клинику больная поступила после очередных конфликтов на работе и ссоры с мужем. На праздничном вечере приревновала мужа к сотруднице, дома было неприятное объяснение, после чего муж собрал свои вещи и ушел. Больная слегла в постель, жаловалась на «ужасную головную боль», ни с кем не разговаривала, не ела, плохо спала, намекала на «нежелание жить», не выходила на работу.

В отделение психиатрической клиники больную ввели под руки. Ноги передвигает с трудом, волочит их, заявляя, что у нее «паралич». Большую часть времени лежит в постели, выражение лица страдальческое, руки бессильно раскинуты в стороны.

Капризна, раздражительна, постоянно требует к себе внимания, осыпает упреками персонал отделения. Настаивает на том, чтобы ее кормили в постели, под руки водили в туалет. Однажды, получив отказ, помочилась в постель. Затем стала вставать с постели сама, но ходит пошатываясь, широко расставляя ноги, держится при этом за стену. Придя в кабинет к врачу, вдруг не смогла говорить, слова произносила еле слышным шепотом, знаками показывая, что у нее пропал голос. К вечеру голос восстановился. Всем окружающим рассказывает, что она очень тяжело больна, ей не оказывают должного внимания, она будет жаловаться, старается настроить других больных против врачей больницы. Узнав от соседки по палате, что та перенесла операцию по поводу рака матки, заявила, что у нее тоже рак, стала жаловаться на «невыносимые боли в животе», просила передать мужу, что домой она уже больше никогда не вернется. Вместе с тем, тщательно следит за своей внешностью, прической, при разговоре с врачом-мужчиной кокетливо улыбается. Об этом врач говорит, что это — «изумительный человек, талантливый и благородный», все же остальные «не стоят его мизинца».

К концу третьей недели от начала лечения состояние больной значительно улучшилось. Стала спокойной, общается с больными, подружившись особенно с одной из них, занимается рукоделием, читает, собирается написать очерк в газету «о благородных людях, возвращающих больным самое ценное для них — здоровье». Охотно встречается с мужем, с которым наступило примирение, на свидании с ним ласкова и нежна. Выписана в удовлетворительном состоянии на работу.

В соматическом и неврологическом статусе патологических изменений не установлено. Анализы крови и мочи — в норме.

1. Поставьте диагноз психического заболевания
2. Какие симптомы описаны?
3. Каким синдромом определяется состояние?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №22

Женщина 24 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 8 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, была двигательно-беспокойной, пыталась выпрыгнуть с балкона. Родственники вызвали дежурного психиатра.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №23

Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиа полётов. После серии авиакатастроф, больной стал

бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача №24

Больная 37 лет. Больна в течение многих лет. С 12летнего возраста стали нарастать изменения личности: стала пассивной, безразличной и холодной к матери, перестала учиться в школе, ничем не занималась. Живёт с матерью, которая полностью её обслуживает, ни к чему не проявляет интереса. Цельными часами стереотипно раскачивается сидя на стуле, речь разорванная, иногда становится жестокой к матери, бьёт её, прожорлива, контакт с больной затруднён.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № ОРД
ЗАСЕДАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ КОМИССИИ
ПО ПРИЕМУ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

«__» _____ 201_ г.

по специальности _____

Присутствовали:

Председатель ГЭК:

Члены ГЭК:

Экзаменуется ординатор _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

1 этап – междисциплинарное тестирование:

Из _____ тестовых вопросов получено _____ правильных ответов, что составляет _____% и соответствует оценке _____.

2 этап – итоговое собеседование

Перечень вопросов, заданных ординатору:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Общая характеристика ответа ординатора на заданные ему вопросы:

Признать, что ординатор сдал государственный экзамен с итоговой оценкой _____

(«отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»)

Особое мнение членов Государственной экзаменационной комиссии

РЕШЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ КОМИССИИ

1. Признать, что ординатор выполнил все требования ГИА по специальности.

2. Присвоить _____
(Фамилия, Имя, Отчество)
квалификацию _____

3. Выдать диплом об окончании ординатуры.

Председатель ГЭК _____ / _____ /
(подпись) фамилия и.о.

Секретарь комиссии _____ / _____ /
(подпись) фамилия и.о.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ
рассмотрения апелляции по результатам
государственной итоговой аттестации ординатора

В результате дополнительного рассмотрения государственного экзамена ординатора

_____ (ФИО полностью)

Апелляционная комиссия установила, что количество баллов _____ цифрами _____

поставлено _____
_____ правильно/ошибочно

Апелляционная комиссия приняла решение, что окончательный результат по государственной итоговой аттестации _____

Составляет _____ баллов.
_____ (прописью)

Председатель апелляционной комиссии: _____ / _____
_____ (подпись) _____ (ФИО)

Заместитель председателя
апелляционной комиссии: _____ / _____
_____ (подпись) _____ (ФИО)

Член апелляционной комиссии: _____ / _____
_____ (подпись) _____ (ФИО)

Член апелляционной комиссии: _____ / _____
_____ (подпись) _____ (ФИО)

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

С решением апелляционной комиссии ознакомлен.

Ординатор: _____ / _____
_____ (подпись) _____ (ФИО)

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

Лист регистрации изменений

Номер изменения	Номер листа			Дата внесения измене- ния	Дата введен ия измене- ния	Всего листов в документе	Подпись ответственного за внесение изменений
	изме- ненного	нового	изъятого				