

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Психиатрия»

**Специальность:** 31.05.01 Лечебное дело

**Направленность:** Организация и оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в медицинских организациях

Язык реализации: русский, английский

Рабочая программа дисциплины «Психиатрия» составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 988 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело».

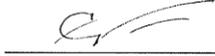
**Составители рабочей программы дисциплины:**

Софронов А.Г., зав. кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, профессор, доктор медицинских наук; Задорожная О.В., ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кандидат медицинских наук; Некрасов В.А, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

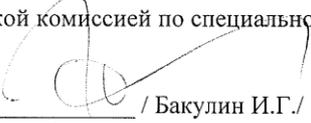
**Рецензент:**

С.В. Гречаный заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», доцент, доктор медицинских наук.

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании кафедры  
Психиатрии и наркологии  
11 апреля 2021 г., Протокол № 4

Заведующий кафедрой  / Софронов А.Г./  
(подпись)

Одобрено Методической комиссией по специальности 31.05.01 Лечебное дело  
11 мая 2021 г.

Председатель  / Бакулин И.Г./  
(подпись)

Рассмотрено Методическим советом и рекомендовано для утверждения на Ученом совете  
20 мая 2021 г.

Председатель  / Артюшкин С.А. /  
(подпись)

Дата обновления:

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Цель освоения дисциплины.....	4
2. Место дисциплины в структуре образовательной программы .....	4
3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы.....	4
4. Объем дисциплины и виды учебной работы .....	7
5. Содержание дисциплины, структурированное по разделам (темам) с указанием количества академических часов и видов учебных занятий.....	7
6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины .....	15
7. Оценочные материалы .....	17
8. Перечень учебной литературы и ресурсов сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины .....	17
9. Перечень информационных технологий, используемых для освоения дисциплины, включая перечень программного обеспечения, профессиональных баз данных и информационных справочных систем.....	19
10. Материально-техническое обеспечение дисциплины .....	21
Приложение А.....	22

## 1. Цель освоения дисциплины

Целью освоения дисциплины «Психиатрия» является углубление уровня освоения компетенций обучающегося, освоение умений первичной диагностики психических расстройств и расстройств поведения для их своевременного обнаружения, оказания неотложной помощи и направления специалисту в условиях общей медицинской практики.

## 2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Психиатрия» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень образования специалитет Направленность: Организация и оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в медицинских организациях. Дисциплина является обязательной к изучению.

## 3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции
ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ИД-1 ОПК-1.1 Соблюдает моральные нормы, этические и деонтологические принципы поведения в профессиональной деятельности.
	ИД-2 ОПК-1.2. Осуществляет взаимодействие в системе «врач-пациент» в соответствии нормами этики и деонтологии.
	ИД-3 ОПК-1.3. Осуществляет профессиональную деятельность в соответствии с действующими правовыми нормами
ОПК-2. Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ИД-1 ОПК-2.1. Разрабатывает методические материалы для проведения бесед и занятий по вопросам здорового образа жизни, по правильному питанию, профессиональной и индивидуальной гигиене с различными контингентами населения.
ПК-2. Способен к проведению обследования пациента с целью выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм	ИД-1 ПК-2.1. Осуществляет опрос и обследование пациента (сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
	ИД-2 ПК-2.2. Формулирует предварительный диагноз, составляет план и направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	ИД-3 ПК-2.3. Направляет пациента на консультацию к врачам специалистам и/или для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания

	<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИД-4 ПК-2.4. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/состояниями</p> <p>ИД-5 ПК-2.5. Устанавливает диагноз с учетом клинических классификаций и действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>
ПК-3. Способен к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в медицинской помощи	<p>ИД-1 ПК-3.1. Разрабатывает план и назначает немедикаментозное и медикаментозное лечение пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи в условиях первичной медико-санитарной помощи.</p> <p>ИД-2 ПК-3.2. Проводит оценку эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания и иных методов лечения в условиях первичной медико-санитарной помощи</p> <p>ИД-3 ПК-3.3. Оказывает паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами специалистами и специализированными медицинскими организациями и социальными службами в условиях первичной медико-санитарной помощи</p> <p>ИД-4 ПК-3.4. Оказывает персонализированную общетерапевтическую помощь пациентам, в том числе беременным женщинам, пациентам пожилого и старческого возраста в условиях первичной медико-санитарной помощи</p>
ПК-4. Способен к осуществлению комплекса мероприятий для подготовки и проведения различного рода экспертиз	<p>ИД-1 ПК-4.1. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности</p> <p>ИД-2 ПК-4.2. Определяет показания к направлению на медико-социальную экспертизу в условиях первичной медико-санитарной помощи</p>
ПК-5. Способен к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении	<p>ИД-3 ПК-5.1. Выявляет и направляет пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации, к врачу-специалисту для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации и/или санаторнокурортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>

Код индикатора достижения компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства
ИД-1 ОПК-1.1	<b>Знает</b> принципы этики и деонтологии при оказании психиатрической помощи.	Контрольные вопросы, реферат
ИД-2 ОПК 1.2.	<b>Знает:</b> Основные этические и деонтологические принципы оказания психиатрической помощи. <b>Умеет</b> реализовать этические и деонтологические принципы при оказании психиатрической помощи.	Контрольные вопросы, тестирование, реферат
ИД-3 ОПК-1.3.	<b>Умеет</b> реализовать этические и деонтологические принципы при оказании психиатрической помощи. <b>Имеет навык</b> осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с действующими правовыми нормами в сфере психиатрии.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи, реферат
ИД-1 ОПК-2.1	<b>Знает</b> основы психогигиены и психопрофилактики. <b>Умеет</b> проводить консультирование пациентов и членов их семей по вопросам профилактики обострений психических заболеваний и основам психогигиены.	Контрольные вопросы, реферат
ИД-1 ПК-2.1.	<b>Знает</b> методики сбора и анализа жалоб психически больных, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований.	Контрольные вопросы
ИД-2 ПК-2.2.	<b>Знает</b> клинические рекомендации по оказанию психиатрической помощи с учётом стандартов медицинской помощи. <b>Умеет</b> формулировать предварительный диагноз психического заболевания.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи
ИД-3 ПК-2.3.	<b>Знает</b> показания для направления пациента психиатрического профиля на консультацию к врачам специалистам и/или для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара. <b>Умеет</b> применять на практике клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи
ИД-4 ПК-2.4.	<b>Знает:</b> Основные дифференциальной диагностики психических расстройств. <b>Умеет</b> проводить дифференциальную диагностику с другими психическими расстройствами.	Контрольные вопросы, тестирование
ИД-5 ПК-2.5.	<b>Знает</b> основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологических форм психических расстройств в соответствии с МКБ X пересмотра. <b>Умеет</b> определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ X пересмотра <b>Имеет навык</b> установки диагноза психического расстройства в соответствии с МКБ X пересмотра.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи
ИД-1 ПК-3.1.	<b>Знает</b> принципы ведения пациентов с различными нозологическими формами психических расстройств. <b>Умеет</b> определять тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами психических	Контрольные вопросы

	расстройств.	
ИД-2 ПК3.2.	<b>Знает</b> медицинские технологии, медицинские изделия, лекарственные препараты и их применение у психически больных. <b>Умеет</b> применять медицинские изделия, лекарственные препараты у психически больных.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи
ИД-3 ПК3.3.	<b>Знает</b> основы оказания паллиативной медицинской помощи.	Контрольные вопросы
ИД-4 ПК3.4.	<b>Знает</b> основы оказания персонализированной общетерапевтической помощи в условиях психиатрического стационара.	Контрольные вопросы
ИД-1 ПК-4.1.	<b>Знает</b> основы проведения экспертизы временной нетрудоспособности при психических расстройствах.	Контрольные вопросы
ИД-2 ПК-4.2.	<b>Знает:</b> Основные показания к направлению на МСЭ пациентов с психическими расстройствами. <b>Умеет</b> определять показания к направлению на медикосоциальную экспертизу пациентов, страдающих психическими расстройствами.	Контрольные вопросы
ИД-3 ПК-5.1.	<b>Знает</b> порядок проведения мероприятий по реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами. <b>Умеет</b> выявлять и направлять пациентов, нуждающихся в проведении реабилитационных мероприятий.	Контрольные вопросы

#### 4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы	Трудоемкость	Семестры	
		9	10
<b>Контактная работа обучающихся с преподавателем</b>	72	36	36
<b>Аудиторная работа:</b>	70	36	34
Лекции (Л)	24	12	12
Практические занятия (ПЗ)	46	24	22
<b>Самостоятельная работа:</b>	36	16	20
в период теоретического обучения	32	16	16
подготовка к сдаче зачета	4		4
<b>Промежуточная аттестация:</b> зачет, в том числе сдача и групповые консультации	2		2
<b>Общая трудоемкость:</b>	академических часов	<b>108</b>	
	зачетных единиц	<b>3</b>	

#### 5. Содержание дисциплины, структурированное по разделам (темам) с указанием количества академических часов и видов учебных занятий

##### 5.1. Содержание разделов дисциплины

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Аннотированное содержание раздела дисциплины	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения раздела
1	Общие вопросы психиатрии, наркологии	Предмет и задачи психиатрии. Организация работы психиатрических стационаров и диспансерной службы. Психиатрическое обследование. Психиатрическое интервью. Методы	ОПК-1 ОПК-2

		исследования используемые в психиатрии. Этические и правовые аспекты оказания психиатрической помощи.	
2	Основы общей психопатологии	Психиатрическая синдромология. Невротические и неврозоподобные синдромы. Аффективные синдромы. Бредовые и галлюцинаторные. Синдромы нарушения сознания: выключения и помрачения. Амнестические синдромы (психоорганический, корсаковский). Деменции: тотальная и лакунарные – сосудистая, концентрическая, транзиторная.	ПК-2 ПК-3 ПК-4
3	Частная психиатрия и наркология	Шизофрения и маниакально-депрессивный психоз. Депрессии в общеврачебной практике. Неврозы: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерия. Ассоциированные со стрессом психические расстройства: расстройства адаптации, ПТСР, аффективно-шоковые реакции. Психосоматические заболевания. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Основные группы психоактивных веществ. Алкоголизм: стадийность, алкогольные психозы. Соматоформные психические расстройства. Психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами, или возникающие вследствие тяжелого течения соматических заболеваний для своевременного обнаружения этих расстройств и выработки верной тактики ведения больного.	ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5

## 5.2. Тематический план лекций (семестр – 9-10)

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Тематика лекций	Активные формы обучения	Трудоемкость (академических часов)
1	Общие вопросы психиатрии, наркологии	<b>Общие вопросы психиатрии.</b> Предмет и задачи психиатрии. Организация работы психиатрических стационаров и диспансерной службы. Психиатрическое обследование. Психиатрическое интервью. Методы исследования используемые в психиатрии.	ЛБ	2
2	Общие вопросы психиатрии, наркологии	<b>Этические и правовые аспекты оказания психиатрической помощи.</b> Закон о психиатрической помощи. Психиатрическое освидетельствование. Недобровольная госпитализация и освидетельствование. Понятия дееспособности и вменяемости. Принудительные меры медицинского	-	2

		характера. Кодекс профессиональной этики психиатра. Информированное согласие.		
3	Основы общей психопатологии	<b>Общая психопатология. Основные психопатологические синдромы-1</b> Психиатрическая синдромология. Невротические и неврозоподобные синдромы.	-	2
4	Основы общей психопатологии	<b>Общая психопатология. Основные психопатологические синдромы-2</b> Аффективные синдромы. Бредовые и галлюцинаторные.	-	2
5	Частная психиатрия и наркология	<b>Общая психопатология. Основные психопатологические синдромы-3</b> Синдромы нарушения сознания: выключения и помрачения. Амнестические синдромы (психоорганический, корсаковский). Деменции: тотальная и лакунарные – сосудистая, концентрическая, транзиторная.	-	2
6	Частная психиатрия и наркология	<b>Классификация психических расстройств. Эндогенные психические заболевания.</b> Шизофрения и маниакально-депрессивный психоз. Основные клинические формы и типы течения. Понятие шизофренического дефекта, ремиссии. Профилактика и лечение. Депрессии в общей врачебной практике.	ИЛ	2
7	Частная психиатрия и наркология	<b>Психогенные заболевания.</b> Неврозы: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерия. Ассоциированные со стрессом психические расстройства: расстройства адаптации, ПТСР, аффективно-шоковые реакции. Психосоматические заболевания.	-	2
8	Частная психиатрия и наркология	<b>Экзогенные и экзогенно органические психические расстройства.</b> Непсихотические: неврозоподобные, психопатоподобные, психоорганические. Психотические: реакции экзогенного типа Острые, затяжные и хронические психозы. Эпилепсия. Определение, классификация, виды пароксизмов, истерические припадки, диэнцефальные припадки. Психические эквиваленты пароксизмов. Эпилептические изменения личности. Эпилептические психозы. Концентрическое слабоумие. Диагностика и лечение эпилепсии. Основные группы препаратов.	-	2
9	Частная психиатрия и наркология	<b>Психические заболевания позднего возраста.</b> Инволюционные психозы, сосудистые и гипертонические психические расстройства. Нейродегенеративные заболевания (болезнь Пика, болезнь Альцгеймера). Особенности ухода за больными пожилого возраста с психическими расстройствами.	-	2
10	Частная	<b>Наркология.</b> Психические и поведенческие	ИЛ	2

	психиатрия и наркология	расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Основные группы психоактивных веществ. Нехимические зависимости.		
11	Частная психиатрия и наркология	<b>Алкоголизм:</b> стадийность, алкогольные психозы. Острые и хронические алкогольные психозы. Изменения личности при алкоголизме.	-	
12	Частная психиатрия и наркология	<b>Лечение психических расстройств.</b> Психофармакотерапия – основные группы психотропных средств. Шоковые методы. Психотерапия. Побочные действия при применении психотропных препаратов.	-	2
<b>ИТОГО:</b>				24

*ЛБ - лекция беседа*

*ИЛ – интерактивная лекция*

### 5.3. Тематический план практических занятий (семестр – 9-10)

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Активные формы обучения	Формы текущего контроля	Трудоемкость (академических часов)
1	Общие вопросы психиатрии, наркологии	<b>Организация работы психиатрической службы. Методы обследования в психиатрии.</b> Организация работы психиатрических стационаров и диспансерной службы. Обход психиатрической больницы. Психиатрическое обследование. Психиатрическое интервью. Беседа с больными. Практические навыки: организация надзора, удержание и транспортировка возбужденного больного. Обзор литературных источников.	ГД	собеседование, тестирование.	4
2	Общие вопросы психиатрии, наркологии	<b>Этические и правовые аспекты оказания психиатрической помощи.</b> Закон о психиатрической помощи. Психиатрическое освидетельствование. Недобровольная госпитализация и освидетельствование. Понятия дееспособности и вменяемости. Принудительные меры медицинского характера. Кодекс профессиональной этики психиатра. Информированное согласие. Обзор литературных	-	собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	4

		источников.			
3	Основы общей психопатологии	<b>Понятия здоровья и болезни в психиатрии. Аномалии психического развития</b> Предпатологические состояния психической деятельности и предболезненные психические расстройства. Акцентуации характера и психопатии. Гипертимные, гипотимные, циклотимные, паранойяльные, эпилептоидные, эксплозивные, астенические, психастенические, истерические, шизоидные. Патологические личностные реакции и развития. Лечение, реабилитация. Олигофрении: этиология, клиническая картина, социальная адаптация и реабилитация.	ГД	собеседование, выполнение контрольной работы, решение ситуационных задач.	4
4	Основы общей психопатологии и	<b>Основные психопатологические синдромы 1: невротические и аффективные.</b> Понятие о регистрах, позитивной и негативной симптоматике. Невротические и неврозоподобные синдромы (астенический, обсессивный, истерический). Аффективные синдромы (депрессивный, маниакальный, смешанные состояния). Аффекты (физиологический и патологический).	-	собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	4
5	Основы общей психопатологии и	<b>Основные психопатологические синдромы 2:</b> бредовые, галлюцинаторно-бредовые, кататонические, галлюцинозы. Обзор литературных источников.	-	собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	4
6	Основы общей психопатологии и	<b>Основные психопатологические синдромы 3: психорганический, синдромы нарушенного сознания.</b> Синдромы нарушения сознания: выключение (обнубиляция, оглушение, сопор, кома), помрачение (делириозный, онейроидный, аментивный, сумеречное помрачение сознания). Амнестические синдромы (психоорганический, корсаковский, деменции:	-	собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	4

		тотальная и лакунарные – сосудистая, концентрическая, транзиторная. Обзор литературных источников.			
7	Частная психиатрия и наркология	<b>Психогенные психические расстройства.</b> Неврозы. Основные формы: неврастения, обсессивно-компульсивный невроз, истерия. Тревожные расстройства, ПТСР. Профилактика и лечение. Реактивные психозы: аффективно-шоковые, примитивно-личностные, реактивный параноид, реактивная депрессия. Профилактика и лечение. Обзор литературных источников.	-	собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	4
8	Частная психиатрия и наркология	<b>Эндогенные психические заболевания.</b> Аффективные расстройства. Расстройства шизофренического спектра. Понятия дефекта, ремиссии, интермиссии. Лечение. Обзор литературных источников.	-	собеседование, решение ситуационных задач.	4
9	Частная психиатрия и наркология	<b>Экзогенные и экзогенно органические психические расстройства.</b> Непсихотические: неврозоподобные, психопатоподобные, психоорганические. Психотические: реакции экзогенного типа Острые, затяжные и хронические психозы. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах. Эпилепсия. Определение, классификация, виды пароксизмов. Эпилептические изменения личности. Эпилептические психозы. Концентрическое слабоумие. Диагностика и лечение эпилепсии. Основные группы препаратов. Обзор литературных источников. Выполнение контрольной работы	ГД	собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	4
10	Частная психиатрия и наркология	<b>Психические расстройства позднего возраста.</b> Особенности психиатрического обследования пациента пожилого возраста. Функциональные психические расстройства позднего возраста,	ГД	собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	4

		сосудистые и нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, Пика). Обзор литературных источников			
11	Частная психиатрия и наркология	<b>Наркология.</b> Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Основные группы психоактивных веществ. Нехимические зависимости. Алкоголизм: стадийность, алкогольные психозы. Острые и хронические алкогольные психозы. Изменения личности при алкоголизме.	ГД	собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	4
12	Частная психиатрия и наркология	<b>Выявление психических расстройств у пациентов амбулаторно-поликлинического звена. Неотложные состояния в психиатрии.</b> Депрессии в общей врачебной практике. Основные концепции развития психосоматических расстройств. Основные психосоматические заболевания. Понятие маскированных и соматизированных депрессий. Выявление риска суицидального поведения. Роль и обязанности врача при оказании неотложной помощи. Психомоторное возбуждение: возможные причины, тактика ведения больного. Понятия судорожного припадка и эпилептического статуса, Особенности их клинических проявлений. Клинические особенности истерического и эпилептического припадков.	-	собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	4
<b>ИТОГО:</b>					<b>46</b>

**5.4. Тематический план семинаров - не предусмотрено**

**5.5. Тематический план лабораторных работ - не предусмотрено**

**5.6. Самостоятельная работа:**

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Виды самостоятельной работы	Формы текущего контроля	Трудоемкость (академических часов)
1	Общие вопросы	Работа с	Собеседование,	6

	психиатрии, наркологии	лекционным материалом. Подготовка к сдаче зачета	тестирование	
2	Основы общей психопатологии	Работа с учебной литературой, работа с лекционным материалом Подготовка к сдаче зачета	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.	14
3	Частная психиатрия и наркология	Работа с учебной литературой, работа с лекционным материалом Подготовка к сдаче зачета	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, написание реферата.	20
ИТОГО:				36

### 5.6.1. Перечень нормативных документов:

Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1

### 5.6.2. Темы рефератов:

- Организация работы психиатрических стационаров и диспансерной службы.
- Параклинические методы исследования используемые в психиатрии.
- Этические и правовые аспекты оказания психиатрической помощи.
- Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании (основные принципы и положения).
- Основные принципы классификации психических расстройств (МКБ-10, DSM-IV и научные классификации).
- Неврозы: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерия.
- Ассоциированные со стрессом психические расстройства: расстройства адаптации, ПТСР, аффективно-шоковые реакции.
- Психосоматические заболевания.
- Острые, затяжные и хронические органические психозы.
- Инволюционные психозы, сосудистые и гипертонические психические расстройства.
- Нейродегенеративные заболевания (болезнь Пика, болезнь Альцгеймера).
- Особенности ухода за больными пожилого возраста с психическими расстройствами.
- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.
- Алкоголизм: стадийность, алкогольные психозы.
- Нехимические формы психической зависимости.
- Шизофрения.
- Маникально-депрессивный психоз.
- Депрессии в общей врачебной практике.
- Психотерапия – основные группы психотропных средств.
- Побочные действия при применении основных психотропных препаратов.

- Шоковые методы (виды, показания, теоретическое обоснование, методология).
- Психотерапия (основные направления, показания).
- Олигофрении.
- Неотложные состояния в психиатрии.

## **6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**

Для эффективного изучения разделов дисциплины необходимо самостоятельно изучить учебно-методические материалы, пройти тестирование по всем предложенным темам; активно участвовать в обсуждении на практических занятиях, при необходимости – получить консультативную помощь преподавателя.

Для работы с рефератом необходимо подобрать необходимую литературу в библиотеке университета или других источниках, проанализировать материал, выделить ключевые понятия и подготовить реферат; для защиты реферата подготовить краткое сообщение и выступить на практическом занятии.

Для успешного прохождения промежуточной аттестации в виде зачета необходимо изучить и проработать все оценочные средства: вопросы для собеседования, ситуационные задачи.

### **Планирование и организация времени, необходимого для изучения дисциплины**

Важным условием успешного освоения дисциплины является создание системы правильной организации труда, позволяющей распределить учебную нагрузку равномерно в соответствии с графиком образовательного процесса. Большую помощь в этом может оказать составление плана работы на семестр, месяц, неделю, день. Его наличие позволит подчинить свободное время целям учебы, трудиться более успешно и эффективно. С вечера всегда надо распределять работу на завтрашний день.

В конце каждого дня целесообразно подвести итог работы: тщательно проверить, все ли выполнено по намеченному плану, не было ли каких-либо отступлений, а если были, по какой причине они произошли. Нужно осуществлять самоконтроль, который является необходимым условием успешной учебы. Если что-то осталось невыполненным, необходимо изыскать время для завершения этой части работы, не уменьшая объема недельного плана. Все задания к практическим занятиям, а также задания, вынесенные на самостоятельную работу, рекомендуется выполнять непосредственно после соответствующей темы лекционного курса, что способствует лучшему усвоению материала, позволяет своевременно выявить и устранить «пробелы» в знаниях, систематизировать ранее пройденный материал, на его основе приступить к овладению новыми знаниями и навыками.

Система университетского обучения основывается на рациональном сочетании нескольких видов учебных занятий (в первую очередь, лекций и практических занятий), работа на которых обладает определенной спецификой.

#### **Подготовка к лекциям**

Знакомство с дисциплиной происходит уже на первой лекции, где от Вас требуется не просто внимание, но и самостоятельное оформление конспекта. При работе с конспектом лекций необходимо учитывать тот фактор, что одни лекции дают ответы на конкретные вопросы темы, другие – лишь выявляют взаимосвязи между явлениями, помогая обучающемуся понять глубинные процессы развития изучаемого предмета, как в истории, так и в настоящее время.

Конспектирование лекций – сложный вид университетской аудиторной работы, предполагающий интенсивную умственную деятельность обучающегося. Конспект является полезным тогда, когда записано самое существенное и сделано это самим обучающимся. Не надо стремиться записать дословно всю лекцию. Такое «конспектирование» приносит больше вреда, чем пользы. Целесообразно вначале

понять основную мысль, излагаемую лектором, а затем записать ее. Желательно запись осуществлять на одной странице листа или оставляя поля, на которых позднее, при самостоятельной работе с конспектом, можно сделать дополнительные записи, отметить непонятные места.

Конспект лекции лучше подразделять на пункты, соблюдая красную строку. Этому в большой степени будут способствовать вопросы плана лекции, предложенные преподавателям. Следует обращать внимание на акценты, выводы, которые делает лектор, отмечая наиболее важные моменты в лекционном материале замечаниями «важно», «хорошо запомнить» и т.п. Можно делать это и с помощью разноцветных маркеров или ручек, подчеркивая термины и определения.

Целесообразно разработать собственную систему сокращений, аббревиатур и символов. Однако при дальнейшей работе с конспектом символы лучше заменить обычными словами для быстрого зрительного восприятия текста.

Работая над конспектом лекций, всегда необходимо использовать не только учебник, но и ту литературу, которую дополнительно рекомендовал лектор. Именно такая серьезная, кропотливая работа с лекционным материалом позволит глубоко овладеть теоретическим материалом.

### **Подготовка к практическим занятиям**

Тщательное продумывание и изучение вопросов плана основывается на проработке текущего материала лекции, а затем изучения обязательной и дополнительной литературы, рекомендованной к данной теме. Все новые понятия по изучаемой теме необходимо выучить наизусть и внести в глоссарий, который целесообразно вести с самого начала изучения курса.

Результат такой работы должен проявиться в способности свободно ответить на теоретические вопросы практикума, выступать и участвовать в коллективном обсуждении вопросов изучаемой темы, правильно выполнять практические задания и контрольные работы.

В процессе подготовки к практическим занятиям, необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной литературы. При всей полноте конспектирования лекции в ней невозможно изложить весь материал из-за лимита аудиторных часов. Поэтому самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной литературой, материалами периодических изданий и Интернета является наиболее эффективным методом получения дополнительных знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует правильное отношение к конкретной проблеме.

### **Рекомендации по работе с литературой**

Работу с литературой целесообразно начать с изучения общих работ по теме, а также учебников и учебных пособий. Далее рекомендуется перейти к анализу монографий и статей, рассматривающих отдельные аспекты проблем, изучаемых в рамках курса, а также официальных материалов и неопубликованных документов (научно-исследовательские работы, диссертации), в которых могут содержаться основные вопросы изучаемой проблемы.

Работу с источниками надо начинать с ознакомительного чтения, т.е. просмотреть текст, выделяя его структурные единицы. При ознакомительном чтении закладками отмечаются те страницы, которые требуют более внимательного изучения.

В зависимости от результатов ознакомительного чтения выбирается дальнейший способ работы с источником. Если для разрешения поставленной задачи требуется изучение некоторых фрагментов текста, то используется метод выборочного чтения. Если в книге нет подробного оглавления, следует обратить внимание ученика на предметные и именные указатели.

Избранные фрагменты или весь текст (если он целиком имеет отношение к теме) требуют вдумчивого, неторопливого чтения с «мысленной проработкой» материала. Такое чтение предполагает выделение: 1) главного в тексте; 2) основных аргументов; 3) выводов. Особое внимание следует обратить на то, вытекает тезис из аргументов или нет.

Необходимо также проанализировать, какие из утверждений автора носят проблематичный, гипотетический характер, и уловить скрытые вопросы.

Понятно, что умение таким образом работать с текстом приходит далеко не сразу. Наилучший способ научиться выделять главное в тексте, улавливать проблематичный характер утверждений, давать оценку авторской позиции – это сравнительное чтение, в ходе которого Вы знакомитесь с различными мнениями по одному и тому же вопросу, сравниваете весомость и доказательность аргументов сторон и делаете вывод о наибольшей убедительности той или иной позиции.

Если в литературе встречаются разные точки зрения по тому или иному вопросу из-за сложности прошедших событий и правовых явлений, нельзя их отвергать, не разобравшись. При наличии расхождений между авторами необходимо найти рациональное зерно у каждого из них, что позволит глубже усвоить предмет изучения и более критично оценивать изучаемые вопросы. Знакомясь с особыми позициями авторов, нужно определять их схожие суждения, аргументы, выводы, а затем сравнивать их между собой и применять из них ту, которая более убедительна.

Следующим этапом работы с литературными источниками является создание конспектов, фиксирующих основные тезисы и аргументы. Можно делать записи на отдельных листах, которые потом легко систематизировать по отдельным темам изучаемого курса. Другой способ – это ведение тематических тетрадей-конспектов по одной какой-либо теме. Большие специальные работы монографического характера целесообразно конспектировать в отдельных тетрадях. Здесь важно вспомнить, что конспекты пишутся на одной стороне листа, с полями и достаточным для исправления и ремарок межстрочным расстоянием (эти правила соблюдаются для удобства редактирования). Если в конспектах приводятся цитаты, то непременно должно быть дано указание на источник (автор, название, выходные данные, № страницы). Впоследствии эта информация может быть использована при написании текста реферата или другого задания.

## **7. Оценочные материалы**

Оценочные материалы по дисциплине для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся включают в себя примеры оценочных средств (Приложение А к рабочей программе дисциплины), процедуру и критерии оценивания.

## **8. Перечень учебной литературы и ресурсов сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины**

### **8.1. Учебная литература:**

1. Коркина М.В. и др. Психиатрия, 2006 г.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и наркология, 2006 г.
3. Обследование пациента психиатрического профиля: учебное пособие / М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 32 с.

4. Правовые и этические основы оказания психиатрической помощи: учебно-методическое пособие / В. А. Некрасов, О. В. Задорожная, П. Ю. Мучник, Ю. И. Поляков, Г. Ю. Полякова. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 40 с.
5. Понятия здоровья и болезни в психиатрии. Предпатологические состояния психической деятельности и предболезненные психические расстройства: учеб. пособие / под ред. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2012. — 36 с
6. Психопатологические синдромы: учебно-методическое пособие / Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. - 56 с.
7. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: учеб. пособие / под ред. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2012. — 44 с.
8. Органические и экзогенно-органические психические расстройства: учебно-методическое пособие / П. Ю. Мучник, О. В. Задорожная. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 52 с
9. Шизофрения и бредовые расстройства: учеб. пособие / под ред. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2012. — 48 с.
10. Неотложные состояния в психиатрии: учебно-методическое пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. - 72 с.
11. Общая психопатология: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. - СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. - 168 с.
12. Частная психиатрия: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. - СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. - 296 с.

## 8.2. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

Наименования ресурса сети «Интернет»	Электронный адрес ресурса
Университетская информационная система РОССИЯ. (индивидуальная регистрации)	<a href="https://uisrussia.msu.ru/">https://uisrussia.msu.ru/</a>
Публикации ВОЗ на русском языке	<a href="http://www.who.int/publications/list/ru/">http://www.who.int/publications/list/ru/</a>
Международные руководства по медицине	<a href="https://www.guidelines.gov/">https://www.guidelines.gov/</a>
Всемирная база данных статей в медицинских журналах	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/</a>
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России.	<a href="http://www.cniis.ru/">http://www.cniis.ru/</a>
ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА	<a href="http://feml.scsml.rssi.ru/feml/">http://feml.scsml.rssi.ru/feml/</a>
Consilium-Medicum	<a href="http://con-med.ru/">http://con-med.ru/</a>
MDTube: Медицинский видеопортал	<a href="http://mdtube.ru/">http://mdtube.ru/</a>
Русский медицинский журнал (РМЖ)	<a href="https://www.rmj.ru/">https://www.rmj.ru/</a>

<u>EastView Медицина и здравоохранение в России</u>	<a href="https://dlib.eastview.com/">https://dlib.eastview.com/</a>
<u>Журналы издательства МедиаСфера</u>	<a href="https://www.mediasphera.ru/">https://www.mediasphera.ru/</a>
Платформа Springer Link (журналы и книги 2005-2017)	<a href="https://rd.springer.com/">https://rd.springer.com/</a>
Web of Science - реферативные и наукометрические электронные БД -	<a href="https://apps.webofknowledge.com/">https://apps.webofknowledge.com/</a>
Scopus – крупнейшая в мире единая реферативная база данных	<a href="https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic">https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic</a>
НЭИКОН поиск по архивам научных журналов	<a href="http://archive.neicon.ru/xmlui/">http://archive.neicon.ru/xmlui/</a>

**9. Перечень информационных технологий, используемых для освоения дисциплины, включая перечень программного обеспечения, профессиональных баз данных и информационных справочных систем**

**9.1. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса:**

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Информационные технологии
1	Общие вопросы психиатрии, наркологии	размещение учебных материалов в ЭИОС ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, <a href="https://sdo.szgmu.ru/course/view.php?id=1122">https://sdo.szgmu.ru/course/view.php?id=1122</a>
2	Основы общей психопатологии	
3	Частная психиатрия и наркология	

**9.2. Перечень программного обеспечения, используемого при осуществлении образовательного процесса (лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение, в том числе отечественного производства):**

№ п/п	Наименование программного продукта	Срок действия лицензии	Документы, подтверждающие право использования программных продуктов
лицензионное программное обеспечение			
1.	ESET NOD 32	1 год	Государственный контракт № 07/2020
2.	MS Windows 8 MS Windows 8.1 MS Windows 10 MS Windows Server 2012 Datacenter - 2 Proc MS Windows Server 2012 R2 Datacenter - 2 Proc MS Windows Server 2016 Datacenter Core	Неограниченно	Государственный контракт № 30/2013-О; Государственный контракт № 399/2013-ОА; Государственный контракт № 07/2017-ЭА.
3.	MS Office 2010 MS Office 2013	Неограниченно	Государственный контракт № 30/2013-ОА; Государственный контракт

			№ 399/2013-ОА.
4.	Academic LabVIEW Premium Suite (1 User)	Неограниченно	Государственный контракт № 02/2015
лицензионное программное обеспечение отечественного производства			
1.	Антиплагиат	1 год	Государственный контракт № 2409
2.	«WEBINAR (ВЕБИНАР)» ВЕРСИЯ 3.0	1 год	Контракт № 347/2020-М
3.	«Среда электронного обучения 3KL»	1 год	Контракт № 348/2020-М
4.	TrueConf Enterprise	1 год	Контракт № 396/2020-ЭА
свободно распространяемое программное обеспечение			
1.	Google Chrome	Неограниченно	Открытое лицензионное соглашение GNU GeneralPublicLicense
2.	NVDA	Неограниченно	Открытое лицензионное соглашение GNU GeneralPublicLicense
свободно распространяемое программное обеспечение отечественного производства			
1.	Moodle	Неограниченно	Открытое лицензионное соглашение GNU GeneralPublicLicense

### 9.3. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем:

№ п/п	Наименование программного продукта	Срок действия лицензии	Документы, подтверждающие право использования программных продуктов	Режим доступа для обучающихся – инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья
1.	Консультант Плюс	1 год	Договор № 655/2020-ЭА	-
2.	ЭБС «Консультант студента»	1 год	Контракт № 307/2020-ЭА	<a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>
3.	ЭМБ «Консультант врача»	1 год	Контракт № 281/2020-ЭА	<a href="http://www.rosmedlib.ru/">http://www.rosmedlib.ru/</a>
4.	ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru»	1 год	Контракт № 06/2020	<a href="https://ibooks.ru">https://ibooks.ru</a>
5.	ЭБС «IPRBooks»	1 год	Контракт № 08/2020-ЗК	<a href="http://www.iprbookshop.ru/special">http://www.iprbookshop.ru/special</a>
6.	Электронно-библиотечная система «Букап»	1 год	Контракт № 05/2020	<a href="https://www.books-up.ru/">https://www.books-up.ru/</a>
7.	ЭБС «Издательство Лань»	1 год	Контракт № 395/2020-ЭА	<a href="https://e.lanbook.com/">https://e.lanbook.com/</a>

## 10. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Учебные аудитории для проведения учебных занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, оснащенные оборудованием и техническими средствами обучения: г. Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России;

Оборудование: доска (меловая); стол преподавателя, стул преподавателя, столы студенческие, стулья студенческие.; Учебные фильмы: 25. Учебные стенды: 3

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор.

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (г. Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47, лит Р (корп.9), ауд. № 18,19, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России).

Учебные аудитории для проведения учебных занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, оснащенные оборудованием и техническими средствами обучения:

СПбГКУЗ «Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца» (Договор №51/2015-ОПП о практической подготовке медицинских работников от 20.02.2015) , наб. р. Мойки д. 126, 1 этаж

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Университета: г. Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47, лит АЕ (корп.32), ауд. № 1, лит Р (корп.9), ауд. № 18,19 ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**  
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

### **ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

(для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся)

<b>Специальность:</b>	31.05.01 Лечебное дело
<b>Направленность:</b>	Организация и оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в медицинских организациях
<b>Наименование дисциплины:</b>	Психиатрия

## 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

Код индикатора достижения компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства
ИД-1 ОПК-1.1	<b>Знает</b> принципы этики и деонтологии при оказании психиатрической помощи.	Контрольные вопросы, реферат
ИД-2 ОПК 1.2.	<b>Знает:</b> Основные этические и деонтологические принципы оказания психиатрической помощи. <b>Умеет</b> реализовать этические и деонтологические принципы при оказании психиатрической помощи.	Контрольные вопросы, тестирование, реферат
ИД-3 ОПК-1.3.	<b>Умеет</b> реализовать этические и деонтологические принципы при оказании психиатрической помощи. <b>Имеет навык</b> осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с действующими правовыми нормами в сфере психиатрии.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи, реферат
ИД-1 ОПК-2.1	<b>Знает</b> основы психогигиены и психопрофилактики. <b>Умеет</b> проводить консультирование пациентов и членов их семей по вопросам профилактики обострений психических заболеваний и основам психогигиены.	Контрольные вопросы, реферат
ИД-1 ПК-2.1.	<b>Знает</b> методики сбора и анализа жалоб психически больных, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований.	Контрольные вопросы
ИД-2 ПК-2.2.	<b>Знает</b> клинические рекомендации по оказанию психиатрической помощи с учётом стандартов медицинской помощи. <b>Умеет</b> формулировать предварительный диагноз психического заболевания.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи
ИД-3 ПК-2.3.	<b>Знает</b> показания для направления пациента психиатрического профиля на консультацию к врачам специалистам и/или для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара. <b>Умеет</b> применять на практике клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи
ИД-4 ПК-2.4.	<b>Знает:</b> Основные дифференциальной диагностики психических расстройств. <b>Умеет</b> проводить дифференциальную диагностику с другими психическими расстройствами.	Контрольные вопросы, тестирование
ИД-5 ПК-2.5.	<b>Знает</b> основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологических форм психических расстройств в соответствии с МКБ X пересмотра. <b>Умеет</b> определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ X пересмотра <b>Имеет навык</b> установки диагноза психического расстройства в соответствии с МКБ X пересмотра.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи
ИД-1 ПК-3.1.	<b>Знает</b> принципы ведения пациентов с различными нозологическими формами психических расстройств.	Контрольные вопросы

	<b>Умеет</b> определять тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами психических расстройств.	
ИД-2 ПК3.2.	<b>Знает</b> медицинские технологии, медицинские изделия, лекарственные препараты и их применение у психически больных. <b>Умеет</b> применять медицинские изделия, лекарственные препараты у психически больных.	Контрольные вопросы, тестирование, ситуационные задачи
ИД-3 ПК3.3.	<b>Знает</b> основы оказания паллиативной медицинской помощи.	Контрольные вопросы
ИД-4 ПК3.4.	<b>Знает</b> основы оказания персонализированной общетерапевтической помощи в условиях психиатрического стационара.	Контрольные вопросы
ИД-1 ПК-4.1.	<b>Знает</b> основы проведения экспертизы временной нетрудоспособности при психических расстройствах.	Контрольные вопросы
ИД-2 ПК-4.2.	<b>Знает:</b> Основные показания к направлению на МСЭ пациентов с психическими расстройствами. <b>Умеет</b> определять показания к направлению на медикосоциальную экспертизу пациентов, страдающих психическими расстройствами.	Контрольные вопросы
ИД-3 ПК-5.1.	<b>Знает</b> порядок проведения мероприятий по реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами. <b>Умеет</b> выявлять и направлять пациентов, нуждающихся в проведении реабилитационных мероприятий.	Контрольные вопросы

## 2. Примеры оценочных средств и критерии оценивания для проведения текущего контроля

### 2.1. Примеры входного контроля

1. Биологические основы психиатрии.
2. Влияние болезни на психику человека.3

Оценка	Балл	Описание
«зачтено»	5	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены
«не зачтено»	0	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию не выполнены. Нет ответа.

### 2.2. Примеры тестовых заданий:

ИД-1 ОПК-1.1

#### Название вопроса: Вопрос № 1

1. Лица, страдающие психическими расстройствами, имеют право на:
  - а) все виды лечения (в т.ч. санаторно-курортное) по медицинским показаниям
  - б) все виды лечения (кроме санаторно-курортного) по медицинским показаниям
  - в) все виды лечения по медицинским показаниям в учреждениях, имеющих в своем штате врача-психиатра
  - г) все виды лечения по медицинским показаниям с обеспечением мер надзора и безопасности больного в отношении самого себя или окружающих

ИД-2 ОПК 1.2. ИД-3 ОПК-1.3.

**Название вопроса: Вопрос №2**

2. При приеме гражданина на работу, учебу администрация вправе:

- а) требовать предоставления сведений о состоянии его психического здоровья лишь в случаях, если такой порядок предусматривается приказом соответствующего Министерства РФ
- б) требовать предъявления медицинской справки или запрашивать сведения о состоянии психического здоровья лишь в случаях, если возникают сомнения в его психической полноценности
- в) отказывать в приеме лишь в случаях, если гражданин добровольно сообщил о факте нахождения его под психиатрическим диспансерным наблюдением
- г) **требовать предоставления сведений о состоянии его психического здоровья лишь в случаях, установленных законами РФ**

ИД-1 ОПК-2.1

**Название вопроса: Вопрос №3**

3. Эффективным методом профилактики эмоционального выгорания является:

- а) **участие в Баллинтовских группах**
- б) прием транквилизаторов в случаях эмоционального напряжения
- в) участие в работе профсоюза
- г) длительный отдых

ИД-1 ПК-2.1. ИД-2 ПК-2.2.

**Название вопроса: Вопрос №4**

Пациент убежден, что сослуживцы плохо к нему относятся, выживают его с работы, строят заговор. Приводит многочисленные факты своей правоты, выстроил логическую систему доказательств. Данный вид бреда называется:

- а) индуцированный
- б) образный
- в) **паранойяльный**
- д) резидуальный

**Название вопроса: Вопрос №5**

Обсессии являются признаком:

- а) деменции
- б) **невроза**
- в) патологии восприятия
- д) психоза

**Название вопроса: Вопрос №6**

Ускорение темпа мышления наблюдается при синдроме:

- а) Кандинского-Клерамбо
- б) Корсаковском
- в) Котара
- д) **маниакальном**

ИД-3 ПК-2.3. ИД-4 ПК-2.4. ИД-5 ПК-2.5.

**Название вопроса: Вопрос №7**

Навязчивые идеи характеризуются:

- а) **безуспешными попытками избавиться от них**
- б) застреванием и излишней детализацией
- в) отсутствием критики к болезни
- д) ускорением темпа мышления

**Название вопроса: Вопрос №8**

Бредовые идеи:

- a) могут возникать у здоровых людей
- b) поддаются переубеждению
- c) **не соответствуют реальной действительности**
- d) являются основным симптомом шизофрении

**Название вопроса: Вопрос №9**

Критическое отношение к болезненным переживаниям наиболее характерно для больных с идеями

- a) депрессивными
- b) экспансивными
- c) паранойяльными
- d) **обсессивными**

ИД-1 ПК-3.1. ИД-2 ПК3.2. ИД-3 ПК3.3.

**Название вопроса: Вопрос №10**

Наиболее эффективная тактика по отношению к больным с различными формами возбуждения:

- a) фиксирование мягкими ремнями
- b) нейролептики per os
- c) **инъекции нейролептиков**
- d) инъекции антидепрессантов

**Название вопроса: Вопрос №11**

Для профилактической терапии аффективных психозов применяют:

- a) нейролептики
- b) **нормотимики**
- c) транквилизаторы
- d) антидепрессанты

**Название вопроса: Вопрос №12**

Для купирования эпилептического статуса назначают:

- a) клозапин (антипсихотики)
- b) **диазепам (анксиолитик)**
- c) анафранил (антидепрессант)
- d) ламиктал (антиконвульсант)

ИД-4 ПК3.4.

**Название вопроса: Вопрос №13**

Состояние выключенного сознания у соматического больного это показание к:

- a) неотложной госпитализации в психиатрический стационар
- b) консультации психиатра в плановом порядке
- c) **выяснению причины и лечению основного заболевания, консультации реаниматолога**

ИД-1 ПК-4.1. ИД-2 ПК-4.2.

**Название вопроса: Вопрос №14**

Основанием для установления психически больному инвалидности является:

- a) наличие психического расстройства
- b) **стойкое ограничение трудоспособности**
- c) динамическое наблюдение в психо-неврологическом диспансере
- d) наличие суицидных мыслей

ИД-3 ПК-5.1.

**Название вопроса: Вопрос №15**

Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом:

- a) выписанным из психиатрической больницы
- b) совершившим общественно опасное деяние в состоянии острого психоза или психотического приступа
- c) **страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями**
- d) представляющим непосредственную опасность для себя или окружающих лиц

**Название вопроса: Вопрос №16**

Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается:

- a) судом
- b) **комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психоневрологического диспансера**
- c) комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрической больницы
- d) главным врачом психиатрической больницы
- e) главным врачом психоневрологического диспансера

Критерии оценки, шкала оценивания тестовых заданий

Оценка	Балл	Описание
«отлично»	10	Выполнено в полном объеме – 90%-100%
«хорошо»	5-9	Выполнено не в полном объеме – 80%-89%
«удовлетворительно»	2-4	Выполнено с отклонением – 70%-79%
«неудовлетворительно»	0-1	Выполнено частично – 69% и менее правильных ответов

### 2.3. Примеры ситуационных задач

#### ИД-1 ОПК-1.1

В психиатрический стационар скорой помощью доставлена женщина пожилого или старческого возраста. Бригада была вызвана прохожими. Пациентка не могла найти дорогу домой, собственный адрес проживания назвать не сумела. Врачом скорой принято решение о госпитализации. В стационаре при осмотре врача назвала себя «Юлей», не смогла сообщить свой год рождения - только число и месяц. Не может назвать текущую дату; считает, что находится «в поликлинике, на прививках». Говорит, что «вчера ездила в страну, где бороды у мужчин такие большие, что они их перед собой на тачках возят». Подписала добровольное согласие на лечение и госпитализацию, данное врачом больницы. В настоящее время находится на отделении, ведёт себя неконфликтно, с аппетитом ест ужин.

Правильны ли действия врача скорой психиатрической помощи?

Правильны ли действия врача больницы?

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Каков ведущий психопатологический синдром?

Какой вид нарушения памяти наблюдается у больной? (на примере выделенного курсивом)

#### ИД-2 ОПК 1.2.

Мужчина бежит по улице обнажённый, размахивает кухонным ножом и кричит прохожим: «Подойдите ко мне. Я вам приказываю!». Вызвана бригада скорой психиатрической помощи. Пациент на вопросы отвечает. Называет себя «Богом, деваой Марией и Иисусом-пророком в одном теле, которому блудница Магдалина омывала ноги». Тут же переходит на другую тему: «ноги, ноги - ноги повсюду; по лужам

шлёпают, воду разбрызгивают... святую воду, святую воду всем пить надо, чтобы очиститься». Настоящее имя, место проживания и статус выяснить не удаётся. Мужчина говорит, что на него «снизошла благодать» и он начал «слышать мысли всех окружающих и влиять на них; понял, что является богом». Врач-психиатр принимает решение о недобровольной госпитализации. Пациент отказывается, но физической агрессии не проявляет, ограничиваясь вербальной: «всех прокляну до седьмого колена... колена - разогнуть не сможете... не подходите, я вам приказываю!».

Как называются мероприятия, проведенные врачом-психиатром?

На основе какого законодательного акта должна быть осуществлена (или должно быть отказано в) недобровольная госпитализация?

Каким критериям недобровольной госпитализации соответствует данный пациент?

Каков ведущий психопатологический синдром?

Какой вид нарушения мышления наблюдается у пациента?

ИД-3 ОПК-1.3.

Правоохранительными органами задержан человек, пытавшийся совершить суицид (пытался броситься под автомобиль). Своего имени и адреса проживания не называет «Это неважно», документов, удостоверяющих личность, при себе не имеет. В отделении задержанный утверждает, что «не должен жить»; уверен, что является носителем смертельного вируса, от которого сам умереть не может, но будет «повсюду сеять горе и смерть», будет «оставлен последним живущим человеком на планете - живым гниющим трупом, если что-то сейчас не предпринять». Все сведения больной излагает монотонным, малоэмоциональным голосом, мимика крайне слабая. На консультацию пригласили врача-психиатра, однако мужчина заявил, что категорически отказывается от консультации: «я несколько раз лежал в психушке, не поможет, ещё раз - не поеду». Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

Может ли врач-психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции судьи в данном случае?

Соответствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации?

Какой синдром у данного пациента?

Какую позитивную и негативную симптоматику Вы наблюдаете в этом случае

О каком заболевании можно говорить в данном случае?

ИД-1 ОПК-2.1

Больной М., 64 год, адвокат. С 56 лет начал чувствовать головные боли, периодические головокружения, снижение работоспособности, утомлялся на работе, был рассеянным, забывчивым, раздражительным. В возрасте 60 лет было несколько приступов головокружения. В конце июня развился легкий правосторонний гемипарез, который сохранялся 2 недели. Лечился на неврологическом отделении. Движения в конечностях восстановились, но психическое состояние ухудшилось, раздражительным, придирчивым, подозрительным. Работать не мог, был переведен на инвалидность II группы. Через 8 месяцев стал ревновать жену к коллегам по работе, являлся к ней на работу, устраивал скандалы, обвинял жену в изменах. Помещен в психиатрическую больницу. В больнице суетлив, тревожен, говорил, что в больницу поместила его жена, чтобы быть свободной и изменять ему. Жаловался на головокружения и головные боли. В месте и времени ориентировался. Память снижена, особенно нарушены процессы запоминания и хранения. Лучше помнит события прошлого, чем настоящего, события личной жизни, чем общественные. На вопросы отвечает по существу, но с излишней

детализацией. Интеллект снижен. Нет критического отношения; к своему, состоянию и поведению. Высказывает нелепый бред ревности. Внимание истощаемо. Легко переходит от плача к смеху. Рентгенологически определяется начальный склероз дуги аорты. При неврологическом исследовании констатируются вялая реакция зрачков на свет и остаточные явления правостороннего гемипареза. Физическое и психическое состояние больного постепенно с некоторыми колебаниями ухудшалось, нарастали явления слабоумия.

Какие нарушения памяти описаны у пациента?

Какой ведущий синдром привел к госпитализации пациента?

Какой диагноз можно предположить у пациента?

Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

Каков прогноз заболевания?

ИД-1 ПК-2.1.

Больной К., 35 лет, крановщик. На работе получил тяжелую травму головы. Доставлен на фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась многократная рвота. Находился неделю на больничном листе, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти, в связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: миоз, зрачки неправильной формы. Единичные нистагмоидные подергивания в правом крайнем отведении. Сглажена левая носогубная складка. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемианестезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33%, плеоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: дезориентирован по времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 1987; при поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет блюда, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и на отдаленные события. По разному называет имя и фамилию жены, детей. Не в состоянии объяснить переносного смысла пословиц и поговорок, не понимает крылатых выражений, метафор. Запас знаний крайне низок. Имеются конфабуляции и псевдореминисценции. Склонен к плоским шуткам. Гиперсексуален. Пребыванием в стационаре не тяготится, просит его выписать.

Угрожает ли данное состояние жизни пациента?

Требуются ли дополнительные методы обследования?

Определите синдром

Каков наиболее вероятный диагноз?

Законна ли в данном случае госпитализация в психиатрический стационар?

ИД-2 ПК-2.2.

Больная А., 55 лет. Из неблагополучной семьи. Детство провела под присмотром бабушки. Росла и развивалась соответственно возрасту. В подростковом возрасте вместе с компанией выпила крепкий алкоголь. Далее — «взялась за ум», успешно окончил 10 классов и техникум. Работал по специальности. Женщина была одинокой, но любила находиться в центре внимания. Часто бывала в центре застолья, любила выпить. По характеру общительная, легко сходится с людьми, неразборчива в связях с мужчинами. За два года до госпитализации стала жаловаться, что устает от шумных

компаний, беспокоили головные боли, слабость. Появились бестактность, грубость, без всякого стеснения рассказывала циничные анекдоты. Уехав в командировку, руководству предприятия присылала противоречивые телеграммы, предложила организовать картинную галерею. Получив распоряжение вернуться, обратилась с предложением о картинной галерее в Министерство тяжелой промышленности. В психиатрическом стационаре была беспечной, веселой. Украшала себя конфетными обертками, мастерила самодельные знаки отличия. Называла себя создателем «мировой картинной галереи», в которой находится 10 миллионов картин всех народов. Плохо производит арифметические действия, не замечает грубых ошибок. Не понимает переносного смысла пословиц и поговорок. Неврологически: миоз, реакция зрачков на свет отсутствует, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, дизартрия, шаркающая походка. Внутренние органы без патологии. Анализ крови и мочи без патологии. Положительная реакция Вассермана в крови и ликворе. Анализ ликвора: белок 0,4%, цитоз 20, положительные реакции Панди, Вейхброта.

Предположительный диагноз?

Какой синдром у данной пациентки?

Дополнительные методы обследования?

Тактика лечения?

Возможно ли психиатрическое освидетельствование и госпитализация данной пациентки в недобровольном порядке?

ИД-3 ПК-2.3.

Женщина 29 лет, обратился к врачу, так как чувствовала, что не полностью выздоровела после гриппа. Болезнь сопровождалась температурой до 40° С, головной болью, тошнотой, болями во всем теле и слабостью. Ко врачу за помощью не обращалась. Через 10 дней все эти симптомы исчезли, приступила к работе, но стала замечать трудности в концентрации внимания, из-за чего не помнила, что читала или слышала. Мышление замедлилось, появились затруднения в подборе нужных слов и фраз, и в принятии даже несложных решений. После недели отдыха состояние улучшилось, вернулась к работе, но по-прежнему не могла сконцентрироваться и запоминать информацию и т. д. Состояние при осмотре: выглядит обеспокоенной и напряженной. Бледна, настроение не снижено, отрицает утрату интереса к жизни, снижение способности радоваться либо получать удовольствие. Тестирование внимания и памяти выявило небольшие затруднения. При счете в обратном порядке от 100 устала через несколько цифр и сделала несколько ошибок. Называя по буквам слово из пяти букв, выполнила это задание после двух попыток. Через час из 10 слов вспомнила 5. Способность к чтению, письму, простому счету и наблюдению не изменена, но во время обследования волнуется, становится напряженным. Рекомендован отдых в течение четырех недель, легкие физические упражнения и никаких препаратов. Через месяц чувствовала себя намного лучше. Небольшие трудности в концентрации внимания и памяти исчезли.

Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

Какой ведущий синдром описан в задаче?

С какими психическими расстройствами нужно провести дифференциальный диагноз?

Какие врачебные действия будут верными в данном случае?

Возможно ли оформление листка временной нетрудоспособности?

ИД-4 ПК-2.4.

Больная 65 лет, пенсионерка, 3 года назад поссорилась с соседкой, расстроилась,

плакала, ночью не могла уснуть. Наутро услышала голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома, боялась выходить на кухню. С тех пор в течение 3 лет постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выпить все таблетки дома, постоянно оскорбляют ее. Иногда слышит голос своей дочери, который успокаивает больную, советует лечиться. Голоса слышатся из-за стенки и из-за окна. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одинаковыми модуляциями. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсации сосудов. При усилении голоса в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окну, утверждает, что сейчас убьют ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что они имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить. По данным МРТ головного мозга: Хроническая сосудистая недостаточность вещества головного мозга (множественные перивентрикулярные и субкортикальные "сливного" характера очаги сосудистого генеза, смешанная заместительная гидроцефалия).

О чем свидетельствуют данные МРТ исследования?

Сформулируйте предварительный диагноз

С какими заболеваниями стоит провести дифференциальный диагноз

Квалифицируйте синдром

Имеются ли основания у данной пациентки для недобровольной госпитализации?

ИД-5 ПК-2.5.

Больной В., 20 лет. Родился в обеспеченной семье. Воспитывался исключительно в женской среде (мать, бабушка), в условиях гиперопеки. Общения с детьми не было, все время проводил дома среди массы игрушек, книг. Самостоятельно вышел на улицу в 12 лет. Умерли мать и бабушка больного, отец уехал в длительную командировку. Мальчик остался на попечении тети. Некоторое время он учился дома, в 13 лет поступил в школу. Учился отлично, проявлял прекрасные способности, но к школьной среде адаптировался плохо. Среди школьников слыл чужаком. Его раздражали разговоры мальчиков, их шалости. «Школьный мир для меня чужд». Особенно его смущали появившиеся поллюции. С гримасой отвращения, брезгливостью он просил, как можно скорее, «экстренным порядком ликвидировать или свести на нет эту половую деятельность». Избавиться от эрекции стало его жизненной задачей, он перестал посещать школу, не выходил на улицу. Заявлял, что боится людей, боится вообще всего большого, крупного, даже домашних животных. Думал, что они его обидят. Полка «текущего чтения» заполнена научно-технической литературой. Мечтает стать большим ученым — академиком. Думает овладеть двумя специальностями — астрофизикой и математикой. Любит вести беседы с, взрослыми на сугубо научные темы. Интеллект высокий. Больной двигается скользящей походкой, оберегает себя от прикосновения к предметам и людям. Говорит, опустив низко голову, не поднимая глаз на собеседника, вяло, с частыми паузами, книжным языком, пространно. Крайне медлителен, подолгу умывается и одевается.

Предположительный диагноз?

Какие нарушения мышления описаны в задаче?

Можно ли госпитализировать данного пациента недобровольно в психиатрический стационар?

Достаточно ли согласия матери для госпитализации в психиатрический стационар?

Какие дополнительные методы обследования нужно провести пациенту?

### ИД-1 ПК-3.1.

32-летний водитель. Доставлен в состоянии острой паники. Во время военных действий перенес тяжелую психическую травму, когда сестру изнасиловали у него на глазах. Был в тюрьме, подвергался жестоким пыткам. После освобождения вернулся на родину, тяжело болел, перенес повторные операции. С тех пор появились *ночные кошмары: видел сцены пыток и изнасилования*. Это сопровождалось тревогой с пронзительными криками и агрессивным поведением. Настоящее *состояние паники возникло после просмотра по телевизору документального фильма о Второй мировой войне*. При осмотре: настроение и поведение изменчивы. Возбужден, часто дышит, агрессивен, барабанит в дверь и стены. В следующее мгновение выражение лица становится пустым, выглядит безразличным, жалуется на утрату чувств. Явно находится в отчаянии, заявляет, что не может вынести ужасных воспоминаний. Они посещают его постоянно, вызывая стресс в любой ситуации, — какой-либо звук, фотография или рассказ напоминают ему о пережитой травме. Не хочет говорить о происшедшем, избегает всего, что напоминает ему страшные события. Не может вспомнить определенные периоды своих пыток. «Я не могу составить в сознании полную картину, — жаловался он, — до сих пор некоторые образы и звуки не покинули моего сознания». Испытывал чувство вины и стыда после возвращения домой.

Предположительный диагноз?

Какая группа симптомов описана в задаче (выделена курсивом)?

Какой основной метод лечения показан данному пациенту?

Соответствует ли данный пациент критериям недобровольной госпитализации?

Какие дополнительные методы исследования нужно назначить данному пациенту?

### ИД-2 ПК3.2.

Больной С., 33 года, инженер. По характеру активный, самоуверенный, властный. Женат 10 лет. Последние 3 года злоупотребляет алкогольными напитками, опохмеляется. Однажды жена пришла с подругой, которая восхищалась новым сослуживцем, говорила, что «все женщины без ума от него, влюбились», в шутку заявила, что жена больного «не будет исключением»; После ухода подруги С. поссорился с женой, «допытывался о ее чувствах», стал сопоставлять факты опозданий жены с работы, подробно расспрашивал ее, какими путями она возвращается с работы, в каких магазинах бывает, много ли было народу в магазине и т. п. Позже хронометрировал время, уличая в обмане, в неверности. В состоянии опьянения требовал признания в измене, назвать имя любовника, не стеснялся присутствия сына. Когда жена находилась дома в связи с болезнью ребенка, расспрашивал сына о всех проходящих в дом людях. Интересовался поведением жены на работе, звонил, чтобы проверить, на месте ли она, незаметно провожал с работы. Если она приходила домой вовремя, раскаивался, а через день вновь скандалил, если жена опаздывала. В отделении поведение правильное. Недоволен госпитализацией: «Теперь жене свобода», приводит доводы и предположения о неверности жены, в основном малозначимые, неубедительные. Иногда соглашается, что неправ, но чаще пытается убедить врача в «неоспоримых фактах».

Определить синдром?

Определите заболевание?

Соответствовал ли пациент критериям недобровольной госпитализации?

Психотропные препараты какой группы нужно назначить данному пациенту?

Каков прогноз заболевания?

### ИД-3 ПК3.3.

Пациентка 73 года. Около двух лет назад, появились жалобы, на память. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа. Состояние при осмотре. Во время осмотра пациентка неопрятна, насторожена, тревожна и подозрительна, дезориентирована во времени и месте. Смогла вспомнить имена своих детей, но их возраст и даты рождения забыла. Не помнила дату своего рождения. Артикуляция была хорошей, но сама речь была медленной и неконкретной. С трудом подбирала слова для выражений, не могла вспомнить три слова после 5-минутного интервала. Не понимала тяжести своего состояния.

Наиболее вероятный диагноз ?

Какие дополнительные методы обследования потребуются для постановки диагноза?

Нуждается ли пациентка в госпитализации?

Является ли пациент с деменцией недееспособным?

Тактика лечения?

### ИД-4 ПК3.4.

Женщина 29 лет, обратился к врачу, так как чувствовала, что не полностью выздоровела после гриппа. Болезнь сопровождалась температурой до 40° С, головной болью, тошнотой, болями во всем теле и слабостью. Ко врачу за помощью не обращалась. Через 10 дней все эти симптомы исчезли, приступила к работе, но стала замечать трудности в концентрации внимания, из-за чего не помнила, что читала или слышала. Мышление замедлилось, появились затруднения в подборе нужных слов и фраз, и в принятии даже несложных решений. После недели отдыха состояние улучшилось, вернулась к работе, но по-прежнему не могла сконцентрироваться и запоминать информацию и т. д. Состояние при осмотре: выглядит обеспокоенной и напряженной. Бледна, настроение не снижено, отрицает утрату интереса к жизни, снижение способности радоваться либо получать удовольствие. Тестирование внимания и памяти выявило небольшие затруднения. При счете в обратном порядке от 100 устала через несколько цифр и сделал несколько ошибок. Называя по буквам слово из пяти букв, выполнила это задание после двух попыток. Через час из 10 слов вспомнила 5. Способность к чтению, письму, простому счету и наблюдению не изменена, но во время обследования волнуется, становится напряженным. Рекомендован отдых в течение четырех недель, легкие физические упражнения и никаких препаратов. Через месяц чувствовала себя намного лучше. Небольшие трудности в концентрации внимания и памяти исчезли.

Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

Какой ведущий синдром описан в задаче?

С какими психическими расстройствами нужно провести дифференциальный диагноз?

Какие врачебные действия будут верными в данном случае?

Возможно ли оформление листка временной нетрудоспособности?

### ИД-1 ПК-4.1. ИД-2 ПК-4.2.

Женщина 29 лет, обратился к врачу, так как чувствовала, что не полностью выздоровела после гриппа. Болезнь сопровождалась температурой до 40° С, головной болью, тошнотой, болями во всем теле и слабостью. Ко врачу за помощью не обращалась. Через 10 дней все эти симптомы исчезли, приступила к работе, но стала

замечать трудности в концентрации внимания, из-за чего не помнила, что читала или слышала. Мышление замедлилось, появились затруднения в подборе нужных слов и фраз, и в принятии даже несложных решений. После недели отдыха состояние улучшилось, вернулась к работе, но по-прежнему не могла сконцентрироваться и запоминать информацию и т. д. Состояние при осмотре: выглядит обеспокоенной и напряженной. Бледна, настроение не снижено, отрицает утрату интереса к жизни, снижение способности радоваться либо получать удовольствие. Тестирование внимания и памяти выявило небольшие затруднения. При счете в обратном порядке от 100 устала через несколько цифр и сделала несколько ошибок. Называя по буквам слово из пяти букв, выполнила это задание после двух попыток. Через час из 10 слов вспомнила 5. Способность к чтению, письму, простому счету и наблюдению не изменена, но во время обследования волнуется, становится напряженным. Рекомендован отдых в течение четырех недель, легкие физические упражнения и никаких препаратов. Через месяц чувствовала себя намного лучше. Небольшие трудности в концентрации внимания и памяти исчезли.

Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

Какой ведущий синдром описан в задаче?

С какими психическими расстройствами нужно провести дифференциальный диагноз?

Какие врачебные действия будут верными в данном случае?

Возможно ли оформление листка временной нетрудоспособности?

ИД-3 ПК-5.1.

Больной 28 лет, шофер. О себе рассказывает: «С детства был какой-то чудной. Ребята меня не уважали, я их боялся. Когда учился в младших классах, все казалось, что мать у меня умрет. Думал, что если успею досчитать до десяти, пока мать наливает чай, то она будет жива, а если не успею — умрет. Когда в школу шел, то все боялся, что на меня мальчишки нападут. Портфель держал пряжкой внутрь — это как бы означало, что иду с мирными намерениями, драться не хочу. В школе ребята слушают учителя, а я какой-нибудь ерундой занимаюсь. Например: «А что было бы, если бы за самый хороший ответ ставили единицу, а самой плохой отметкой была бы пятерка». Отгоню мысли эти, слушаю учителя, а потом незаметно опять отвлекаюсь. Из-за этого трудно учиться, родителей в школу вызывали, ругали за мою невнимательность. Но все-таки школу окончил, в армии отслужил, там получил специальность шофера. Все было ничего, но последнее время стали какие-то глупые мысли одолевать: только и думаю, чтобы все предметы у меня лежали симметрично, дома из-за этого жена ругается. На работе надо машины ремонтировать, а я не делом занимаюсь, а гаечные ключи раскладываю симметрично. Недавно случай был, что стыдно рассказать: поехал я на поезде к себе на дачу, на одной из станций вышел в туалет. Вижу, в унитазе две спички лежат. Когда выходил из туалета, меня словно ударило — вернуться и положить спички симметрично. Вернулся. В унитаз лезть противно, а уйти не могу, даже сердце стало биться, вспотел весь. Все-таки не удержался, залез рукой в унитаз и переложил спички. А поезд в это время ушел».

Квалифицировать состояние.

Требуется ли состояние пациента неотложной госпитализации?

Нуждается ли данное состояние дополнительных методов исследований?

Предварительный диагноз?

Препараты каких групп можно назначить для терапии данного заболевания?

Какие рекомендуются реабилитационные мероприятия при данном заболевании?

## Критерии оценки, шкала оценивания ситуационных задач

Оценка	Балл	Описание
«отлично»	13-15	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и наглядными демонстрациями, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие
«хорошо»	9-12	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие
«удовлетворительно»	4-8	Объяснение хода решения ситуационной задачи недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях
«неудовлетворительно»	0-3	Объяснение хода решения ситуационной задачи дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений и наглядных демонстраций или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют

### 2.4. Примеры тем реферата

ИД-1 ОПК-1.1 1.

Организация работы психиатрических стационаров и диспансерной службы.

Параклинические методы исследования используемые в психиатрии.

ИД-2 ОПК 1.2.

Этические и правовые аспекты оказания психиатрической помощи.

ИД-3 ОПК-1.3.

Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании (основные принципы и положения).

ИД-1 ОПК-2.1

Понятия психогигиены и псих

ИД-1 ПК-2.1.

Классификация психопатологических синдромов

ИД-2 ПК-2.2.

Основные принципы лечения шизофренических расстройств

ИД-3 ПК-2.3.

Психические расстройства в терапевтической практике.

Психические расстройства в гинекологической практике.

Депрессии в общей врачебной практике.

ИД-4 ПК-2.4.

Неврозы: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерия.

Ассоциированные со стрессом психические расстройства: расстройства адаптации, ПТСР, аффективно-шоковые реакции.

Психосоматические заболевания.

ИД-5 ПК-2.5.

Основные принципы классификации психических расстройств (МКБ-10, DSM-IV и научные классификации).

Острые, затяжные и хронические органические психозы.

Инволюционные психозы, сосудистые и гипертонические психические расстройства.

Нейродегенеративные заболевания (болезнь Пика, болезнь Альцгеймера).

ИД-1 ПК-3.1. ИД-2 ПК3.2.

Психофармакотерапия – основные группы психотропных средств.

Побочные действия при применении основных психотропных препаратов.

Шоковые методы (виды, показания, теоретическое обоснование, методология).

ИД-3 ПК3.3.

Психотерапия (основные направления, показания).

Особенности ухода за больными пожилого возраста с психическими расстройствами.

ИД-4 ПК3.4.

Психические расстройства в терапевтической практике.

Психические расстройства в гинекологической практике.

Депрессии в общей врачебной практике.

ИД-1 ПК-4.1. ИД-2 ПК-4.2.

Основные критерии инвалидности при психических расстройствах.

Основные принципы определения признаков инвалидности при психических расстройствах.

ИД-3 ПК-5.1.

Основные принципы реабилитации пациентов с зависимостями.

Основные принципы реабилитации пациентов с хроническими психическими заболеваниями..

### Шкала оценивания реферата

Оценка	Дескрипторы				
	Баллы	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	13-15	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в представляемой информации.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	10-12	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2 профессиональных терминов.	Использованы информационные технологии. Не более 2 ошибок в представляемой информации	Ответы на вопросы полные и/или частично полные
Удовлетворительно	6-9	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна. Использован 1-2 профессиональный термин.	Использованы информационные технологии частично. 3-4 ошибки в представляемой информации.	Только ответы на элементарные вопросы.
Неудовлетворительно	0-5	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана. Не использованы профессиональные термины.	Не использованы информационные технологии. Больше 4 ошибок в представляемой информации.	Нет ответов на вопросы.

### 2.5. Примеры контрольных вопросов

#### **ИД-1 ОПК-1.1**

Права психически больных.

Психиатрическое освидетельствование.

#### **ИД-2 ОПК 1.2.**

Судебно-психиатрическая экспертиза. Показания, Виды.

Понятие невменяемости.

Принудительные меры медицинского характера.

### **ИД-3 ОПК-1.3.**

Кодекс профессиональной этики психиатра.

Аггравация, симуляция, диссимуляция в психиатрии

Недобровольная госпитализация и освидетельствование.

Понятия дееспособности. Основания для лишения дееспособности.

### **ИД-1 ОПК-2.1**

Причины возникновения психических расстройств.

Психогигиена и психопрофилактика: определение, задачи.

### **ИД-1 ПК-2.1.**

Диагностическое и прогностическое значение продуктивных и негативных расстройств.

Невротические и невротоподобные синдромы.

Астенический синдром. Клинические проявления. Заболевания, при которых наблюдается.

Обсессивный синдром. Клинические проявления. Заболевания, при которых наблюдается.

### **ИД-2 ПК-2.2.**

Психопатии. Определение. Основные диагностические критерии.

Классификация психопатий.

Гипертимная, гипотимная, циклотимная психопатии.

Паранойяльная психопатия.

### **ИД-3 ПК-2.3.**

Неврастения, этиология, клинические проявления.

Обсессивно-компульсивный невроз, этиология, клинические проявления.

Конверсионные расстройства (истерический невроз).

Генерализованное тревожное расстройство.

### **ИД-4 ПК-2.4.**

Простая шизофрения. Клиника, диагностика, прогноз.

Кататоническая форма шизофрении. Клиника, диагностика, прогноз.

Гебефреническая форма шизофрении. Клиника, диагностика, прогноз.

Параноидная шизофрения. Клиника, диагностика, прогноз.

Понятие шизофренического дефекта

### **ИД-5 ПК-2.5.**

Классификация наркотических и токсических веществ.

Понятие психической зависимости. Психическое влечение. Компульсивное влечение.

Физическая зависимость. Абстинентный синдром.

Синдром измененной реактивности.

### **ИД-1 ПК-3.1.**

Диагностика нейродегенеративных заболеваний позднего возраста.

Лечение больных с психическими расстройствами позднего возраста.

### **ИД-2 ПК3.2.**

Лечение эпилепсии. Основные группы препаратов.

Лечение аффективных расстройств. Основные группы препаратов.

Лечение невротических расстройств. Основные группы препаратов.

### **ИД-3 ПК3.3.**

Инволюционные психозы: инволюционный параноид, инволюционная депрессия.

Клиника, лечение, прогноз.

Болезнь Альцгеймера. Клинические проявления, варианты течения.

Болезнь Пика. Клиника, прогноз.

### **ИД-4 ПК3.4.**

Психотические органические расстройства: реакции экзогенного типа. Острые, затяжные и хронические психозы.

Психические расстройства при черепно-мозговых травмах.

Лечение и реабилитация пациентов с органическими психическими расстройствами.

### **ИД-1 ПК-4.1. ИД-2 ПК-4.2.**

Основные критерии инвалидности при психических расстройствах.

Основные принципы определения признаков инвалидности при психических расстройствах.

### **ИД-3 ПК-5.1.**

Основные принципы реабилитации пациентов с зависимостями.

Основные принципы реабилитации пациентов с хроническими психическими заболеваниями..

Шкала оценивания собеседования

<b>Оценка</b>	<b>Балл</b>	<b>Описание</b>
«отлично»	13-15	Знает весь учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В устных ответах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок
«хорошо»	9-12	Знает весь требуемый учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок
«удовлетворительно»	4-8	Знает основной учебный материал. На вопросы (в пределах программы) отвечает с затруднением. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи
«неудовлетворительно»	0-3	Не знает большей части учебного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В устных ответах допускает частые и грубые ошибки

### **3. Процедура проведения текущего контроля**

Текущий контроль успеваемости по дисциплине проводится в форме: собеседования, решения ситуационных задач, тестовых заданий и написание реферата

#### **4. Примеры оценочных средств и критерии оценивания для проведения промежуточной аттестации**

##### **4.1. Примерный перечень контрольных вопросов для подготовки к экзамену: не предусмотрено.**

###### **ИД-1 ОПК-1.1**

Права психически больных.  
Психиатрическое освидетельствование.

###### **ИД-2 ОПК 1.2.**

Судебно-психиатрическая экспертиза. Показания, Виды.  
Понятие невменяемости.  
Принудительные меры медицинского характера.

###### **ИД-3 ОПК-1.3.**

Кодекс профессиональной этики психиатра.  
Агравация, симуляция, диссимуляция в психиатрии  
Недобровольная госпитализация и освидетельствование.  
Понятия дееспособности. Основания для лишения дееспособности.

###### **ИД-1 ОПК-2.1**

Причины возникновения психических расстройств.  
Психогигиена и психопрофилактика: определение, задачи.

###### **ИД-1 ПК-2.1.**

Диагностическое и прогностическое значение продуктивных и негативных расстройств.

Невротические и неврозоподобные синдромы.

Астенический синдром. Клинические проявления. Заболевания, при которых наблюдается.

Обсессивный синдром. Клинические проявления. Заболевания, при которых наблюдается.

###### **ИД-2 ПК-2.2.**

Психопатии. Определение. Основные диагностические критерии.

Классификация психопатий.

Гипертимная, гипотимная, циклотимная психопатии.

Паранойяльная психопатия.

###### **ИД-3 ПК-2.3.**

Неврастения, этиология, клинические проявления.

Обсессивно-компульсивный невроз, этиология, клинические проявления.

Конверсионные расстройства (истерический невроз).

Генерализованное тревожное расстройство.

###### **ИД-4 ПК-2.4.**

Простая шизофрения. Клиника, диагностика, прогноз.

Кататоническая форма шизофрении. Клиника, диагностика, прогноз.

Гебефреническая форма шизофрении. Клиника, диагностика, прогноз.

Параноидная шизофрения. Клиника, диагностика, прогноз.

Понятие шизофренического дефекта

**ИД-5 ПК-2.5.**

Классификация наркотических и токсических веществ.

Понятие психической зависимости. Психическое влечение. Компульсивное влечение.

Физическая зависимость. Абстинентный синдром.

Синдром измененной реактивности.

**ИД-1 ПК-3.1.**

Диагностика нейродегенеративных заболеваний позднего возраста.

Лечение больных с психическими расстройствами позднего возраста.

**ИД-2 ПК3.2.**

Лечение эпилепсии. Основные группы препаратов.

Лечение аффективных расстройств. Основные группы препаратов.

Лечение невротических расстройств. Основные группы препаратов.

**ИД-3 ПК3.3.**

Инволюционные психозы: инволюционный параноид, инволюционная депрессия. Клиника, лечение, прогноз.

Болезнь Альцгеймера. Клинические проявления, варианты течения.

Болезнь Пика. Клиника, прогноз.

**ИД-4 ПК3.4.**

Психотические органические расстройства: реакции экзогенного типа. Острые, затяжные и хронические психозы.

Психические расстройства при черепно-мозговых травмах.

Лечение и реабилитация пациентов с органическими психическими расстройствами.

**ИД-1 ПК-4.1. ИД-2 ПК-4.2.**

Основные критерии инвалидности при психических расстройствах.

Основные принципы определения признаков инвалидности при психических расстройствах.

**ИД-3 ПК-5.1.**

Основные принципы реабилитации пациентов с зависимостями.

Основные принципы реабилитации пациентов с хроническими психическими заболеваниями..

**Шкала оценивания собеседования**

<b>Оценка</b>	<b>Балл</b>	<b>Описание</b>
«отлично»	13-15	Знает весь учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В устных ответах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок
«хорошо»	9-12	Знает весь требуемый учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок

Оценка	Балл	Описание
«удовлетворительно»	4-8	Знает основной учебный материал. На вопросы (в пределах программы) отвечает с затруднением. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи
«неудовлетворительно»	0-3	Не знает большей части учебного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В устных ответах допускает частые и грубые ошибки

## 4.2. Примеры ситуационных задач:

### ИД-1 ОПК-1.1

В психиатрический стационар скорой помощью доставлена женщина пожилого или старческого возраста. Бригада была вызвана прохожими. Пациентка не могла найти дорогу домой, собственный адрес проживания назвать не сумела. Врачом скорой принято решение о госпитализации. В стационаре при осмотре врача назвала себя «Юлей», не смогла сообщить свой год рождения - только число и месяц. Не может назвать текущую дату; считает, что находится «в поликлинике, на прививках». Говорит, что *«вчера ездила в страну, где бороды у мужчин такие большие, что они их перед собой на тачках возят»*. Подписала добровольное согласие на лечение и госпитализацию, данное врачом больницы. В настоящее время находится на отделении, ведёт себя неконфликтно, с аппетитом ест ужин.

Правильны ли действия врача скорой психиатрической помощи?

Правильны ли действия врача больницы?

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Каков ведущий психопатологический синдром?

Какой вид нарушения памяти наблюдается у больной? (на примере выделенного курсивом)

### ИД-2 ОПК 1.2.

Мужчина бежит по улице обнажённый, размахивает кухонным ножом и кричит прохожим: «Подойдите ко мне. Я вам приказываю!». Вызвана бригада скорой психиатрической помощи. Пациент на вопросы отвечает. Называет себя «Богом, девой Марией и Иисусом-пророком в одном теле, которому блудница Магдалина омывала ноги». Тут же переходит на другую тему: «ноги, ноги - ноги повсюду; по лужам шлёпают, воду разбрызгивают... святую воду, святую воду всем пить надо, чтобы очиститься». Настоящее имя, место проживания и статус выяснить не удаётся. Мужчина говорит, что на него «снизошла благодать» и он начал «слышать мысли всех окружающих и влиять на них; понял, что является богом». Врач-психиатр принимает решение о недобровольной госпитализации. Пациент отказывается, но физической агрессии не проявляет, ограничиваясь вербальной: «всех прокляну до седьмого колена... колена - разогнуть не сможете... не подходите, я вам приказываю!».

Как называются мероприятия, проведенные врачом-психиатром?

На основе какого законодательного акта должна быть осуществлена (или должно быть отказано в) недобровольная госпитализация?

Каким критериям недобровольной госпитализации соответствует данный пациент?

Каков ведущий психопатологический синдром?

Какой вид нарушения мышления наблюдается у пациента?

### ИД-3 ОПК-1.3.

Правоохранительными органами задержан человек, пытавшийся совершить суицид (пытался броситься под автомобиль). Своего имени и адреса проживания не называет «Это неважно», документов, удостоверяющих личность, при себе не имеет. В отделении задержанный утверждает, что «не должен жить»; уверен, что является носителем смертельного вируса, от которого сам умереть не может, но будет «повсюду сеять горе и смерть», будет «оставлен последним живущим человеком на планете - живым гниющим трупом, если что-то сейчас не предпринять». Все сведения больной излагает монотонным, малоэмоциональным голосом, мимика крайне слабая. На консультацию пригласили врача-психиатра, однако мужчина заявил, что категорически отказывается от консультации: «я несколько раз лежал в психушке, не поможет, ещё раз - не поеду». Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

Может ли врач-психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции судьи в данном случае?

Соответствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации?

Какой синдром у данного пациента?

Какую позитивную и негативную симптоматику Вы наблюдаете в этом случае

О каком заболевании можно говорить в данном случае?

### ИД-1 ОПК-2.1

Больной М., 64 год, адвокат. С 56 лет начал чувствовать головные боли, периодические головокружения, снижение работоспособности, утомлялся на работе, был рассеянным, забывчивым, раздражительным. В возрасте 60 лет было несколько приступов головокружения. В конце июня развился легкий правосторонний гемипарез, который сохранялся 2 недели. Лечился на неврологическом отделении. Движения в конечностях восстановились, но психическое состояние ухудшилось, раздражительным, придирчивым, подозрительным. Работать не мог, был переведен на инвалидность II группы. Через 8 месяцев стал ревновать жену к коллегам по работе, являлся к ней на работу, устраивал скандалы, обвинял жену в изменах. Помещен в психиатрическую больницу. В больнице суетлив, тревожен, говорил, что в больницу поместила его жена, чтобы быть свободной и изменять ему. Жаловался на головокружения и головные боли. В месте и времени ориентировался. Память снижена, особенно нарушены процессы запоминания и хранения. Лучше помнит события прошлого, чем настоящего, события личной жизни, чем общественные. На вопросы отвечает по существу, но с излишней детализацией. Интеллект снижен. Нет критического отношения к своему состоянию и поведению. Высказывает нелепый бред ревности. Внимание истощаемо. Легко переходит от плача к смеху. Рентгенологически определяется начальный склероз дуги аорты. При неврологическом исследовании констатируются вялая реакция зрачков на свет и остаточные явления правостороннего гемипареза. Физическое и психическое состояние больного постепенно с некоторыми колебаниями ухудшалось, нарастали явления слабоумия.

Какие нарушения памяти описаны у пациента?

Какой ведущий синдром привел к госпитализации пациента?

Какой диагноз можно предположить у пациента?

Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

Каков прогноз заболевания?

#### ИД-1 ПК-2.1.

Больной К., 35 лет, крановщик. На работе получил тяжелую травму головы. Доставлен на фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась многократная рвота. Находился неделю на больничном листе, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти, в связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: миоз, зрачки неправильной формы. Единичные нистагмоидные подергивания в правом крайнем отведении. Сглажена левая носогубная складка. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемианестезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33%, плеоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: дезориентирован по времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 1987; при поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет блюда, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и на отдаленные события. По разному называет имя и фамилию жены, детей. Не в состоянии объяснить переносного смысла пословиц и поговорок, не понимает крылатых выражений, метафор. Запас знаний крайне низок. Имеются конфабуляции и псевдореминисценции. Склонен к плоским шуткам. Гиперсексуален. Пребыванием в стационаре не тяготится, просит его выписать.

Угрожает ли данное состояние жизни пациента?

Требуются ли дополнительные методы обследования?

Определите синдром

Каков наиболее вероятный диагноз?

Законна ли в данном случае госпитализация в психиатрический стационар?

#### ИД-2 ПК-2.2.

Больная А., 55 лет. Из неблагополучной семьи. Детство провела под присмотром бабушки. Росла и развивалась соответственно возрасту. В подростковом возрасте вместе с компанией выпила крепкий алкоголь. Далее — «взялась за ум», успешно окончил 10 классов и техникум. Работал по специальности. Женщина была одинокой, но любила находиться в центре внимания. Часто бывала в центре застолья, любила выпить. По характеру общительная, легко сходится с людьми, неразборчива в связях с мужчинами. За два года до госпитализации стала жаловаться, что устает от шумных компаний, беспокоили головные боли, слабость. Появились бестактность, грубость, без всякого стеснения рассказывала циничные анекдоты. Уехав в командировку, руководству предприятия присылала противоречивые телеграммы, предложила организовать картинную галерею. Получив распоряжение вернуться, обратилась с предложением о картинной галерее в Министерство тяжелой промышленности. В психиатрическом стационаре была беспечной, веселой. Украшала себя конфетными обертками, мастерила самодельные знаки отличия. Называла себя создателем «мировой картинной галереи», в которой находится 10 миллионов картин всех народов. Плохо производит арифметические действия, не замечает грубых ошибок. Не понимает переносного смысла пословиц и поговорок. Неврологически: миоз, реакция зрачков на свет отсутствует, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, дизартрия, шаркающая походка. Внутренние органы без патологии. Анализы крови и мочи без патологии. Положительная реакция Вассермана в крови и ликворе. Анализ

ликвора: белок 0,4%, цитоз 20, положительные реакции Панди, Вейхброта.

Предположительный диагноз?

Какой синдром у данной пациентки?

Дополнительные методы обследования?

Тактика лечения?

Возможно ли психиатрическое освидетельствование и госпитализация данной пациентки в недобровольном порядке?

ИД-3 ПК-2.3.

Женщина 29 лет, обратилась к врачу, так как чувствовала, что не полностью выздоровела после гриппа. Болезнь сопровождалась температурой до 40° С, головной болью, тошнотой, болями во всем теле и слабостью. Ко врачу за помощью не обращалась. Через 10 дней все эти симптомы исчезли, приступила к работе, но стала замечать трудности в концентрации внимания, из-за чего не помнила, что читала или слышала. Мышление замедлилось, появились затруднения в подборе нужных слов и фраз, и в принятии даже несложных решений. После недели отдыха состояние улучшилось, вернулась к работе, но по-прежнему не могла сконцентрироваться и запоминать информацию и т. д. Состояние при осмотре: выглядит обеспокоенной и напряженной. Бледна, настроение не снижено, отрицает утрату интереса к жизни, снижение способности радоваться либо получать удовольствие. Тестирование внимания и памяти выявило небольшие затруднения. При счете в обратном порядке от 100 устала через несколько цифр и сделала несколько ошибок. Называя по буквам слово из пяти букв, выполнила это задание после двух попыток. Через час из 10 слов вспомнила 5. Способность к чтению, письму, простому счету и наблюдению не изменена, но во время обследования волнуется, становится напряженным. Рекомендован отдых в течение четырех недель, легкие физические упражнения и никаких препаратов. Через месяц чувствовала себя намного лучше. Небольшие трудности в концентрации внимания и памяти исчезли.

Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

Какой ведущий синдром описан в задаче?

С какими психическими расстройствами нужно провести дифференциальный диагноз?

Какие врачебные действия будут верными в данном случае?

Возможно ли оформление листка временной нетрудоспособности?

ИД-4 ПК-2.4.

Больная 65 лет, пенсионерка, 3 года назад поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью не могла уснуть. Наутро услышала голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома, боялась выходить на кухню. С тех пор в течение 3 лет постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выпить все таблетки дома, постоянно оскорбляют ее. Иногда слышит голос своей дочери, который успокаивает больную, советует лечиться. Голоса слышатся из-за стенки и из-за окна. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одинаковыми модуляциями. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсации сосудов. При усилении голоса в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окну, утверждает, что сейчас убьют ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что они имеют болезненное происхождение, но тут же

спрашивает, за что соседка хочет ее убить. По данным МРТ головного мозга: Хроническая сосудистая недостаточность вещества головного мозга (множественные перивентрикулярные и субкортикальные "сливного" характера очаги сосудистого генеза, смешанная заместительная гидроцефалия).

О чем свидетельствуют данные МРТ исследования?

Сформулируйте предварительный диагноз

С какими заболеваниями стоит провести дифференциальный диагноз

Квалифицируйте синдром

Имеются ли основания у данной пациентки для недобровольной госпитализации?

ИД-5 ПК-2.5.

Больной В., 20 лет. Родился в обеспеченной семье. Воспитывался исключительно в женской среде (мать, бабушка), в условиях гиперопеки. Общения с детьми не было, все время проводил дома среди массы игрушек, книг. Самостоятельно вышел на улицу в 12 лет. Умерли мать и бабушка больного, отец уехал в длительную командировку. Мальчик остался на попечении тети. Некоторое время он учился дома, в 13 лет поступил в школу. Учился отлично, проявлял прекрасные способности, но к школьной среде адаптировался плохо. Среди школьников слыл чужаком. Его раздражали разговоры мальчиков, их шалости. «Школьный мир для меня чужд». Особенно его смущали появившиеся поллюции. С гримасой отвращения, брезгливостью он просил, как можно скорее, «экстренным порядком ликвидировать или свести на нет эту половую деятельность». Избавиться от эрекции стало его жизненной задачей, он перестал посещать школу, не выходил на улицу. Заявлял, что боится людей, боится вообще всего большого, крупного, даже домашних животных. Думал, что они его обидят. Полка «текущего чтения» заполнена научно-технической литературой. Мечтает стать большим ученым — академиком. Думает овладеть двумя специальностями — астрофизикой и математикой. Любит вести беседы с, взрослыми на сугубо научные темы. Интеллект высокий. Больной двигается скользящей походкой, оберегает себя от прикосновения к предметам и людям. Говорит, опустив низко голову, не поднимая глаз на собеседника, вяло, с частыми паузами, книжным языком, пространно. Крайне медлителен, подолгу умывается и одевается.

Предположительный диагноз?

Какие нарушения мышления описаны в задаче?

Можно ли госпитализировать данного пациента недобровольно в психиатрический стационар?

Достаточно ли согласия матери для госпитализации в психиатрический стационар?

Какие дополнительные методы обследования нужно провести пациенту?

ИД-1 ПК-3.1.

32-летний водитель. Доставлен в состоянии острой паники. Во время военных действий перенес тяжелую психическую травму, когда сестру изнасиловали у него на глазах. Был в тюрьме, подвергался жестоким пыткам. После освобождения вернулся на родину, тяжело болел, перенес повторные операции. С тех пор появились *ночные кошмары: видел сцены пыток и изнасилования*. Это сопровождалось тревогой с пронзительными криками и агрессивным поведением. Настоящее *состояние паники возникло после просмотра по телевизору документального фильма о Второй мировой войне*. При осмотре: настроение и поведение изменчивы. Возбужден, часто дышит, агрессивен, барабанит в дверь и стены. В следующее мгновение выражение лица становится пустым, выглядит безразличным, жалуется на утрату чувств. Явно находится в отчаянии, заявляет, что не может вынести ужасных воспоминаний. Они посещают его

постоянно, вызывая стресс в любой ситуации, — какой-либо звук, фотография или рассказ напоминают ему о пережитой травме. Не хочет говорить о происшедшем, избегает всего, что напоминает ему страшные события. Не может вспомнить определенные периоды своих пыток. «Я не могу составить в сознании полную картину, — жаловался он, — до сих пор некоторые образы и звуки не покинули моего сознания». Испытывал чувство вины и стыда после возвращения домой.

Предположительный диагноз?

Какая группа симптомов описана в задаче (выделена курсивом)?

Какой основной метод лечения показан данному пациенту?

Соответствует ли данный пациент критериям недобровольной госпитализации?

Какие дополнительные методы исследования нужно назначить данному пациенту?

ИД-2 ПК3.2.

Больной С., 33 года, инженер. По характеру активный, самоуверенный, властный. Женат 10 лет. Последние 3 года злоупотребляет алкогольными напитками, опохмеляется. Однажды жена пришла с подругой, которая восхищалась новым сослуживцем, говорила, что «все женщины без ума от него, влюбились», в шутку заявила, что жена больного «не будет исключением»; После ухода подруги С. поссорился с женой, «допытывался о ее чувствах», стал сопоставлять факты опозданий жены с работы, подробно расспрашивал ее, какими путями она возвращается с работы, в каких магазинах бывает, много ли было народу в магазине и т. п. Позже хронометрировал время, уличая в обмане, в неверности. В состоянии опьянения требовал признания в измене, назвать имя любовника, не стеснялся присутствия сына. Когда жена находилась дома в связи с болезнью ребенка, расспрашивал сына о всех проходящих в дом людях. Интересовался поведением жены на работе, звонил, чтобы проверить, на месте ли она, незаметно провожал с работы. Если она приходила домой вовремя, раскаивался, а через день вновь скандалил, если жена опаздывала. В отделении поведение правильное. Недоволен госпитализацией: «Теперь жене свобода», приводит доводы и предположения о неверности жены, в основном малозначимые, неубедительные. Иногда соглашается, что неправ, но чаще пытается убедить врача в «неоспоримых фактах».

Определить синдром?

Определите заболевание?

Соответствовал ли пациент критериям недобровольной госпитализации?

Психотропные препараты какой группы нужно назначить данному пациенту?

Каков прогноз заболевания?

ИД-3 ПК3.3.

Пациентка 73 года. Около двух лет назад, появились жалобы, на память. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа. Состояние при осмотре. Во время осмотра пациентка неопытна, насторожена, тревожна и подозрительна, дезориентирована во времени и месте. Смогла вспомнить имена своих детей, но их возраст и даты рождения забыла. Не помнила дату своего рождения. Артикуляция была хорошей, но сама речь была медленной и неконкретной. С трудом подбирала слова для выражений, не могла вспомнить три слова после 5-минутного интервала. Не понимала тяжести своего состояния.

Наиболее вероятный диагноз ?

Какие дополнительные методы обследования потребуются для постановки диагноза?

Нуждается ли пациентка в госпитализации?  
Является ли пациент с деменцией недееспособным?  
Тактика лечения?

ИД-4 ПК3.4.

Женщина 29 лет, обратилась к врачу, так как чувствовала, что не полностью выздоровела после гриппа. Болезнь сопровождалась температурой до 40° С, головной болью, тошнотой, болями во всем теле и слабостью. Ко врачу за помощью не обращалась. Через 10 дней все эти симптомы исчезли, приступила к работе, но стала замечать трудности в концентрации внимания, из-за чего не помнила, что читала или слышала. Мышление замедлилось, появились затруднения в подборе нужных слов и фраз, и в принятии даже несложных решений. После недели отдыха состояние улучшилось, вернулась к работе, но по-прежнему не могла сконцентрироваться и запоминать информацию и т. д. Состояние при осмотре: выглядит обеспокоенной и напряженной. Бледна, настроение не снижено, отрицает утрату интереса к жизни, снижение способности радоваться либо получать удовольствие. Тестирование внимания и памяти выявило небольшие затруднения. При счете в обратном порядке от 100 устала через несколько цифр и сделала несколько ошибок. Называя по буквам слово из пяти букв, выполнила это задание после двух попыток. Через час из 10 слов вспомнила 5. Способность к чтению, письму, простому счету и наблюдению не изменена, но во время обследования волнуется, становится напряженным. Рекомендован отдых в течение четырех недель, легкие физические упражнения и никаких препаратов. Через месяц чувствовала себя намного лучше. Небольшие трудности в концентрации внимания и памяти исчезли.

Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

Какой ведущий синдром описан в задаче?

С какими психическими расстройствами нужно провести дифференциальный диагноз?

Какие врачебные действия будут верными в данном случае?

Возможно ли оформление листка временной нетрудоспособности?

ИД-1 ПК-4.1. ИД-2 ПК-4.2.

Женщина 29 лет, обратилась к врачу, так как чувствовала, что не полностью выздоровела после гриппа. Болезнь сопровождалась температурой до 40° С, головной болью, тошнотой, болями во всем теле и слабостью. Ко врачу за помощью не обращалась. Через 10 дней все эти симптомы исчезли, приступила к работе, но стала замечать трудности в концентрации внимания, из-за чего не помнила, что читала или слышала. Мышление замедлилось, появились затруднения в подборе нужных слов и фраз, и в принятии даже несложных решений. После недели отдыха состояние улучшилось, вернулась к работе, но по-прежнему не могла сконцентрироваться и запоминать информацию и т. д. Состояние при осмотре: выглядит обеспокоенной и напряженной. Бледна, настроение не снижено, отрицает утрату интереса к жизни, снижение способности радоваться либо получать удовольствие. Тестирование внимания и памяти выявило небольшие затруднения. При счете в обратном порядке от 100 устала через несколько цифр и сделала несколько ошибок. Называя по буквам слово из пяти букв, выполнила это задание после двух попыток. Через час из 10 слов вспомнила 5. Способность к чтению, письму, простому счету и наблюдению не изменена, но во время обследования волнуется, становится напряженным. Рекомендован отдых в течение четырех недель, легкие физические упражнения и никаких препаратов. Через месяц чувствовала себя намного лучше. Небольшие трудности в концентрации внимания и памяти исчезли.

Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

Какой ведущий синдром описан в задаче?

С какими психическими расстройствами нужно провести дифференциальный диагноз?

Какие врачебные действия будут верными в данном случае?

Возможно ли оформление листка временной нетрудоспособности?

ИД-3 ПК-5.1.

Больной 28 лет, шофер. О себе рассказывает: «С детства был какой то чудной. Ребята меня не уважали, я их боялся. Когда учился в младших классах, все казалось, что мать у меня умрет. Думал, что если успею досчитать да десяти, пока мать наливает чай, то она будет жива, а если не успею — умрет. Когда в школу шел, то все боялся, что на меня мальчишки нападут. Портфель держал пряжкой внутрь — это как бы означало, что иду с мирными намерениями, драться не хочу. В школе ребята слушают учителя, а я какой-нибудь ерундой занимаюсь. Например: «А что было бы, если бы за самый хороший ответ ставили единицу, а самой плохой отметкой была бы пятерка». Отгону мысли эти, слушаю учителя, а потом незаметно опять отвлекаюсь. Из-за этого трудно учиться, родителей в школу вызывали, ругали за мою невнимательность. Но все-таки школу окончил, в армии отслужил, там получил специальность шофера. Все было ничего, но последнее время стали какие-то глупые мысли одолевать: только и думаю, чтобы все предметы у меня лежали симметрично, дома из-за этого жена ругается. На работе надо машины ремонтировать, а я не делом занимаюсь, а гаечные ключи раскладываю симметрично. Недавно случай был, что стыдно рассказать: поехал я на поезде к себе на дачу, на одной на станций вышел в туалет. Вижу, в унитазе две спички лежат. Когда выходил из туалета, меня словно ударило — вернуться и положить спички симметрично. Вернулся. В унитаз лезть противно, а уйти не могу, даже сердце стало биться, вспотел весь. Все-таки не удержался, залез рукой в унитаз и переложил спички. А поезд в это время ушел».

Квалифицировать состояние.

Требует ли состояние пациента неотложной госпитализации?

Нуждается ли данное состояние дополнительных методов исследований?

Предварительный диагноз?

Препараты каких групп можно назначить для терапии данного заболевания?

Какие рекомендуются реабилитационные мероприятия при данном заболевании?

Критерии оценки, шкала оценивания ситуационных задач

Оценка	Балл	Описание
«отлично»	13-15	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и наглядными демонстрациями, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие
«хорошо»	9-12	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие
«удовлетворительно»	4-8	Объяснение хода решения ситуационной задачи

		недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях
«неудовлетворительно»	0-3	Объяснение хода решения ситуационной задачи дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений и наглядных демонстраций или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют

## 5. Процедура проведения промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета. Зачет включает в себя: ответы на контрольные вопросы, решение ситуационных задач.

