

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ 3**

Специальность 31.08.20 Психиатрия
код, наименование

Кафедра: психиатрии

Форма обучения очная

Владимир
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по клинической практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 3» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 3». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПП по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Производственная (клиническая) практика 3» используются следующие оценочные средства:

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

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Текущий	Раздел.1Диагностика и лечение острых психических расстройств у мужчин. Раздел 2. Диагностика и лечение острых психических расстройств у женщин. Раздел 3. Диагностика и лечение психических расстройств в условиях реабилитационного отделения. Раздел 4. Диагностика и лечение психических расстройств в условиях дневного стационара. Раздел 5. МСЭ при психических расстройствах. .Раздел 6 Наблюдение больных с первым психотическим эпизодом. Раздел 7 Диагностика и лечение психических расстройств в амбулаторных условиях	Кейс-задание
	Промежуточный	Все темы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

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

Кейс-задания для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент М., 36 лет, инженер, работает в строительной компании. На работе получил тяжелую травму головы. Был доставлен в фельдшерский пункт, сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль проходила, вечером отмечалась рвота. Находился неделю на больничном, постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически зрачки неправильной формы. Единичные нистагмоидные подергивания в правом крайнем отведении. Сглажена левая носогубная складка. Коленные ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемипарезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: 0,33%, плеоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 2006, 2013. При поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и отдаленные события. Путаёт даты личной жизни, по-разному называет имена жены и детей. Не в состоянии объяснить переносного смысла пословиц и поговорок, не понимает крылатых выражений, метафор. Имеются конфабуляции и псевдореминисценции. Склонен к плоским шуткам. Фон настроения нестабильный. Пребыванием в стационаре не тяготится.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
В	5	Являются ли приведенные в задаче психические нарушения обратимыми? Какие факторы могут негативно сказаться на прогнозе заболевания?
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка, 60 лет. Наследственность не отягощена. Анамнез собран со слов мужа. Заболевание началось с 58 лет и развивалось постепенно. Работала учительницей физики, по характеру была очень организованной, педантичной. После начала заболевания стала рассеянной, забывчивой, перестала справляться с работой в школе, а затем и с домашней работой.</p> <p>Первое время жаловалась на трудности с запоминанием имён, телефонных номеров. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие ранее, чем назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей, несколько раз терялась. Перестала готовить. Регулярно забывала выключать плиту или</p>

		<p>На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа.</p> <p>Состояние при осмотре: пациентка выглядит неопрятно, глаза широко раскрыты, мимика удивления, мигание редкое. Постоянно трёт руками бёдра, обтирает одежду, раскачивается. Во время разговора насторожена, к медперсоналу относится с недоверием. Ориентировка во времени и пространстве затруднена.</p> <p>Понимание речи сохранено, но ответы на вопросы неясные и неконкретные. Пациентка с трудом подбирает слова, говорит медленно, ждёт подсказок. Не может вспомнить имена своих внуков, имена детей называет верно, но не может назвать дату их рождения. Не помнит свой адрес, не ориентируется в местах своего проживания, имени президента/главы города назвать не может. Забывает три слова, названные с пятиминутным интервалом, не справляется даже с лёгким арифметическим заданием.</p> <p>Критика к своему состоянию отсутствует, больной себя не считает</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациентке.
В	5	Определите прогноз заболевания, возможности лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной С., 34 лет. Из анамнеза известно: психическое состояние изменилось 1,5 года назад, когда "началась психологическая атака". Стал говорить, что за ним следят, "собирают компромат". Замечал, что информация о нем становится известной другим людям. в разговорах окружающих слышал "намёки", на улице ощущал особые взгляды людей. Уволился с работы, "чтобы охранять квартиру", т.к. считал, что в неё могут проникнуть, установить "жучки". Находил в квартире предметы (например, пуговицу), которые принимал за замаскированные подслушивающие устройства. Большую часть времени проводил дома, при этом чувствовал постоянное воздействие: "искали слабое место", "вынуждали пойти на контакт". Позднее стал чувствовать влияние своих мыслей, тела. Замечал «измененность» своей психики: стал "хуже", "раздражительнее", "они могут менять настроение, путать мысли». На выживании переживаний чувствовал себя "как радиоуправляемый", казалось, что "не властен над собой, как будто вселился демон». Вёл со своими преследователями «внутренние диалоги», слышал, как «они требуют полного подчинения», считал, что «должен с ними договориться». При поступлении на работу напряжен, тревожен, подозрителен. Считал, что «среди врачей могут быть подставные люди», искал скрытый смысл в задаваемых вопросах. Критика к своему состоянию не наблюдалась.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительно обследования и дифференциальной диагностики пациента
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
В	5	Через несколько месяцев регулярной терапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Р., Из анамнеза известно: Неоднократно госпитализировался в психиатрический стационар. В клинической картине – стойкие слуховые псевдогаллюцинации, психические автоматизмы, бредовые идеи персекуторного характера, выраженные расстройства мышления в виде резонерства, паралогичности. Госпитализации частые, по 2-3 раза в год, длительные, в промежутках сохраняется резидуальная бредовая симптоматика, нарастают эмоционально-волевые нарушения. Выписывается обычно по настоянию матери, которая отдаёт предпочтение народным методам терапии. В связи с чем пациент прекращает приём нейролептиков практически сразу после выписки. При поступлении был практически недоступен контакту из-за негативизма и выраженных расстройств мышления. Говорил о том, что его «давно уже должны были отправить в Америку, там ждут моего приезда». Позднее рассказал, что «американцы нуждаются в его помощи в выборах президента», «вся политика США у меня под контролем, они играют по моим правилам». Среди больных узнавал агентов спецслужб ФСБ и ЦРУ, уверяя, что у него «миллионы долларов на счету». Врачам обещал подарить «особняк и машины», говорил, что получил 3 Нобелевские премии. Фон настроения повышен, речь по типу монолога, в высказываниях амбивалентен. К переживаниям без критики.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
В	5	Через несколько месяцев регулярной терапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная Н., 27 лет, служащая. Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту, окончила школу и институт, получив специальность бухгалтера. По характеру спокойная, общительная, ответственная. Употребление алкоголя отрицает. Анамнез заболевания: Со слов больной, впервые заболела в 16 лет, когда отмечались сниженное настроение, тоска, отсутствие желания учиться и встречаться с друзьями, снизился аппетит, была заторможенной и медлительной «не могла ни на чем сосредоточиться», обвиняла себя в «лени и глупости», высказывала суицидальные мысли. Была госпитализирована в психиатрическую клинику, стационарно лечилась 3 месяца, затем амбулаторно около года. После улучшения состояния окончила школу, поступила в институт, параллельно работала официанткой. Второй эпизод в возрасте 21 года: постепенно снизилось настроение, появилось чувство тоски, снизился аппетит, ухудшился сон, стала пропускать занятия в институте, не общалась с друзьями. Была повторно госпитализирована в психиатрическую клинику, лечилась стационарно 3 месяца. После нормализации состояния окончила институт, работа по специальности.

		<p>Настоящее ухудшение около трех месяцев, когда стала подавленной, грустной, малоразговорчивой, малоактивной, часто отказывалась от еды, жаловалась на плохой сон, тоску, отсутствие желания заниматься чем-либо, трудности сосредоточения, запоры и головные боли. Обвиняла себя в том, что «создает проблемы окружающим», «на работе отчет, а я здесь – все им испортила». С целью самоубийства приняла большую дозу транквилизаторов, родственники были вызваны СМП.</p> <p>Психический статус: Настроение снижено. Больная заторможена, медлительна, на вопросы отвечает односложно, после паузы. Голос тихий. Сидит в одной позе, опустив голову, мимика однообразная, скорбная.</p> <p>Жалуется на тоску, плохой сон, отсутствие аппетита, повторяет «все испортила, лучше бы меня и вовсе не было». Высказывает суицидальные мысли, обвиняет родственников в том, что «не дали закончить».</p> <p>Соматический статус: Сниженного питания, за 2 месяца похудела на 5 кг. Кожа сухая, тонус снижен. Зрачки расширены. Страдает запорами.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Может ли данная пациентка быть госпитализирована в недобровольном порядке? Если да, то на каком основании.
В	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Мужчина, 37 лет, военнослужащий.</p> <p>Анамнез: Служил в «горячих точках» в должности командира взвода. Неоднократно участвовал в боевых операциях. Во время одной из операций подразделение попало в засаду, многие его сослуживцы погибли, сам он получил тяжелое ранение, длительное время лечился.</p> <p>Через несколько месяцев после ранения его стали беспокоить ночные кошмары, страхи, навязчивые воспоминания со сценами боевых действий. Стал замкнутым, раздражительным, напряженным, с трудом сдерживал приступы агрессии. Появились приступы сердцебиения и боли в груди.</p> <p>Стал часто употреблять алкоголь с целью снятия чувства внутреннего напряжения. Обратился к врачу по настоянию жены в связи с приступами раздражения и агрессии.</p> <p>При осмотре: Настроение снижено, раздражительный, вспыльчивый. Фиксируется на своих навязчивых воспоминаниях, кошмарах, воспроизводящих сцены гибели его сослуживцев. Жалуется на нарушения сна, приступы сердцебиения, боли в груди, сопровождаемые страхом, постоянное чувство внутреннего напряжения, которое он пытается снимать алкоголем. Рассказывает, что «чувствует себя чужим», «отстраненным», не чувствует удовольствия от привычных занятий, «не может найти себе место в жизни».</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
В	4	Какой прогноз при данной патологии?

В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 41 год, в течение 2-х лет повторно обращается в медицинские учреждения ко врачам различных специальностей с требованием медицинских обследований и с жалобами на головную боль, боль в спине, в суставах, в животе, изжогу, отрыжку, неприятные ощущения в горле, головокружение, общую слабость. Были проведены: ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ и АД, фонокардиография, УЗИ сердца, рентгенография легких, исследование уровня гормонов щитовидной железы и катехоламинов, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, рентгенография шейного отдела позвоночника, МРТ головного мозга, УЗДГ церебральных сосудов, ФГДС, исследование желудочного сока, УЗИ брюшной полости.</p> <p>Пациент был проконсультирован терапевтом, неврологом, эндокринологом, гастроэнтерологом, отоларингологом, мануальным терапевтом, ревматологом. За время наблюдения при многократных обследованиях не было обнаружено объективных доказательств наличия соматической или неврологической патологии. Лечение у терапевта и невролога не дает значительного улучшения. Из-за своей болезни пациент был вынужден уйти на работу с более «щадящим» графиком, не уделяет достаточного внимания семье. При расспросе получена информация, что возникновению жалоб предшествовала тяжелая стрессовая ситуация – смерть близкого друга от онкологического заболевания, однако пациент не видит связи между возникновением своего заболевания и пережитой ситуацией.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
В	5	Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>К неврологу обратилась женщина 26 лет с жалобами на эпизоды сильной тревоги с сердцебиением, головокружением, подъемом АД, чувством нехватки воздуха, тошнотой, ознобом, потливостью, тремором рук, страхом внезапной смерти, страхом сойти с ума. Впервые испытала приступ тревоги, когда была дома одна с больным простудой ребенком и очень переживала за его здоровье. Тревога возникает внезапно на фоне полного благополучия, достигает максимума за 10 мин и длится обычно не более 20-30 мин. Снимается при приеме 10 мг анаприлина и 0,5 мг феназепама под язык. Приступы возникают в течение последних 2-х мес. 2-3 раза в неделю. При возникновении приступа часто вызывает скорую помощь. Боится оставаться дома одна из-за страха повторения приступов тревоги.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациентке.
В	5	Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациентка не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент М., 28 лет.</p> <p>Анамнез жизни: бабушка по линии отца отличалась странностями в поведении (после 40 лет отказывалась выходить из дома, ела исключительно определенные набор продуктов, рисовала на стенах какие-то знаки), но в психиатрической больнице никто не лечился. Родился младшим из двух детей. Беременность матери протекала с угрозой выкидыша, с низким предлежанием плаценты, с конфликтом, гемолитической анемией новорожденного после родов. Роды с раннее развитие без особенностей. Посещал ДДУ. Всегда был спокойным, тихим, робким, любил играть с другими детьми. В школу пошел в 7 лет, в коллективе адаптировался легко, учился отлично, больше нравились гуманитарные предметы. В 3 классе пришлось поменять школу из-за переезда родителей, в новом коллективе постоянно «чувствовал себя изгоем», был единственный близкий друг вне класса. Закончил 11 классов с золотой медалью и ВУЗ по специальности переводчик. В институте в коллективе адаптировался хорошо было много знакомых и два близких друга. Работал после окончания ВУЗа по специальности. 3 года назад после неудачной попытки организовать свое дело влез в долги, болезненно переживал это, с тех пор (2,5 года) не работает.</p> <p>Анамнез заболевания: психическое состояние изменилось 3 года назад, когда больной стал замкнутым, перестал общаться с друзьями, практически не выходил из дома, стал беспричинно грубить родителям, плохо питаться. 2,5 года назад погашения долгов пришлось взять кредит в банке, после чего пациент стал высказывать идеи преследования со стороны сотрудников банка, боялся выходить из дома, разговаривал сам с собой, категорически отказывался от визита к врачу. В таком состоянии находился около 4 месяцев, после чего в один день исчез из дома, был найден полицией около аэропорта на шоссе, называемом чужим именем, не знал, где находится. В течение двух месяцев находился на лечении в психиатрической больнице, где острая симптоматика была купирована. После выписки принимал поддерживающую терапию, был вял, пассивен, большую часть времени лежал, отмечался тремор рук и головы. Через 3 месяца самостоятельно прекратил прием лекарств. После отмены препаратов стал несколько живее, прошел тремор, но дома ничем не занимался, попыток к трудоустройству не предпринимал. Психическое состояние оставалось стабильным в течение месяца, после чего стал грубить родным, отказываться от общения с ними, эпизодически становился агрессивным, при попытке матери зайти к нему в комнату вытаскивал её за волосы. Брат убедил его обратиться к психиатру в связи со вспышками агрессии и суицидальными мыслями. За последние 7 дней до госпитализации пациент внезапно набросился на мать и жестоко бил её пока не остановил старший брат. В течение следующих 7 дней агрессивные вспышки повторялись, он несколько раз грозился покончить с собой. Больной объяснял агрессию тем, что мать хочет навредить ему, и что он получил удар от чуждой силы бить мать. После вспышки замыкался в себе, погружаясь в собственные мысли, изредка говорил сам с собой, даже когда вокруг были другие люди. Иногда у родственников возникало впечатление, что он слышит голоса.</p>

		<p>Говорил старшему брату, что опасается напасть на кого-либо постороннего убить себя, утратив контроль над своими действиями.</p> <p>Психический статус: напряжен, говорит быстро и возбужденно, беспорядочно размахивая руками. Речь время от времени становится непоследовательной непонятной. Улыбается поверхностно и неадекватно. Аффект уплощенный, внезапными взрывами гнева, когда пациент говорит о своей матери. Говорит мать хотела убить его. Боялся, что его ум может быть отнят чуждой силой и отправлен на другую планету. Объясняет, что слышит внутри головы «голос чуждой силы», которая приказывает бить других людей. Чуждая сила, кроме обсуждения его ситуацию. Она сообщает, что его мать хочет его смерти, и приказывают убить ее. За несколько дней до поступления в больницу появилась мысль убить себя, чтобы не дать возможность чуждой силе захватить полностью контроль над собой. Мышление непоследовательное, разорванное. Критика состоянию отсутствует.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какой дополнительный метод исследований Вы должны провести для подтверждения диагноза Шизофрения и что он выявляет?
В	4	Препарат какой группы психотропных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
В	5	При применении рекомендованных антипсихотических средств у пациента появились выраженная скованность в движениях, сухость кожи, дизартрия, тремор, увеличилось слюноотделение. Какой побочный эффект развился у пациента? Обоснуйте Вашу тактику ведения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент Р., 17 лет.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился первым ребенком из двух (есть младшая сестра 13 лет – здорова). Беременность IV, протекавшая на фоне повышенного АД, НЦД по гипертоническому типу, в 35 нед. – ОРЗ, хр.пиелонефрит.. Роды I срочные с длительным безводным периодом, при рождении вес 3850,0, рост 52 см, шкала АПГАР 7 баллов. Сидеть начал с 7 мес., стоять - с 10 мес., ходить - с 11 мес., говорить – 10 мес. В детский сад начал ходить с 3 лет, с другими детьми не общался. В школу пошел с 7 лет, друзей не было. С 3 класса (10 лет) был переведен на индивидуальное обучение.</p> <p>Анамнез заболевания: Болен с 2010 года, когда учителя в школе сообщили, мальчик не справляется с учебой, не общается, все больше «уходит в себя», появился страх ответов у доски. Жаловался на чувство страха, боялся «монстров». С этого же времени находился под наблюдением психиатров с диагнозом ВСД, синдром дефицита внимания. Получал лечение кавинтоном, кортексином. Состояние оставалось без изменений. Сохранялись жалобы на повышенную утомляемость, снижение внимания, речь была развита слабо, словарный запас был беден, испытывал трудности при объяснении отвлеченных понятий, с трудом подбирал примеры при объяснении. Общий кругозор был ограничен. Отмечалась медлительность, повышенный уровень тревожности, неуверенность. В декабре 2014 года пациент стал стереотипно раскачиваться, приседать, совершать стереотипные движения руками, контакт был затруднен.</p>

		вопросы отвечал односложно, речь тихая. Периодически стал «застывать» в одной позе, не отвечал на вопросы, наблюдались явления катаплексии. В мае 2015 года впервые был направлен на стационарное лечение. На фоне лечения уменьшились стереотипии, стал немного активнее, начал заниматься по школьной программе. Закончил обучение 8 класса. После окончания обучения отмечалось обострение: был малоподвижным, «застывал» в одной позе. Психический статус: контакту не доступен. На вопросы, заданные обычным голосом, не отвечает, молчит. Односложно отвечает на вопросы, заданные шепотом. Сидит в однообразной позе, либо стоит длительное время без движения. При просьбе врача дать ему руку заводит её за спину. Мышечный тонус повышен. Обманов восприятия выявить не удается, активно бредовые высказывания не высказывает.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какой наиболее вероятный прогноз у данного пациента? Обоснуйте свой ответ.
В	4	Препарат какой группы психотропных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
В	5	При применении рекомендованных антипсихотических средств у пациента появились выраженная скованность в движениях, сухость кожи, дизартрия, тремор, увеличилось слюноотделение. Какой побочный эффект развился у пациента? Обоснуйте Вашу тактику ведения.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

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

5.1.1 Кейс-задачи:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М. 42 года, доставлен КСП в приемный покой больницы в сопровождении жены. Со слов сопровождающей, пациент эпизодически употребляет алкоголь в течение 25 лет. Последние 2 года злоупотребляет алкоголем с периодическими запоями (4-5 раз в год) продолжительностью недель. Последние 10 дней выпивал до 1л. крепкого алкоголя в сутки, затем после ссоры в семье пообещал прекратить. В течение двух суток больной не спал, был беспокойным, со слов жены "постоянно чего-то боялся" к вечеру состояние ухудшалось, затем говорил что по ковру и обоям ползают черви. Ночью перед госпитализацией вдруг увидел рядом с кроватью "черного человека", бегающих по полу маленьких страшных людей, чудовищ, считая опасными, пытался защититься, размахивал кухонным ножом. В приемном ведет себя неупорядоченно, возбужден, напряжен, контакту малодоступен. не понимает где находится говорит что видит вокруг змей, непонятных страшных животных которые хотят на него наброситься, пытается от них отмахнуться

		убежать. Критики к своему состоянию нет. Все тело дрожит, тахикардия, обильное потоотделение.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения и наблюдения пациента пациента.
В	4	Перечислите основные признаки синдрома зависимости от ПАВ
В	5	Перечислите основные принципы терапии синдрома зависимости
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемное отделение поступает молодой человек 25 лет в суженном состоянии сознания. Выглядит старше своих лет. Кожа бледная с иктеричным оттенком, сухая, тургор снижен. Дефицит веса. По ходу вен конечностей и тела следы инъекций, пигментация, тромбы, рубцы после самопорезов. Отмечается малоcontactность, малоподвижность, грезоподобные фантазии, снижена реакция на внешние раздражители. Зрачки узкие (симптом булавоочной головки). Артериальная гипотензия, брадикардия, брадикапноэ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте план лечения и наблюдения пациента пациента.
В	4	Перечислите основные принципы терапии синдрома зависимости
В	5	Охарактеризуйте идеаторные и поведенческие компоненты патологического влечения к ПАВ
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент - юноша 18 лет, выпускник 11 класса школы, в сопровождении матери на амбулаторном приеме участкового врача психиатра. По информации, полученной от матери известно, что пациент с раннего детства отличался робостью, застенчивостью; в детском саду сверстников сторонился, предпочитал проводить время в одиночестве. При этом, по словам воспитателей, отличался хорошими способностями и нестандартным мышлением. К школе адаптировался с трудом, на занятиях был «задумчив, мечтателен», на замечания со стороны учителей реагировал не всегда, был капризен, обвинял педагогов в предвзятом отношении. Одноклассников сторонился, дружил лишь с одним мальчиком к которому испытывал привязанность. С учебной нагрузкой справлялся, но интереса к какой-либо дисциплине не проявлял. Свободное время проводил дома, в одиночестве, за компьютерными играми или чтением научно-фантастических романов. Эмоциональной теплотой не отличался, отношения с родителями и младшей сестрой, несмотря на усилия последних, оставались «холодными», своими проблемами и переживаниями не делился. В старших классах школы стал более «нервным», к собственному внешнему виду был невнимателен, одевался зачастую нелепо, по причине чего становился предметом насмешек одноклассников. Дома бытовыми делами практически не занимался, помогал в хозяйстве только после многократных просьб, в собственной комнате не убирался, время проводил за компьютером. Оживлялся только в общении с единственным другом, с которым, когда тот приходил в гости, мог часами увлеченно обсуждать. Во время очередной уборки в комнате сына мама нашла рукопись романа, в котором тот ярко и эмоционально, во всей чувственной живости описывал путешествия и приключения космических пиратов. Тем же вечером за ужином она обсудила свою находку с сыном, сказав, что «хватишь летать в облаках, займись учёбой». На что тот отреагировал обидой и

		раздражением, завязалась ссора, в ходе которой пациент сказал, что не будет поступать в медицинский институт, к которому его готовили родители, а стать писателем и добьётся успеха в этом деле. Установку эту в последующем не менял. С родителями стал ещё менее общителен, запирает изнутри дверь комнаты. Выпускные экзамены сдал с хорошими результатами. Поводом для обращения к психиатру послужил категорический отказ пациента подать документы для поступления в ВУЗ, «мне это не нужно, я свой путь выбрал». Доводы относительно необходимости высшего образования и освоения профессии игнорирует; упрям, раздражителен, целиком и полностью ориентирован на внутренние субъективные установки. Внешне астеническое телосложения, пониженного питания. Одет, не по погоде: тёплый зимний свитер, висящий мешком, и поношенные джинсы; на лице неухоженная щетина, волосы грязные, сально блестят. В беседе заинтересованности не проявляет, ответы на вопросы врача формальны, держится с некоторым высокомерием, в выражениях витиеват, напыщен. Эмоционально невыразителен, жесты и моторика топорны, несколько неуклюжи. Мышление аутистическое с тенденцией к актуализации малозначимых признаков. Грубых психопатологических расстройств выявить не удаётся.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения и наблюдения пациента.
В	4	Перечислите основные диагностические критерии расстройств личности (по Ганнушкина-Кербикова)
В	5	Перечислите основные принципы терапии расстройств личности
У	-	<p>В приёмный покой психиатрического стационара доставлена молодая девушка в сопровождении родственников. Поводом для вызова СМП послужила угроза суицида со стороны пациентки, носящая явный демонстративный характер. Слов родственников известно, что, вернувшись в состоянии лёгкого алкогольного опьянения после встречи с друзьями, девушка закрылась в ванной, где долго плакала, на просьбы матери и отца открыть дверь реагировала грубо, высказывала проклятья в адрес молодого человека, который «обманул её, предал». Вышла оттуда спустя полчаса, держа лезвие бритвы у запястья, грозилась перерезать себе вены, говорила, что «не сможет без него жить». По дороге в больницу в машине скорой помощи начала «задыхаться», говорил «не может проглотить слюну, будто ком в горле встал». Из анамнеза известно, что пациентка росла впечатлительным и эмоциональным ребёнком, в школе имела много друзей и подруг, стремилась принять участие в различных видах самодеятельности, «всегда была на виду». Рано начала пользоваться косметикой и проявлять интерес к противоположному полу. Всегда отличалась яркой внешностью и вызывающим поведением. К учёбе обнаруживала посредственные способности, ничем серьёзно не интересовалась, увлечения отличались поверхностностью. Рассказывая что-то, могла, не замечая этого, «приукрашивать действительность, немного приврать. Несмотря на отсутствие реальных успехов, была высокомерна и эгоистична, с трудом переносила похвалу в адрес других людей.</p> <p>На приёме отказывается говорить с врачом в присутствии родителей. После того как родственники вышли, рассказывает, что «на самом деле ничего с собой</p>

		делать не собиралась, просто хотела, чтобы на неё обратили внимание, что потом до парня это всё дошло и он чувствовал муки совести». Держится уверенно, внешне ухоженная, глаза красные от слёз. В суждениях инфанти. К концу беседы начинает улыбаться доктору, в подробностях и красках рассказывая о произошедшей с молодым человеком ссоре.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте план лечения и наблюдения пациента.
В	4	Перечислите основные принципы терапии расстройств личности
В	5	Перечислите основные диагностические критерии расстройств личности (т.к. Ганнушкина-Кербикова)
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Пациент, 19 лет, по настоянию матери впервые обратился к психиатру.</p> <p>Анамнез со слов матери: в возрасте 17 лет без видимой причины ухудшилось настроение, не было желания что-либо делать, отдалился от друзей, снизился аппетит, похудел за этот период на 10 кг, нарушился сон, вставал по утрам в 5 часов и не мог уснуть, появились идеи вины, считал, сам виноват в своем состоянии, т.к. «может взять себя в руки», трудно было учиться, из-за снижения концентрации внимания и ухудшения памяти. Суицидальных мыслей не возникало. Такое состояние длилось около 8 месяцев, затем симптомы купировались, настроение стало ровным. К врачам не обращался, лечение не получал.</p> <p>В течение последних трех недель стал мало спать по ночам, настроение было приподнятое, временами был раздражителен, обрил голову, в высказываниях был непоследователен, говорил, что стал «Солнцем», т.к. видел свет «льющую из меня на Землю».</p> <p>При осмотре: труднодоступен продуктивному контакту. На вопросы отвечает по существу, не в плане задаваемого вопроса. Настроение повышено, с оттенком раздражительности. Речь громкая, скандированная. Многословен. Сообщает «в голове множество мыслей». Активно жестикулирует. Держится без дистанции. Во время беседы вскакивает, ходит по кабинету, отвлекается на посторонние вещи. Критики к поведению нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Установите и обоснуйте тип течения БАР.
В	4	Препараты каких групп Вы рекомендовали бы пациенту, в составе комбинированной терапии.
В	5	Через 6 месяцев лечения нормотимиком и антидепрессантом у пациентки купировались все симптомы заболевания. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Пациентка, 22 года, впервые самостоятельно обратилась к психиатру.</p> <p>Состояние изменилось 2 месяца назад без видимой причины. При осмотре: выглядит подавленной, старше своего возраста, мимика бедная, во время беседы часто глубоко вздыхает. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, тоску, отсутствие интереса к работе, общению с друзьями, повышенную утомляемость, постоянное чувство усталости, отсутствие энергии и желания что-либо делать.</p>

		<p>нарушения сна, дневную сонливость, ухудшение концентрации внимания, сниженный аппетит. Суицидальные мысли отрицает.</p> <p>Из анамнеза известно, что с подросткового возраста у пациентки отмечалась склонность к смене настроения. Отмечались эпизоды легкого подъема настроения, когда она становилась активной, энергичной, снижалась потребность во сне, появлялось чувство физического благополучия. Были эпизоды сниженного настроения, когда была пассивной, меньше интересовалась обычными делами, снижался аппетит, становилась задумчивой, подавленной. Эпизоды колебаний настроения были непродолжительными (от четырех-пяти дней до трех недель). Пациентка к врачам не обращалась, медикаментозного и немедикаментозного лечения не получала. После минования фазы состояние психическое полностью нормализовалось.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Установите и обоснуйте тип течения БАР.
В	4	Препараты каких групп Вы рекомендовали бы пациентке, в составе комбинированной терапии.
В	5	Через 6 месяцев лечения нормотимиком и антидепрессантом у пациентки купировались все симптомы заболевания. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент А., 48 лет.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность психопатологически отягощена: брат мать злоупотреблял алкоголем, умер в 42 года от туберкулеза. Есть младший брат 12 лет, здоров. Беременность, роды у матери без патологии. Раннее детское развитие в пределах возрастной нормы. Рос спокойным, жизнерадостным ребёнком. С 12 лет проживает в г. Б. ДДУ посещал с 4-х лет, в школу пошёл с семи лет, учился хорошо. Окончил 10 классов, поступил в политехнический институт, кораблестроительный факультет, успешно закончил его. Последние 4 года работает преподавателем в автошколе. Был дважды женат, имеет двух детей.</p> <p>Анамнез заболевания: Впервые употребил алкоголь в 16 лет. С 26 лет употребляет алкоголь редко, до 1 раза в месяц, водки до 200 мл в сутки, пиво до 500 мл в сутки. В 28 лет стал употреблять алкоголь чаще, до 1 раза в неделю. С 35 лет усилилась тяга к употреблению алкоголя, мог выпивать до нескольких дней подряд, появились неприятные ощущения в виде общего дискомфорта, головокружения, которые купировались принятием новых доз алкоголя, употреблял преимущественно крепкий алкоголь, отмечалось увеличение дозы принятого алкоголя: до 500-1000 мл крепкого алкоголя в сутки, употреблял часто больше, чем планировал. В настоящее время употребляет крепкие алкогольные напитки: до 7-9 дней подряд, с перерывом от 1 до 2-х месяцев, эпизодически может выпивать шампанское до 200 мл в сутки на протяжении от одного двух дней. Прекращает пить из-за проблем с работой. В 38 лет обращался за помощью к наркологу, «подшивал эспераль», практически сразу продолжил употреблять алкоголь.</p> <p>Психический статус: Ориентирован в месте, времени верно. Изо рта слабый запах алкоголя. Хочет перестать употреблять алкоголь, «проблем много, за здоровьем беспокоюсь», страдает плохим самочувствием – головокружение, тошнота, сниженное настроение - после приёма алкоголя, говорит о приёме новых доз алкоголя, чтобы улучшить своё состояние. Во время опьянения «весёлый,</p>

		нормальный». При разговоре об алкоголе иногда начинает смеяться, шутит на эту тему. Мышление обычного темпа. Обманы восприятия, идеи воздействия отрицает. Суицидальных мыслей, намерений нет.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какой дополнительный метод исследований Вы должны провести для подтверждения диагноза зависимости от алкоголя и что он выявляет?
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
В	5	При применении рекомендованных антагонистов опиоидных рецепторов у пациента появились сонливость, тошнота, некоторая раздражительность. Обоснуйте Вашу тактику ведения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент М., 43 года.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность психопатологически отягощена: по линии отца один из дядей злоупотреблял алкоголем. Есть старшая сестра, 51 год, здоровая. Родился в г. П. Беременность, роды у матери без патологии. Раннее детское развитие в пределах возрастной нормы. Рос активным, жизнерадостным ребенком. До ДДУ посещал с 3-х лет, в школу пошёл с семи лет, учился хорошо. Окончил 11 классов, переехал жить в г.Н, закончил политехнический институт. По специальности не работал. В течение 15 лет занимался игорным бизнесом. Последние 6 лет директор ночного клуба. Женат, от брака имеет дочь.</p> <p>Анамнез заболевания. Впервые попробовал алкоголь в 17 лет. С 19 лет употребляет алкоголь практически каждые выходные, крепкие алкогольные напитки до 200 мл в сутки, пиво до 1 литра в сутки. С 23 лет участилось употребление алкоголя в несколько дней подряд, но мог отказаться по желанию от употребления алкоголя. С 35 лет выраженная, трудно преодолимая тяга к алкоголю, употреблял крепкие и слабые алкоголи, отмечался рост толерантности: до 400-600 мл крепкого алкоголя в сутки, употреблял часто больше, чем планировал. Алкогольный абстинентный синдром с 37 лет, последние 6 месяцев появились физические симптомы абстиненции в виде головной боли, сердцебиения, потливости, тремора, которые купируются приёмом алкоголя. В настоящее время употребляет крепкие алкогольные напитки: виски, водка, коньяк до 3-х-4х дней подряд, с перерывом 3-х до 5-х дней. Прекращает пить из-за проблем на работе, конфликтов с женой. Впервые обращался за помощью к наркологу в 39 лет, лечился путём «кодирования», после этого не употреблял алкоголь в течение года. После четырёхдневного запоя в течение двух суток больной не спал, появился вначале безотчетный страх, затем вечером при закрытых глазах видел какие-то страшные морды животных. Ночью вдруг увидел рядом с кроватью «черного человека», который по полу бегали маленькие страшные люди, чудовища. Критики к своему состоянию нет. Все тело дрожит, тахикардия. Был госпитализирован в наркологический стационар.</p> <p>Психический статус: Встревожен, напряжён, Ориентирован в собственной личности верно. Говорит, что находится на корабле, «отправился в плавание на ледоколе». Настроение немного снижено. Контакт доступен, на вопросы отвечает не всегда по существу. Боится, что начнётся шторм и все погибнут. Критика своего состоянию отсутствует.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какой дополнительный метод исследований должны провести для определения тактики лечения и что он выявляет?
В	4	Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
В	5	При применении рекомендованных транквилизаторов у пациентки появились смазанность речи, повышенная сонливость, нарушение координации. Обоснуйте Вашу тактику ведения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка А., 44 года Наследственность пациентки отягощена тревожными расстройствами по линии деда и отца. Дед и отец пациентки никогда не наблюдались у психиатров, со слов отца, на протяжении жизни у них бывали достаточно длительные периоды, когда они испытывали острые приступы тревоги, по описанию соответствующие клиническим проявлениям панической атаки. Эти приступы возникали внезапно, сопровождались страхом смерти, вегетативными проявлениями - тахикардией, ощущением нехватки воздуха, слабостью, повышением артериального давления. Отец больной в период между приступами, боясь их повторения, старался избегать любых физических нагрузок, выбирал пешие маршруты таким образом, чтобы «избежать пути в гору» и т. п. При этом какой-либо значимой соматической патологии, которая могла бы обусловить такую симптоматику, не выявлялось. В последующем у деда пациентки и у ее отца эти проявления нивелировались, никак не отразившись на их социальной адаптации. Отец пациентки до настоящего времени активно работает.</p> <p>Анамнез. Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности, в полной семье, младшей из двух дочерей. Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. По характеру формировалась общительной, активной, эмоциональной, впечатлительной. В школу пошла с семи лет, училась хорошо, с удовольствием общалась со сверстниками, стойких хобби не формировала. Посещала музыкальную школу. Менструации - с 13 лет, регулярные, малоболезненные. В пубертатный период по характеру существенно не менялись. Отмечает, что с детства была чрезмерно тревожной, склонной волноваться по малозначимым поводам, «делать из мухи слона». Тревожность особенно усиливалась в ответственные моменты, например, перед контрольными или экзаменами, несмотря на то, что всегда хорошо училась. В период подготовки к экзаменам очень волновалась, боялась, что не справится. В такие периоды испытывала приступы тревоги, внутреннюю напряженность, раздражение, что заставляло ее, заперевшись в комнате, «биться головой о стену, чтобы как-то разрядиться, отвлечься». По окончании 11 классов школы поступила в Московский государственный университет. Училась хорошо, с интересом, имела близких друзей среди сверстников. Несмотря на то что все жизненные обстоятельства в тот период складывались благополучно, «всегда находила себе поводы для тревоги». В период учебы в институте эпизодически (в основном в период сессий) принимала феназепам для купирования тревоги. Потребность в приеме феназепама была связана с усилением чувства внутренней напряженности, неуверенности, опасений провалить экзамен. В таком состоянии часто испытывала головные боли, которые мешали сосредоточиться. После окончания университета работала секретарем-референтом, с работой справлялась. В возрасте 26 вышла замуж</p>

		любви, в возрасте 28 лет родила сына. После родов постепенно нарастала тревожность. Постоянно испытывала беспокойство о ребенке, боялась, что может что-то случиться. Настроение было пониженным из-за постоянной тревоги. Беспокоили головные боли, учащенное сердцебиение, быстро уста часто подолгу не могла заснуть. Отношения с мужем постепенно ухудшались, стал часто отсутствовать дома, не помогал. Когда ребенку было два года, м поднял вопрос о разводе, выдвинув требование, чтобы ребенок жил с ним. Пациентка тяжело переживала разрыв, пыталась сохранить семью, опасалась, что муж заберет ребенка, боролась с этим решением. В этот период посмотрела на телевизору фильм, сюжет которого был связан с похищением ребенка. С этого момента резко усилилась тревога за ребенка, при малейшей провокации стала возникать наплывы тревожных мыслей о возможных опасных ситуациях, которые могут угрожать сыну (травма, похищение и т. п.). Особенно часто эпизоды возникали на фоне усталости. Несмотря на привязанность к сыну, больная занималась им мало. Как только он начинал капризничать или шалить, требовалось проявление строгости, у больной возникала тревога за ребенка, страх, что с ним может что-то случиться, появлялась раздражительность. На протяжении последующих шести месяцев состояние постепенно ухудшалось, усиливался внутренний дискомфорт, ощущение беспокойства, утомляемость. Наплывы тревожных опасений за сына учащались. С домашними делами и уходом за ребенком справлялась с трудом. Большую их часть выполняла мать пациентки. На этом фоне ухудшилось настроение, испытывала подавленность, вялость. В таком состоянии впервые обратилась к психиатру. Наблюдалась амбулаторно.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациент был обследован врачами различных специальностей в течение 2-х месяцев. Ему рекомендовано предоставить результаты проведенных обследований в динамике. Необходимо провести исследование структуры личности и патопсихологическое обследование для исключения аффективных, тревожных, депрессивных и бредовых расстройств.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Пациенту показано патогенетическое психотерапевтическое лечение, т.к. он страдает ГТР.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Пациент нуждается в повторных обследованиях для исключения соматической неврологической патологии, медикаментозном лечении у невролога (сосудорасширяющие препараты, ноотропы) и санаторно-курортном лечении.
P0	-	Ответ неверный.

В	5	Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
---	---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

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

Разработчик(и):

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