Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 10.03.2022 14:20:38
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb2a18c939f31

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

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Л.М. Железнов
«27» июня 2018г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ»

Специальность 31.08.42 Неврология

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного Министерством образования и науки РФ 25 августа 2014г., приказ №1084

2) Учебного плана по специальности 31.08.42 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г, протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой психиатрии им. профессора В.И. Багаева «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Заведующий кафедрой Злоказова М.В.

методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации

«27» июня 2018 г. (протокол № 1)
Председатель методической комиссии И.А. Коковихина

Центральным методическим советом «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:
заведующий кафедрой М.В. Злоказова

ассистент Н.В. Семакина

Рецензенты

Зав. кафедрой семейной медицины и поликлинической терапии
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор М.С. Григорович

Зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, д.м.н., профессор Ю.В. Ковалев

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП 4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) 4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля) 4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП 4
1.4. Объекты профессиональной деятельности 4
1.5. Виды профессиональной деятельности 4
1.6. Формируемые компетенции выпускника 5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы 6
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) 6
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля) 6
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами 7
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий 7
3.4. Тематический план лекций 7
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 8
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 10
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля) 11
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) 11
4.1.1. Основная литература 11
4.1.2. Дополнительная литература 11
4.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля) 11
4.3. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 12
4.4. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю) 13
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля) 13
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) 15
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 16

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1 Цель изучения дисциплины (модуля) подготовка квалифицированного врача-ординатора по специальности «Неврология», обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

1. Сформировать необходимый объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-невролога, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-невролога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
4. Подготовить врача-невролога к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
5. Подготовить врача-невролога, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
6. Диагностика неотложных состояний;
7. Диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Избранные вопросы психиатрии» относится к Блоку 1. Дисциплины, вариативной части, обязательные дисциплины.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплины: «Неврологии».

Является предшествующей для прохождения Производственной практики.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются: [1]

-физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые)

-население;

-совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Виды профессиональной деятельности

[1] п. 4.2 ФГОС ВО по специальности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности[2];

- реабилитационная.
- диагностическая;

1.6.Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных психических расстройств, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критерии диагноза различных психических заболеваний.	выполнить перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи	навыками квалифицированного диагностического поиска для выявления психических заболеваний на ранних стадиях при типичных, а также малосимптомных и атипичных проявлениях болезни, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; формулирования диагноза с учетом МКБ-10, проведения дополнительного обследования и назначения адекватного лечения	тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование
3	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других	вопросы временной и стойкой нетрудоспособности психически больных, медико-социальной	разрабатывать (совместно с психологом, специалистом по социальной работе (социальным работником) инди-	проводить качественные реабилитационные мероприятия среди пациентов психиатрических диспан-	тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов, собеседова-	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков,

[2] п. 4.3 ФГОС ВО по специальности

		методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	экспертизы, вопросы диспансеризации и реабилитации психически больных; вопросы судебно-психиатрической и военной экспертизы психически больных	видуальные комплексные программы психосоциальной реабилитации больных и осуществлять их совместно с указанными специалистами на данном этапе помощи	серов, стационаров	ние	собеседование

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1 зачетная единица, 36 часов.

Вид учебной работы		Всего часов	Семестры
			№ 3
1		2	3
Контактная работа (всего)		24	24
в том числе:			
Лекции (Л)		2	2
Практические занятия (ПЗ)		12	12
Семинары (С)		10	10
Самостоятельная работа (всего)		12	12
В том числе:			
- ознакомление с теоретическим материалом по теме занятия «Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический» с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы, интернет-ресурсов, подготовки к занятиям, курация больных и написание дневников курации, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации		4	4
- ознакомление с теоретическим материалом по теме занятия «Частная психиатрия» с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы, интернет-ресурсов, подготовки к занятиям, курация больных и написание дневников курации, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации		8	8
Вид промежуточной аттестации	Зачет	Зачет	+
	экзамен	-	-
Общая трудоемкость (часы)		36	36
Зачетные единицы		1	1

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4

1.	ПК-5	Организация психиатрической помощи. Закон РФ об оказании психиатрической помощи	Принципы организации психиатрической помощи. Основные учреждения. Основные положение «Закона…», статья 29 о неотложной госпитализации, порядок госпитализации в психиатрическую больницу
2.	ПК-5	Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический	Клинические методы исследования (беседа, наблюдение, особенности описания психического статуса). Экспериментально-психологические методики для выявления нарушений психических функций.
3.	ПК-5, ПК-8	Частная психиатрия	Шизофрения. Аффективные расстройства. Основы суицидологии. Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (атрофические процессы головного мозга черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, опухоли головного мозга, энцефалиты). Психогенные расстройства (расстройства адаптации и ПТСР, невротические расстройства). Расстройства личности. Неотложная помощь при психических расстройствах.

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п\п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин		
		1	2	3
1	Производственная практика	+	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)		Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2		3	4	5	6	7	8
1	Организация психиатрической помощи. Закон РФ об оказании психиатрической помощи		2	-		2	-	4
2	Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический		-	-		2	4	6
3	Частная психиатрия		-	10		6	8	24
	Зачетное занятие			2				2
	Вид промежуточной аттестации:	зачет						зачет
		экзамен						-

	Итого:	2	12		10	12	36

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)
				сем. №3
1	2	3	4	5
1	1	Организация психиатрической помощи. Закон РФ об оказании психиатрической помощи.	Принципы организации психиатрической помощи. Основные учреждения. Основные положение «Закона…», статья 29 о неотложной госпитализации, порядок госпитализации в психиатрическую больницу	2
Итого:				2

3.5. Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)
				сем. №3
1	2	3	4	5
1	3	Шизофрения	Эпидемиология шизофрении, история. Этиология, патогенез. Критерии по МКБ-10. Облигатные и факультативные признаки. Формы шизофрении (простая, кататоническая, гебефреническая, параноидная). Типы течения. Понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика. Принципы медикаментозной терапии и реабилитации. Закрепление теоретических знаний в ходе курации пациентов, заполнений историй болезни, клинических разборов, описание психического статуса, решения ситуационных задач.	2
2	3	Аффективные расстройства. Основы суицидологии	Аффективные расстройства. Классификация. Биполярное аффективное расстройство, клиника, диагностика, особенности терапии. Маниакальные и депрессивные эпизоды, клиника, терапия. Дифференциальная диагностика. Понятие о циклотимии и дистимии. Суицидальные действия, причины, виды. Методы выявления суицидальной настроенности. Особенности психотерапевтической и психологической работы с лицами, совершившими суицидальную попытку. Закрепление теоретических знаний в ходе курации пациентов, заполнений историй болезни, клинических разборов с акцентом на неясных вопросах, описание психического статуса, решения ситуационных задач.	2
3	3	Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (атрофические процес-	История вопроса. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе. Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона. Неврологические и соматические нарушения при атрофических процессах головного мозга. Данные лабораторных исследований.	2

		сы головного мозга черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, опухоли головного мозга, энцефалиты)	Психические нарушения при черепно-мозговой травме, психопатологические синдромы в остром, начальном и периоде отдаленных последствий. Синдромальная терапия. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклерозе сосудов, гипертонической болезни). Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при энцефалитах. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Закрепление теоретических знаний в ходе курации пациентов, клинических разборов с акцентом на неясных вопросах, описание психического статуса, заполнений историй болезни, решения ситуационных задач, проведение «мозгового штурма».	
4	3	Психогенные расстройства (расстройства адаптации и ПТСР, невротические расстройства)	Понятие о психогенных расстройствах, критерии диагностики. Психогенные реакции, состояния, психозы. Расстройства реакции адаптации. Реактивные психозы: острые и затяжные (реактивная депрессия и параноид). Неотложная помощь. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Определение понятия «невротические расстройства». Причины невротических расстройств, предрасполагающие факторы. Значение патологических типов воспитания для формирования невротической личности. Клинические разновидности невротических расстройств, их проявления. Классификация невротических расстройств по МКБ-10. Неврастения. Дифференциальный диагноз с неврастеноподобной симптоматикой при других заболеваниях. Невротическое развитие личности. Виды лечения и профилактические мероприятия. Клиника тревожных расстройств, панические атаки. Клинические проявления обсессивно-фобического и обсессивно-компульсивного неврозов. Дифференциальная диагностика от эндогенных заболеваний. Клиника диссоциативного (истерического) невротического расстройства. Соматические и неврологические проявления диссоциативных расстройств. Дифференциальная диагностика истерического припадка от эпилептического, диссоциативных параличей и парезов. Невротическое развитие личности. Особенности невротических расстройств у детей и подростков.	2
5	3	Расстройства личности	Понятие личности в медицинской психологии. Исторический аспект проблемы (Гиппократ, Кречмер, Павлов И.П., Юнг К. Г., Леонгард К., Личко А.Е. и др.). Концепция отношений личности В.Н. Мясищева, ее значение для медицинской психологии. Темперамент, типы, их характеристика. Характер, его составляющие. Факторы, влияющие на формирование характера. Личность. Уровень зрелости личности. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко. Патохарактерологические реакции. Понятие о личностных расстройствах (психопатиях). Личностные расстройства. Этиопатогенез. Критерии диагностики личностных расстройств по Ганнушкину-Кербикову. Классификация личностных расстройств по МКБ-10, клиника, дифференциальная диагностика терапия. Закрепление теоретических знаний в ходе описание психического статуса,курации пациентов, клинических разборов с акцентом на неясных вопросах, заполнений историй болезни, решения ситуационных задач, проведение «мозгового штурма».	2

	1-3	Зачетное занятие	оценка знаний, умений, навыков по дисциплине и контроль освоения результатов	2
Итого:				12

3.5. Тематический план семинаров

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика семинаров	Содержание семинарских занятий	Трудоемкость (час)
				сем.№3
1	2	3	4	5
1	1	Организация психиатрической помощи Закон РФ об оказании психиатрической помощи	Организационные вопросы психиатрии. Принципы организации психиатрической помощи. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	3.52
2	2	Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический	Клинические методы исследования (беседа, наблюдение, особенности описания психического статуса). Экспериментально-психологические методики для выявления нарушений психических функций.	2
3	3	Аффективные расстройства. Основы суицидологии.	Аффективные расстройства. Классификация. Биполярное аффективное расстройство, клиника, диагностика, особенности терапии. Маниакальные и депрессивные эпизоды, клиника, терапия. Дифференциальная диагностика. Понятие о циклотимии и дистимии. Суицидальные действия, причины, виды. Методы выявления суицидальной настроенности. Особенности психотерапевтической и психологической работы с лицами, совершившими суицидальную попытку.	2
4	3	Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (атрофические процессы головного мозга черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, опухоли головного мозга, энцефалиты)	Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона. Неврологические и соматические нарушения при атрофических процессах головного мозга. Данные лабораторных исследований. Психические нарушения при черепно-мозговой травме, психопатологические синдромы в остром, начальном и периоде отдаленных последствий. Синдромальная терапия. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклерозе сосудов, гипертонической болезни). Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при энцефалитах. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение.	2
5	3	Неотложная помощь при психических заболеваниях	Неотложная помощь при психических заболеваниях. Неотложная помощь при аффективных состояниях. Неотложная помощь при галлюцинаторно-бредовых состояниях, при кататонических состояниях, при синдромах помрачения сознания, при фебрильной шизофрении, при эпилептических состояниях, при осложнениях психофармакологической терапии.	2
Итого:				10

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№	№ се-	Наименование раздела дисци-	Виды СРС	Всего ча-

п/п	местра	плины (модуля)		сов
1	2	3	4	5
1	3	Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический	Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы, интернет-ресурсов. Подготовка к занятиям. Курация больных и написание дневников курации Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	4
2		Частная психиатрия	Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы (№,2,3), интернет-ресурсов. Подготовка к занятиям. Курация больных и написание дневников курации Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	8
Итого часов в семестре:				12
Всего часов на самостоятельную работу:				12

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.1.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров	ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.	3	ЭБ Консультант врача
2	Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство, 5-е изд., перераб. и доп	Менделевич В. Д.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с	9	ЭБ Консультант врача

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Психиатрия: учебник	Н.Г. Незнанов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	5	ЭБ Консультант врача
2	Общая психопатология: курс лекций	Снежневский А.В.	М.: "МЕД-пресс-информ", 2015	3	-
3	Психосоматические расстройства: руководство	В.Д. Тополянский и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	9	ЭБ Консультант врача
4	Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов	под ред. Ю.С. Шевченко	: "Мед. информ. агентство", 2017	5	-
5	Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии	В.Л. Козловский	СПб.: СпецЛит, 2015	2	-
6	Психиатрия войн и катастроф: руководство	В.К. Шамрей	СПб.: СпецЛит, 2015	2	-

4.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www. Российское общество психиатров http://psychiatr.ru/
6. Медицинская библиотека http://www.booksmed.com/
7. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» http://www.psychiatry.ru/stat/239

4.3. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),

2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),

3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).

4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)

5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),

6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),

7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685B-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),

8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),

9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),

10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: http://www.e-library.ru/.
2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: http://elib.kirovgma.ru/.
4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: http://www.studmedlib.ru.
5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: http://www.biblioclub.ru.
6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/
7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: http://ibooks.ru.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

4.5.1. В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

-аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально- каб. №1,2 (5 этаж административного корпуса КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева» (г. Киров, п. Ганино, ул. Майская д.1);

-помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, пособия для оценки психофизического развития ребенка, пеленальный стол, сантиметровые ленты, электроэнцефалограф, набор экспериментально-психологических и тренинговых материалов) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры. – отделения 1,2,8,9,10; реанимационное отделение; приемный покой; дневной стационар КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева» (г. Киров, п. Ганино, ул. Майская д.1).

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

4.5.2. Медицинское оборудование (для отработки практических навыков)

- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, пособия для оценки психофизического развития ребенка, пеленальный стол, сантиметровые ленты, электроэнцефалограф, набор экспериментально-психологических и тренинговых материалов) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально - 1,2,8,9,10 и реанимационном отделениях, приемном покое, дневном стационаре КОГКУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева»

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях, семинарских и практических занятиях – 24 часа) и самостоятельную работу (самоподготовка к практическим и семинарским занятиям, ознакомление с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы, интернет-ресурсов, курация больных и написание дневников курации, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации – 12 часов).

Основное учебное время выделяется на внеаудиторную самостоятельную работу.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по специальности «психиатрия».

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении раздела: «Организация психиатрической помощи. Закон РФ об оказании психиатрической помощи».

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала проводится в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия – не предусмотрена.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области психотерапии.

Практические занятия проводятся в виде клинических разборов тематических больных, собеседований, обсуждений, дискуссий по поводу постановки диагноза у курируемых и сложных для диагностики пациентов, а также определения показаний к применению методов психотерапии, решения ситуационных задач, тестовых заданий.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде участия в групповом тренинге, написания планов комплексной терапии курируемых пациентов с использованием методов психотерапии, презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебного дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы семинарских занятий:

- семинар традиционный по теме модулей: «Организация психиатрической помощи. Закон РФ об оказании психиатрической помощи», «Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический», «Частная психиатрия».

- семинар-дискуссия по теме модуля «Частная психиатрия» «Аффективные расстройства. Основы суицидологии».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа ординаторов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Избранные вопросы психиатрии» и включает подготовку к занятиям, ознакомление с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы, интернет-ресурсов, курация больных и написание дневников курации, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Избранные вопросы психиатрии» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся под контролем преподавателя и самостоятельно проводят курацию больных, что способствует формированию клинического мышления с использованием учебной, научной литературы и глобальных информационных ресурсов. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей па-

тологии и личностных характеристик пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме собеседования, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля в ходе занятий, курации тематических пациентов во время клинических разборов.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация в виде зачетного занятия с использованием тестового контроля, проверки практических навыков, решения ситуационных задач, собеседования.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.

2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.

3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.

4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

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

Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)
«Избранные вопросы психиатрии»

Специальность 31.08.42 Неврология
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

Семинарские занятия

Раздел 1. Организация психиатрической помощи Закон РФ об оказании психиатрической помощи

Тема 1.1 Организация психиатрической помощи Закон РФ об оказании психиатрической помощи

Цель: способствовать формированию знаний по истории и организационным вопросам психиатрии, а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи в соответствии с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Задачи:

1. Рассмотреть основные этапы развития психиатрии.
2. Изучить предмет и задачи психиатрии на современном этапе.
3. Рассмотреть и изучить основные положения закона РФ от 2 июля 1992 года N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
4. Сформировать знания о неотложных патологических состояний у пациентов, при которых необходима неотложная госпитализация в психиатрический стационар

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

- базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об организационных вопросах психиатрии.

2) После изучения темы:

- история развития, предмет и задачи психиатрии;

- основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Обучающийся должен уметь:

- применять на практике основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

- заполнить медицинскую документацию при госпитализации пациентов в психиатрический стационар

Обучающийся должен владеть:

- навыками определения показаний для госпитализации в психиатрический стационар;
- навыками выявления пациентов, нуждающихся в психиатрической помощи;
- навыками заполнения медицинской документации при госпитализации пациентов в психиатрический стационар

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия
   1. Основные этапы развития психиатрии.
   2. Особенности развития психиатрии в России и за рубежом
   3. Выдающиеся российские психиатры (Балинский И.М., Корсаков С.С., Бехтерев В.М., Личко А.Е. и др.)

2. Беседа по теме занятия.

Перечень вопросов для собеседования:

1. Особенности развития детско-подростковой психиатрии в России и за рубежом.
2. 2. Предмет и задачи психиатрии на современном этапе.
3. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

3. Практическая работа.

Отработка практических навыков

- Умение определять показания к госпитализации в психиатрический стационар.
- Умение выявлять больных, нуждающихся в добровольной и недобровольной госпитализации.

Заполнение медицинской документации при госпитализации пациентов в психиатрический стационар.

4. Тестовый контроль

1. Соблюдение врачебной тайны необходимо
А) для защиты внутреннего мира человека, его автономии
Б) для охраны от манипуляций со стороны внешних сил
В) для защиты социальных и экономических интересов личности
Г) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"
Д) для поддержания престижа медицинской профессии
Е) для всего перечисленного

2. Документами для составления годового отчета о деятельности поликлиники являются:
А) статистический талон заключительных (уточненных) диагнозов
Б) дневник (журнал) врача
В) контрольная карта диспансерного наблюдения больного
Г) листок учета больных и коечного фонда
Д) карта выбывшего из стационара.

3. Основные профессиональные обязанности и права медицинских и фармацевтических работников регламентируются:
А) нормами уголовного и гражданского права РФ
Б) нормами врачебной этики и деонтологии
В) ведомственными приказами, положениями, инструкциями
Г) нормативами отраслевого профсоюза
Д) условиями трудового договора.

4. Одной из главных задач обязательного медицинского страхования (ОМС) является:

А) обеспечение финансирования мед. учреждений;
Б) дифференциация медицинской помощи;
В) рациональное использование медицинских кадров и финансовых средств;
Г) обеспечение устойчивого финансирования медицинской помощи застрахованным в объеме и на условиях территориальной программы ОМС.

5. Уголовная ответственность предусматривается за:
А) хищение наркотических лекарственных средств;
Б) незаконное изготовление, сбыт, хранение наркотических средств
В) нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, перевозок наркотических лекарственных средств
Г) потребление или приобретение ПАВ без врачебного предписания
Д) содержание притонов для потребления наркотиков, склонение несовершеннолетних к употреблению наркотических средств.

6. История болезни является
А) медицинским документом
Б) научным документом
В) юридическим документом
Г) всем перечисленным
Д) ничем из перечисленного

7. Закон "О психиатрической помощи..." включает все следующие положения, КРОМЕ:
А) диагноз психического заболевания устанавливает только врач-психиатр
Б) ограничение прав психически больных допускается
В) помощь психически больным осуществляется, как правило, с их согласия
Г) больной не имеет право на информацию о своем диагнозе и методах лечения
Д) врач, проводящий психиатрическое освидетельствование должен представиться как "психиатр"

8. Если больной судом признан невменяемым, то он:
А) автоматически признается недееспособным
Б) в большинстве случаев направляется на принудительное лечение
В) не освобождается от уголовной ответственности
Г) несет уголовную ответственность за преступление
Д) не направляется на принудительное лечение

9. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия допустимо по заявлению родственников, должностного лица или врача любой медицинской специальности:
А) если он отказывается принимать поддерживающую терапию
Б) если он не представляет непосредственную опасность для себя или окружающих
В) если он в силу психического заболевания беспомощен, то есть не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
Г) если он обращается в различные инстанции с жалобами
Д) если он неоднократно проходил стационарное лечение в психиатрической больнице

10. Основанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке является наличие у больного тяжелого психического расстройства, все положения, кроме:
А) обуславливает непосредственную опасность больного для себя или окружающих
Б) приводит к выраженной социальной дезадаптации больного
В) обуславливает беспомощность больного, неспособность самостоятельно удовлетворять жизненные потребности
Г) обуславливает существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи

11. Какие критерии включает формула невменяемости и недееспособности:
А) социальный
Б) медицинский
В) психиатрический
Г) эпидемиологический
Д) юридический

12. Основные принципы, лежащие в основе организации психиатрической помощи в РФ:
А) единый стандарт помощи различным контингентам больных
Б) ступенчатость и преемственность помощи в системе психиатрических учреждений
В) дифференцированность (специализация) помощи различным контингентам больных
Г) предоставление лекарственных средств всем больным за счет государственных фондов
Д) бесплатная диагностика с использованием новейших аппаратных методов

Ответы на тестовые задания:
1 – е; 2 – абв; 3 – абв; 4 – г; 5 – абвгд; 6 – г; 7- г; 8-б; 9-в; 10-б; 11-б; 12-б,в.

Вопросы на установление соответствия:

3.1. Соответствие названий учреждений их определению:

1	Психиатрические стационары	[1]	подсобное предприятие, предназначенное для трудовой терапии и трудового обучения психически больных, обеспечивающее врачебное наблюдение за ними и, при необходимости, продолжение медикаментозного лечения
2	Психоневрологические диспансеры	[2]	учреждение, предназначенное для выявления больных с психическими расстройствами, их лечения, дальнейшего наблюдения и реабилитации
3	Дневной стационар	[3]	предназначены для лечения больных с психическими расстройствами психотического уровня, обследования больных и диагностики психических заболеваний, лечения с использованием всех видов биологической терапии, психотерапии, мероприятий по социально-трудовой реабилитации и реадаптации, проводится трудовая экспертиза, экспертиза по определению годности к военной службе, судебно-психиатрическая экспертиза и др.
		[4]	учреждение для оказания психиатрической помощи пациентам с купированной острой психотической симптоматикой

3.2. Определите соответствие условий оказания психиатрической помощи:

1	Психиатрическая помощь гражданам РФ	[1]	применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, и по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном Законом

2	Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным	[2]	психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном Законом
3	Принудительные меры медицинского характера	[3]	оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных Законом
		[4]	применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния

Ответы:

3.1. 1) 3; 2) 2; 3) 4

3.2. 1) 3; 2) 2; 3) 4

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения и решить вопрос о госпитализации больного в психиатрический стационар.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Б., 40 лет. Спиртные напитки употребляет с 16 лет, с 19 лет систематически употребляет алкоголь, отмечаются запои длительностью 7-10 дней, сформирован абстинентный синдром. По окончании очередного запоя чувствовал себя разбитым, усталым, испытывал головные боли. По вечерам ощущал страх, слышал оскорбительные оклики по имени, стал думать, что за ним следят, что окружающие о нем говорят, прислушивался, боялся идти на работу. Однажды внезапно почувствовал ощущение тепла и «прижигания» кожи головы. Заметил, что напротив спящий мужчина шевелит губами, и в голову врывается звук, гудение. Затем услышал: «вот это он и есть, отсюда живым не выйдет». Решил, что это голос сидящего напротив мужчины, который указывал его приметы и как следить за ним. Ощущение страха росло, больной встал и начал быстро ходить по залу вокзала. Мужчина «не давал покоя», наводил теплые лучи на затылок. Больной «ощущал тепло» под шапкой, у него громко стучало в голове, слышал бряцание затвора оружия. Больной в кармане раскрыл перочинный нож, затем быстро подошел к мужчине, голос которого ранее слышал, и стал наносить ему удары ножом. При задержании больной не сопротивлялся, после ареста не спал до утра, испытывал страх, опасался, что его убьют, снова слышал угрозы, голос пострадавшего мужчины, но «действие лучей» прекратилось.

Алгоритм решения:

1. У пациента имеются истинные вербальные галлюцинации, тактильные псевдогаллюцинации с чувством сделанности, бред преследования, интерпретативные вербальные галлюцинации, страх смерти, агрессивное поведение в отношении преследователей. Ведущий синдром – галлюцинаторно-параноидный.
2. Предварительный диагноз: алкогольный галлюциноз

3. Согласно Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» психиатрическое освидетельствование возможно в недобровольном порядке при наличии у больного тяжелого психического расстройства, которое обуславливало хотя бы одно из трех возможных обстоятельств:

а) непосредственную опасность больного для себя или окружающих

б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

в) существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи.

Поскольку у пациента имеются выраженные психические расстройства (острая галлюцинаторно-бредовая симптоматика), и пациент представляет опасность для окружающих, он, согласно п. «а» ч.4 ст.23 Закона подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию и последующей госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке в случае отказа от госпитализации п. «а» ст. 29.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

- Пациентка М. больна в течение многих лет. С 12-летнего возраста стали нарастать изменения личности: стала пассивной, безразличной и холодной к матери, перестала учиться в школе, ничем не занималась. Живёт с матерью, которая полностью её обслуживает, ни к чему не проявляет интереса. Целыми часами стереотипно раскачивается, сидя на стуле, речь разорванная, иногда становится жестокой к матери, бьёт её, прожорлива, контакт с больной затруднён.
- Пациент 27 лет. Впервые заболел остро 2 дня назад. До этого в течение недели изменилось состояние: стал рассеянным, не понимал сути вопросов, отвечал после длительной паузы. Постепенно нарастала заторможенность, тонус мышц повышен, застывал в неудобных позах, на вопросы перестал отвечать совсем, отмечалась сальность кожи лица, редкое мигание, при попытке пересадить больного оказывал сопротивление, при попытке накормить сжимал губы, когда ложку убирали ото рта – раскрывал рот.
- Пациент 18 лет. Заболел остро, внезапно расстроился сон, не спал три ночи, мысли в голове путались, пропадали. Стал неадекватным, озирался по сторонам, не мог сосредоточиться. Окружающее, казалось, наполненным особым символическим смыслом, на улице, казалось, разыгрывается какая-то «комедия», окружающие люди разделились на врагов и друзей. Постоянно менялось настроение, то становился восторженным – на лице состояние экстаза, то наоборот, становилось страшно, совершал неожиданные нелепые поступки

5. Задания для групповой работы

Обсуждение в группе историй болезни пациентов, находящихся на лечении в стационаре по решению суда в связи с недобровольной госпитализацией, с ознакомлением с заполненной на них документации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Основные этапы развития психиатрии.
2. Особенности развития психиатрии в России и за рубежом
3. Выдающиеся российские психиатры (Балинский И.М., Корсаков С.С., Бехтерев В.М., Личко А.Е. и др.)
4. Особенности развития детско-подростковой психиатрии в России и за рубежом.
5. Предмет и задачи психиатрии на современном этапе
6. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Психиатрическая помощь, согласно ч.1 ст.1 закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» включает в себя:
а) обследование психического здоровья граждан
б) диагностику психических расстройств
в) лечение
г) медико-социальную реабилитацию
д) все вышеперечисленное

2. Принципы, лежащие в основе закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:
а) принцип добровольности
б) принцип гуманности
в) принцип наименее ограничительной альтернативы
г) принцип недобровольности
д) все вышеперечисленное

3. Основные виды психиатрической помощи:
а) психиатрическое освидетельствование
б) амбулаторная психиатрическая помощь
в) психиатрическая госпитализация
г) активное выявление лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, в общесоматической сети
д) все вышеперечисленное
е) ничего из вышеперечисленного

3. Кто может выступать в качестве законных представителей несовершеннолетних лиц?
а) родители
б) усыновители
в) попечители и опекуны
г) представители органов опеки и попечительства
д) любой родственник пациента
е) никто из перечисленных

4. Кто может выступать в качестве законных представителей недееспособных лиц?
а) родители
б) попечители и опекуны
в) представители органов опеки и попечительства
г) сам совершеннолетний пациент
д) никто из перечисленных

5. Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар показана в случае, если:
а) пациент представляет непосредственную опасность для себя или окружающих
б) пациент не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
в) пациенту грозит существенный вред здоровью, если не будет оказана психиатрическая помощь
г) по настоятельной просьбе родственников пациента
д) ни в каком из перечисленных

6. В случае недобровольной госпитализации гражданин должен быть освидетельствован в течение:
а) суток
б) 48 часов
в) 10 дней
г) месяца

8. Основные профессиональные обязанности и права медицинских и фармацевтических работ-

ников регламентируются:
а) нормами уголовного и гражданского права РФ
б) нормами врачебной этики и деонтологии
в) ведомственными приказами, положениями, инструкциями
г) нормативами отраслевого профсоюза
д) условиями трудового договора

9. Уголовная ответственность предусматривается за:
а) хищение наркотических лекарственных средств
б) незаконное изготовление, сбыт, хранение наркотических средств
в) нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, перевозок наркотических лекарственных средств
г) потребление или приобретение ПАВ без врачебного предписания
д) содержание притонов для потребления наркотиков, склонение несовершеннолетних к употреблению наркотических средств

10. Исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров является:
а) установление диагноза психического заболевания
б) принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке
в) оформление больничного листа по соматическому состоянию у больного психическим заболеванием
г) назначение лечения в связи с соматическим заболеванием у психически больного пациента
д) проведение экспериментально-психологического исследования

11. Психиатрические отделения часто имеют специализацию:
а) по полу
б) по религиозным убеждениям
в) по возрасту (детские, подростковые, взрослые, геронтологические)
г) по расовому признаку
д) по выраженности психических расстройств (острые, реабилитационные)
е) по национальности

12. Внебольничная ступень организации психиатрической помощи включает:
а) психиатрические больницы
б) психоневрологические диспансеры
в) диспансерные отделения больниц
г) психиатрические отделения в других больницах
д) психиатрические, психотерапевтические и наркологические кабинеты

Ответы на тестовые задания:
1 – д; 2 – а,б,в; 3 – а,б,в; 4 – а,б,в,г; 5 – б,в; 6 – а,б.в; 7 – б; 8 – а,б,в,г,д; 9 – а.б,в,г,д; 10 – а,б; 11-а,в,г; 12 – б,в,д.

Вопросы на установления соответствия.

3.1. Соответствие видов памяти признакам:

1	Краткосрочная память	[1]	большой объем постоянно поступающей информации запечатляется в памяти на непродолжительное время
2	Долгосрочная память	[2]	объем складывается из актуальной на текущий момент информации
3	Оперативная память	[3]	связана с избирательным сохранением наиболее значимой для субъекта информации на продолжительное время

4	Механическая память	[4]	запоминание происходит с образованием логических связей, аналогий между отдельными понятиями
		[5]	способность запоминать информацию как она есть, без образования логических связей

3.2. Соответствие симптомов виду деменции:

1	Органическая	[1]	Врожденное отставание в развитии с невозможностью формирования абстрактного мышления
2	Эпилептическая	[2]	Нарастающая обстоятельность мышления с концентрацией на своей жизни и болезни
3	Шизофреническая	[3]	Снижение памяти, нарушение осмысления, эмоциональная лабильность
		[4]	Разноплановость, аутичность, паралогичность, символизм

Ответы:

3.1. 1) 1; 2) 3; 3) 2; 4) 5

3.2.. 1) 3; 2) 2; 3) 4

4) Решить ситуационные задачи.

1. Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. Был агрессивен к родственникам. Была вызвана бригада скорой психиатрической помощи. При осмотре напряжен, беспокоен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует оставить его в покое. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, родных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка - дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом. Категорически отказывается от медицинской помощи.

Вопросы:

1.Тактика врача скорой психиатрической помощи.

2. Какие имеются основания для недобровольной госпитализации в данном случае.

Решение:

1. Госпитализировать в психиатрическое отделение в недобровольном порядке согласно ст. 29 п. "а, в" Закона РФ "О психиатрической помощи"

2. Непосредственная опасность для себя или окружающих. Может принести существенный вред здоровью, если будет оставлен без психиатрической помощи

2. Больной В., 22 лет, студент. Проживает один. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило, дыхание «захватывает», выпали все зубы, в груди пусто, все сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. Со слов родственников, в последнее время без-

деятелен, одинок, тревожен. Настроение подавленное.

Вопросы:

1. Тактика врача-психиатра

2. Какие имеются основания для недобровольной госпитализации в данном случае

Решение:

1.госпитализировать в психиатрическое отделение в добровольном порядке при наличии согласия пациента. Госпитализировать в психиатрическое отделение в недобровольном порядке без согласия пациента, согласно ст. 29 п. "а, в" Закона РФ "О психиатрической помощи"

2. Непосредственная опасность для себя или окружающих. Существенный вред здоровью психически больного лица, если это лицо будет оставлено без психиатрической помощи

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Закон РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании». – М., 1993.
2. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В.Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с
3. Психиатрия : национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Н.Г. Незнанов Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 512 с.

Законодательные и нормативно-правовые документы:

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. N 1183н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»;

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2010 г. N 243н «Об организации Порядка оказания специализированной медицинской помощи».

Раздел 2. Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический

Тема 2.1. Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический

Цель: способствовать формированию знаний по основам пропедевтики в психиатрии, а также формированию знаний и умений по обследованию пациентов с психическими расстройствами и оформлению документации в психиатрии.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы, входящие в основные психопатологические синдромы
2. Изучить методы обследования пациентов с психическими расстройствами, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить ординаторов практическим методам обследования пациентов с психическими расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований,

особенностям оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

- базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования

2) После изучения темы:

- основные психопатологические синдромы
- методы обследования пациентов с психическими расстройствами, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные психопатологические синдромы
- обследовать пациентов с психическими расстройствами, в том числе проводить общесоматическое и неврологическое исследования
- оформлять документацию (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками обследования пациентов с психическими расстройствами, в том числе проведения общесоматического и неврологического исследований
- навыками оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия
    1. Назовите основные классификации психопатологических синдромов.
    2. Перечислите методы исследования психически больных
    3. Особенности клинико-психопатологического исследования в психиатрии

2. Беседа по теме занятия.
    1. Особенности соматического обследования пациентов с психическими расстройствами
    2. Особенности неврологического обследования пациентов с психическими расстройствами
    3. Лабораторные методы исследования в психиатрии
    4. Инструментальные методы исследования в психиатрии
    5. Генетические методы исследования психически больных
    6. Морфологические методы исследования в психиатрии
    7. Особенности оформления документации в психиатрии

3. Практическая работа.

    - заполнение документации при поступлении пациента в психиатрический стационар в добровольном порядке

    - заполнение документации при поступлении пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке

    - клинический разбор пациентов: проведение психиатрического, неврологического и общесоматического исследования.

    - интерпретация результатов анализов, рентгенограмм, ЭЭГ-исследований, заключений КТ и МРТ.

4. Тестовый контроль:

1. К начальным регистрам позитивных нарушении относятся:

а. астенические;
б. ипохондрические;
в. паранойяльные;
г. микрокатотонические;
д. дисгармония личности.

2. К начальным регистрам негативных синдромов относятся:

а. снижение психического тонуса;
б. дисгармония психического склада;
в. субъективно осознавание изменение личности;
г. апато-абулия;
д. кататонический ступор.

3. Депрессивно-идеаторное торможение определяется:

а. пессимистическим содержанием мыслей;
б. медленным темпом течения мыслей;
в. ощущением пустоты в голове;
г. ментизмом;
д. шперрунгами.

4. Для депрессивной триады характерно:

а. двигательная заторможенность;
б. идеаторная заторможенность;
в. пониженное настроение;
г. меланхолический раптус;
д. иллюзорные расстройства.

5. К простым вариантам маниакального синдрома относятся:

а. гневливая мания;
б. веселая мания;
в. спутанная мания;
г. мания с чувственным бредом;
д. дурашливая мания со стереотипиями.

6. .К сложной мании относятся:

а. спутанная мания;
б. веселая мания;
в. дурашливая мания;
г. мания с онейроидом;
д. экзальтированная мания.

7. К отвлеченным навязчивостям относятся:

а. бесплодное мудрствование;
б. навязчивый счет;
в. разложение на отдельные слоги различных слов;
г. навязчивое чувство антипатии;
д. навязчивое воспоминание какого-либо события.

8. Навязчивые ритуалы характеризуются:

а. действиями, движениями, возникающими совместно с другими образными навязчивостями, в качестве их «нейтрализатора»;

б. отсутствием чувства сделанности, навязанности;
в. невозможностью им противостоять;
г. ощущением их сделанности;
д. возможностью управления ими.

9. В легких случаях деперсонализации отмечается:
а. ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей;
б. ощущение измененности окружающего мира;
в. снижение полноты восприятия окружающего мира;
г. чувство утраты;
д. ощущение утраты собственного «Я».

10. Признаками паранойяльной ипохондрии являются:
а. убежденность в наличии заболевания;
б. наличие системы доказательств наличия болезни;
в. настойчивое требование проведения разнообразных обследований
г. доказательство возникновения болезни под влиянием гипноза, радиоволн, излучений или других форм воздействия;
д. указание на конкретных лиц или группы лиц причастных к «наведению» болезни.

11. Для астенического синдрома характерно:
а. идеаторная и моторная заторможенность;
б. психическая истощаемость;
в. мистические расстройства;
г. изменение самочувствия в зависимости от атмосферных и барометрических факторов;
д. расстройства мышления.

12. Для истерических нарушений моторики характерны:
а. явления астазии, абазии;
б. ступор;
в. хаотические, беспорядочные, утрированно выразительные движения;
г. стойкие парезы, параличи;
д. разнообразные гиперкинезы, тики.

13. Синдром сверхценных идей характеризуются:
а. наличием суждений, возникающих вследствие реальных событий, обстоятельств
б. доминирующим положением этих идей в сознании;
в. возможностью их коррекции;
г. невозможностью коррекции;
д. полной ошибочностью.

14. К бредовым относятся идеи или суждения, которые:
а. абсурдны по своему содержанию;
б. не в полной мере соответствуют действительности;
в. не отвечают реальности и с трудом поддаются коррекции;
г. не отражают действительности и не корригируются;
д. внешне правдоподобны, эмоционально окрашены.

15. К признакам висцеральных галлюцинаций относятся:
а. ощущение присутствия в полостях тела или под кожей инородных предметов, насекомых и т.д.;
б. ощущение ползания насекомых по телу;
в. возможность точного описания источника ощущений;
г. беспредметность ощущений;
д. ощущение холода, жара внутри тела.

16. Признаками псевдогаллюцинаций являются:
а. их неконкретность, бесформенность;
б. интерпроекция;
в. наличие признаков нарушения сознания;
г. ощущение их искусственности;
д. их фантастичность.

17. Маниакальные состояния включают в себя:
а. расстройство настроения;
б. нарушение сна;
в. ассоциативные нарушения;
г. соматические нарушения
д. невротические нарушения.

18. Клиническая картина развернутого делирия характеризуется:
а. наплывом парейдолий, сценоподобных зрительных галлюцинаций;
б. двигательным беспокойством;
в. помрачением сознания;
г. кататоническими нарушениями;
д. массивными псевдогаллюцинациями.

19. Делирий можно наблюдать при:
а. острой стадии эпидемического энцефалита
б. интоксикациях;
в. инфекционных заболеваниях;
г. шизофрении;
д. эпилепсии.

20. К кратковременным расстройствам сознания по типу исключительных состояний относятся:
а. патологическое опьянение;
б. сумеречные состояния;
в. патологические просоночные состояния;
г. патологический аффект;
д. психосенсорная аура.

21. К расстройствам памяти относятся:
а. гипермнезия;
б. дисмнезия
в. конфабуляции;
г. искусственно вызванные воспоминания;
д. ощущение утраты памяти при депрессии.

22. Под расстройством побуждений подразумевают:
а. повышение волевой активности;
б. понижение волевой активности;
в. извращение волевой активности;
г. обездвиженность, ступор;
д. мутизм.

23. К расстройствам мышления относят:
а. лживость;
б. паралогичность;

в. некритичность;
г. соскальзывания;
д. бахвальство.

24. Сенестопатии это:
а. локализованные неприятные, тягостные ощущения;
б. необычные, часто алгические, ощущения с меняющейся локализацией;
в. тягостные болевые ощущения в утраченной конечности;
г. тягостные ощущения ползания насекомых, червей и т.п. под кожей, внутри тела.

25. Галлюцинаторно-параноидный синдром это:
а. фантастический бред в сочетании с галлюцинациями;
б. бред преследования, воздействия с кататоническими включениями;
в. бред преследования, воздействия с психическими автоматизмами и псевдогаллюцинациями;
г. персекуторный бред с галлюцинациями и помрачением сознания;
д. бред одержимости с тактильными галлюцинациями.

26. Метод наблюдения позволяет выявить
а. диссимуляцию
б. изменение психического состояния больного
в. возможность агрессивных действий
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного

27. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи
а. получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного с диагностической целью
б. оценку степени нарушений психической деятельности
в. объективную оценку динамики психического состояния в процессе терапии
г. ни одну из перечисленных
д. все перечисленные

28. Изменения на ЭЭГ характерны для всех перечисленных заболеваний, кроме
а. органических и сосудистых поражений головного мозга
б. опухолей мозга
в. эпилепсии
г. атрофических заболеваний
д. инволюционных психозов

29. Метод компьютерной томографии применяется для диагностики всех следующих видов мозговой патологии, исключая:
а. менингиты
б. опухоли мозга
в. дегенеративные изменения мозговой ткани
г. инфаркты мозга
д. кровоизлияния в вещество мозга

Ответы на тестовые задания:

1 -	абв	5 -	абв	9 -	абв
2 -	абв	6 -	г	10 -	абв
3 -	абв	7 -	абв	11 -	бг
4 -	абв	8 -	абв	12 -	абв

13 - абв
14 - бв
15 - абв
16 - бг абв
17 - абв
18 - абв
19 - абв
20 - г
21 - абв
22 - абв
23 - бг
24 - б
25 - в
26 - г
27 - д
28 - а
29 - в

5. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- план лечения

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Н., 79 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

1. Апраксия, аграфия, слабоумие.
2. Тотальная деменция.
3. Болезнь Альцгеймера.
4. Церебролизин, индометацин, амиридин, симптоматическая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача №1

У больного появилось недовольство тем, что жена слишком оживлена в компании, кокетничает с молодыми людьми, подчеркнуто развязно танцует; он подметил, что и на улице жена как-то «умышленно» привлекает к себе своим поведением внимание мужчин, краснеет при встрече с ними. Семейные ссоры становились обыденным явлением. Поводом могло послужить незначительное опоздание с работы, «подозрительное пятно» на платье или белье, визит родственников и т.д. В целях проверки и подтверждения своих подозрений муж обшаривал сумки жены, карманы, осматривал ее белье. В связи с такого рода подозрениями был агрессивен по отношению к жене: наносил побои, угрожал расправой.

Выделите ведущие симптомы, синдромы

Решите вопрос о необходимости госпитализации

Задача №2

Больной Д., 29 лет. После перенесенного ОРВИ на фоне сохраняющейся слабости появилось пониженное настроение, адинамия. Через 2 недели больной стал деятельным, суетливым, отмечался короткий сон с ранним пробуждением, вмешивался в работу сослуживцев, давал им советы, настроение было приподнятое. Через несколько дней больной стал настороженным, подозрительным, замечал на себе «пристальные» взгляды прохожих, улавливал «особое значение» в их поступках, считал, что отношение сослуживцев к нему изменилось, т.к. ему «завидуют». В дальнейшем стал высказывать идеи о том, что на него кто-то воздействует, что проявляется в постороннем наплыве мыслей. Утверждал, что окружающие люди догадываются о его мыслях. Окружающее воспринималось как «измененное», «как эксперимент», «испытание». Настроение менялось в течение суток с быстрым переходом от восторга к тревоге и страху, при этом больной начинал высказывать или отрывочные идеи величия, или идеи виновности. Поведение определялось болезненными переживаниями. Данное состояние длилось в течение 1,5 месяцев, после чего в течение 3 недель сохранялось нерезко сниженное настроение, адинамия, апатия, астения.

Выделите ведущие симптомы, синдромы

Решите вопрос о необходимости госпитализации

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
   1. Назовите основные классификации психопатологических синдромов.
   2. Каковы методы исследования психически больных?
   3. Особенности клинико-психопатологического исследования в психиатрии
   4. Особенности соматического обследования пациентов с психическими расстройствами
   5. Особенности неврологического обследования пациентов с психическими расстройствами
   6. Лабораторные методы исследования в психиатрии
   7. Инструментальные методы исследования в психиатрии
   8. Генетические методы исследования психически больных
   9. Морфологические методы исследования в психиатрии
   10. Особенности оформления документации в психиатрии

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Метод наблюдения позволяет выявить:
а) уровень интеллекта
б) степень аутопсихической ориентировки
в) изменение психического состояния больного
г) возможность агрессивных действий

2. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи кроме:
а) получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного с диагностической целью
б) оценку степени нарушений психической деятельности
в) назначения медикаментозного лечения
г) объективную оценку динамики психического состояния в процессе терапии
д) постановки диагноза

3. Метод компьютерной томографии применяется для диагностики всех следующих видов мозговой патологии, исключая:
а) менингиты
б) шизофрению
в) опухоли мозга
г) дегенеративные изменения мозговой ткани
д) кровоизлияния в вещество мозга

4. При описании того или иного психического нарушения в анамнезе необходимо выяснить
а) давность его существования
б) кем по профессии являются ближайшие родственники пациента
в) особенности развития во времени
г) взаимоотношения данного расстройства с другими психическими расстройствами
д) число перенесённых острых респираторных заболеваний
е) наличие аллергических реакций на пищевые продукты

5.В психиатрии электроэнцефалография (ЭЭГ) особенно информативна при диагностике:
а) панических расстройств
б) делирии
в) шизофрении
г) эпилепсии
д) органических заболеваниях головного мозга

6.Исследование психического статуса включает изучение:
а) аллергоанамнеза
б) процессов мышления
в) настроения или аффекта

г) наследственности
д) состояния сознания
е) перенесённых соматических заболеваний

7. К числу задач, решаемых с помощью нейропсихологической диагностики, НЕ относится:
а) постановка топического диагноза
б) оценка динамики психических функций
в) выбор методов нейрохирургического вмешательства
г) определение причин аномального психического функционирования
д) направление на недобровольную госпитализацию в психиатрический стационар

8. Врач-психиатр впервые осматривает больного, находящегося на лечении в соматическом стационаре, у которого подозревают наличие психического расстройства. В начале беседы ему следует:
а) представиться терапевтом или невропатологом
б) представиться сослуживцем или знакомым родственников больного
в) точно назвать свою специальность
г) представиться психологом или лицом, проводящим социальный опрос
д) точно назвать цель консультации

9. Для успешного проведения патопсихологического обследования необходимо:
а) четкая последовательность проведения экспериментов
б) отсутствие единого шаблона
в) помощь пациенту при затруднениях
г) сохранение эмпатичности психологом
д) специально оборудованное для патопсихологического обследования помещение

10. Для исследования мышления используется методика:
а) классификации предметов
б) 10 слов
в) пиктограммы
г) сравнение понятий
д) счет по Крепелину
е) таблицы Шульте

11. Для психогенных заболеваний характерно:
а) возникновение в связи со стрессом
б) наличие критики к заболеванию
в) диссоциация психической деятельности
г) исчезновение симптоматики после ликвидации стрессового фактора
д) выраженное снижение когнитивных функций
е) паралогичность мышления

12. Буквенную корректурную пробу Шульте используют для исследования:
а) целенаправленности мышления
б) устойчивости внимания
в) нарушений памяти
г) эффективности работы
д) расстройств восприятия
е) степени врабатываемости

Ответы на тестовые задания:

1-в,г; 2-в,д; 3-а,б; 4-а,в,г; 5-г,д; 6-б,в,д; 7-в,д; 8-в,д; 9-б,в,г; 10-а,в,г; 11-а,б,г; 12-б,г,е.

Вопросы на установление соответствия

3.1.Сопоставьте методы психологического исследования и их определение:

1	Тестирование	[1]	призваны установить соотносительное влияние наследственности (генотипа) и среды на формирование индивидуальных и типологических особенностей психики
2	Психогенетический метод	[2]	направлен на изучение личности по имеющимся документам ее биографии
3	Психобиографический метод	[3]	основной метод получения первичной социально-психологической информации на основе опроса испытуемого, включает в себя формулировки вопросов, логически связанных с общей задачей исследования, и возможные варианты ответов, из которых респондент должен выбрать наиболее подходящие или предложить собственные
4		[4]	метод, при котором ставится задача получить ответы опрашиваемого на определенные (обычно подготовленные заранее) вопросы, предполагает большую свободу опрашиваемого в формулировке ответов, их большую детализацию и развернутость

3.2. Соотнесите клинико-нозологические формы психических расстройств по группам:

1	Эндогенные психические заболевания	[1]	Атрофические заболевания головного мозга, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона
2	Эндогенно-органические психические заболевания	[2]	Реактивные психозы, невротические расстройства
3	Экзогенно-органические психические расстройства	[3]	Шизофрения, биполярное аффективное расстройство, циклотимия,
4	Психогенные расстройства	[4]	Расстройства личности
		[5]	Алкоголизм, Наркомании и токсикомании

Ответы:

3.1 1) 3; 2) 1; 3)2

3.2 1) 3; 2) 4; 3) 5; 4) 2

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

1. Больной Б., 40 лет. Спиртные напитки употребляет с 16 лет, с 19 лет систематически употребляет алкоголь, отмечаются запои длительностью 7-10 дней, сформирован абстинентный синдром. По окончании очередного запоя чувствовал себя разбитым, усталым, испытывал головные боли. По вечерам ощущал страх, слышал оскорбительные оклики по имени, стал думать, что за ним следят, что окружающие о нем говорят, прислушивался, боялся идти на работу. Однажды внезапно почувствовал ощущение тепла и «прижигания» кожи головы. Заметил, что напротив спящий мужчина шевелит губами, и в голову врывается звук, гудение. Затем услышал: «вот это он и есть, отсюда живым не выйдет». Решил, что это голос сидящего напротив мужчины, который указывал его приметы и как следить за ним. Ощущение страха росло, больной встал и начал быстро ходить по залу вокзала. Мужчина «не давал покоя», наводил теплые лучи на затылок. Больной «ощущал тепло» под шапкой, у него громко стучало в голове, слышал бряцание затвора оружия. Больной в кармане раскрыл перочинный нож, затем быстро подошел к мужчине, голос которого ранее слышал, и стал наносить ему удары ножом. При задержании больной не сопротивлялся, после ареста

не спал до утра, испытывал страх, опасался, что его убьют, снова слышал угрозы, голос пострадавшего мужчины, но «действие лучей» прекратилось.

Вопросы:

1. Определить тактику ведения больного.
2. Решить вопрос о госпитализации больного в психиатрический стационар.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с
2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Н.Г. Незнанов Психиатрия: учебник - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 496 с.
2. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Раздел 3. Частная психиатрия

Тема 3.1. Аффективные расстройства. Основы суицидологии.

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психических расстройств), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных психических расстройствах.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию аффективных расстройств.
2. Изучить методы диагностики и терапии аффективных расстройств у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с аффективными расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.
4. Рассмотреть понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
5. Изучить методы выявления суицидальной настроенности.
6. Обучить способам неотложной помощи при суицидальных тенденциях.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств
- методы диагностики психических расстройств, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию психических расстройств

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы аффективных расстройств
- проводить дифференциальную диагностику аффективных расстройств

- назначать терапию аффективных расстройств
- проводить профилактику аффективных расстройств

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления аффективных расстройств
- навыками назначения терапии аффективных х расстройств
- навыками проведения профилактики аффективных расстройств

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия
   1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний
   2. Этиопатогенез, клиника и дифференциальная диагностика аффективных расстройств
   1. Понятие о суицидологии

2. Беседа по теме занятия.

   Перечень вопросов для собеседования:

1. Аффективные расстройства, этиопатогенез.
2. Типы течения аффективных расстройств.
3. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
4. Реккурентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Стадии депрессивной фазы.
5. Варианты типичных депрессий.
6. Дать характеристику атипичных депрессий.
7. Монополярное течение маниакальных эпизодов. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.

3. Практическая работа.

1. Курация больных с различными видами аффективных расстройств с целью выявления симптомов и синдромов болезни; диагностика с учетом данных, полученных в ходе беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования.
2. Постановка диагноза с учетом сопутствующих синдромов, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.
3. Доклад анамнестических сведений, обсуждение совместно с преподавателем диагноза, дифференциального диагноза, тактики лечения, прогноза.

4. Тестовый контроль:

1. Основными характеристиками биполярного аффективного расстройства являются (3 варианта)
   а) фазный характер течения
   б) сезонный характер обострений
   в) усложнение психопатологической структуры
   г) отсутствие личностных изменений
2. Для выраженной депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства характерно (3 варианта)
   а) идеи преследования
   б) витальный характер депрессии
   в) суицидальные мысли
   г) отсутствие аппетита
3. На высоте депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства наблюдаются следующие соматические проявления (3 варианта)
   а) тахикардия
   б) брадикардия
   в) похудание
   г) запоры
4. При острых маниакальных состояниях мерами неотложной помощи являются (2 варианта)
   а) неотложная госпитализация пациента в психиатрический стационар
   б) амбулаторное лечение у психиатра
   в) строгий надзор (высокая вероятность неожиданных поступков, агрессии)
   г) введение антидепрессантов

5. Для алгического варианта маскированных депрессий характерно (3 варианта)
   а) нарушение сна
   б) раздражительность
   в) оптимистический характер настроения
   г) разнообразные алгии
6. Основной характеристикой маскированных депрессий является (3 варианта)
   а) выраженность аффективного компонента
   б) отсутствие жалоб на сниженное настроение
   в) малая интенсивность аффективного компонента
   г) наличие соматических признаков депрессии
7. Классическая депрессивная триада характеризуется (3 варианта)
   а) снижением настроения
   б) двигательным торможением
   в) двигательным возбуждением
   г) идеаторным торможением
8. К соматическим признакам депрессии относятся (3 варианта)
   а) запоры
   б) дисменорея
   в) похудание
   г) васкулиты
9. Маниакальная триада характеризуется (3 варианта)
   а) повышенным настроением
   б) двигательным торможением
   в) ускорением ассоциаций
   г) двигательным возбуждением
10. Для выраженной маниакальной фазы биполярного аффективного расстройства характерно (3 варианта)
   а) наличие маниакальной триады
   б) чувство тревоги
   в) идеи переоценки
   г) расторможенность влечений
11. Для клиники циклотимии характерно (3 варианта)
   а) малая интенсивность аффективных расстройств в фазах
   б) отсутствие прогредиентности
   в) большое количество маскированных аффективных состояний
   г) наличие прогредиентности
12. Диагноз маскированных депрессий можно поставить на основании наличия (3 варианта)
   а) фазности и периодичности течения
   б) безуспешности диагностики «соматического заболевания»
   в) безуспешности обычной терапии «соматического заболевания»
   г) ярко выраженного аффекта
13. Суицидальную опасность представляют следующие состояния (3 варианта)
   а) адинамическая депрессия
   б) депрессии с депрессивным бредом
   в) ажитированная депрессия
   г) меланхолическая депрессия
14. К важным диагностическим критериям аффективных расстройств относятся (2 варианта)
   а) фазность депрессий и маний
   б) наличие психогении
   в) наличие интермиссии
   г) отсутствие бредовых идей
15. Течение биполярного расстройства связано с (1 вариант)
   а) семейной обстановкой
   б) погодными условиями
   в) внутренними биоритмами
   г) условиями питания
16. Монополярное аффективное расстройство характеризуется (3 варианта)
   а) периодическим повторением маниакальных фаз

б) периодическим повторением маниакальных и депрессивных фаз
в) периодическим повторением депрессивных фаз
г) наличием интермиссий

Ответы к тесту: 1- а, б, г; 2- б, в, г; 3- а, в, г; 4- а, в; 5- а, б, г; 6- б, в, г; 7- а, б, г; 8- а, б, в; 9- а, в, г; 10- а, в, г; 11- а, б, в; 12- а, б, в;13- б, в, г; 14- а, в; 15- в.16- а, в, г.

5. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

К неврологу впервые направлен больной по поводу нарушений сна. Сообщил, что в течение 3 недель спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на «ты» и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими. Настроение приподнятое, смеется, шутит. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей, подвижен, мимика яркая, глаза блестят, слизистые сухие. За 2 месяца до этого было состояние со сниженным настроением, упадком сил, утомляемостью, снижением интереса к значимым видам деятельности.

1. Тахикинезия, тахифрения, гипертимия, вегетативные симптомы (блеск глаз, сухость слизистых), в анамнезе гипотимия, апатия
2. Маниакальный синдром, депрессивный синдром (в анамнезе). Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод
3. Патогенетическое лечение – нормотимики (соли лития или карбамазепин), симптоматическое для купирования маниакального возбуждения – нейролептики с седативным эффектом (хлорпротиксен), профилактическое – нормотимики (соли лития или карбамазепин)

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Пациент Ж., 20 лет, едва заметив группу студентов, устремляется к ним, моментально со всеми знакомится, шутит, смеется, предлагает спеть, обучить танцам, в шутливой форме представляет всех окружающих больных: "Это – гигант мысли, дважды два не знает сколько, а этот – барон Мюнхгаузен, враль необыкновенный" и т.д. Быстро отвлекается, "чтобы дать руководящие указания нянькам", которые не так, по его мнению, делают уборку помещения, затем, прыгая на одной ноге и пританцовывая, возвращается к группе студентов, предлагая "проверить их знания по всем наукам". Говорит очень быстро, хриплым голосом /от перенапряжения голосовых связок/, часто недоговаривая мысль до конца, перескакивает на другой предмет, иногда рифмует слова.

1. Ведущий синдром.
2. Предварительный диагноз.
3. Диагностика
4. Терапия

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Аффективные расстройства, этиопатогенез.
2. Типы течения аффективных расстройств.
3. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
4. Реккурентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Стадии депрессивной фазы.
5. Варианты типичных депрессий.
6. Дать характеристику атипичных депрессий.
7. Монополярное течение маниакальных эпизодов. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.

8. Терапия и профилактика аффективных расстройств в зависимости от клинического варианта.
9. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
10. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
11. Методы выявления суицидальной настроенности.
12. Неотложная помощь при суицидальных тенденциях.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Понятие циркулярности включает
а) течение фазовыми состояниями и аффективную структуру фаз
б) обязательную повторяемость фаз одного знака
в) обязательное возникновение полярных фаз
г) правильное чередование полярных фаз
2. К суицидальноопасным состояниям относятся все перечисленные, кроме
а) анестетической депрессии
б) тревожных депрессий
в) депрессии с идеями самообвинения
г) слезливых депрессий
д) ступорозных депрессии
3. Основными характеристиками биполярного аффективного расстройства являются (3 варианта)
а) фазный характер течения
б) сезонный характер обострений
в) усложнение психопатологической структуры
г) отсутствие личностных изменений
4. Для выраженной депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства характерно (3 варианта)
а) идеи преследования
б) витальный характер депрессии
в) суицидальные мысли
г) отсутствие аппетита
5. На высоте депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства наблюдаются следующие соматические проявления (3 варианта)
а) тахикардия
б) брадикардия
в) похудание
г) запоры
6. При острых маниакальных состояниях мерами неотложной помощи являются (2 варианта)
а) неотложная госпитализация пациента в психиатрический стационар
б) амбулаторное лечение у психиатра
в) строгий надзор (высокая вероятность неожиданных поступков, агрессии)
г) введение антидепрессантов
7. Для алгического варианта маскированных депрессий характерно (3 варианта)
а) нарушение сна
б) раздражительность
в) оптимистический характер настроения
г) разнообразные алгии
8. Основной характеристикой маскированных депрессий является (3 варианта)
а) выраженность аффективного компонента
б) отсутствие жалоб на сниженное настроение
в) малая интенсивность аффективного компонента
г) наличие соматических признаков депрессии
9. Классическая депрессивная триада характеризуется (3 варианта)
а) снижением настроения
б) двигательным торможением
в) двигательным возбуждением
г) идеаторным торможением
10. К соматическим признакам депрессии относятся (3 варианта)

а) запоры
б) дисменорея
в) похудание
г) васкулиты
11. Маниакальная триада характеризуется (3 варианта)
а) повышенным настроением
б) двигательным торможением
в) ускорением ассоциаций
г) двигательным возбуждением

Ответы к тесту: 1 – а; 2 – д; 3- а, б, г; 4- б, в, г; 5- а, в, г; 6- а, в; 7- а, б, г; 8- б, в, г; 9- а, б, г; 10- а, б, в; 11- а, в, г

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:
Больная 29 лет. Впервые заболела в 17 лет: ухудшилось настроение, появилась вялость, апатия. Перед засыпанием внезапно услышала «голос». «Голос» звучал прямо в голове, отзывался, как «эхо». Не спала ночь, стала ощущать на себе какое-то влияние «как волны», считала, что это влияние исходит от бога, который таким образом наставляет её в жизни. Казалось, что её мысли знают окружающие, понимала это по их выражению лица. Была задумчивой, рассеянной, не сразу понимала смысл вопроса.
Вопросы:
1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. План лечения

Рекомендуемая литература:
Основная литература:

1. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с
2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Н.Г. Незнанов Психиатрия: учебник - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 496 с.
2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015
3. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ ред. Ю.С. Шевченко – М.: "Мед. информ. агентство", 2017
5. Козловский В.Л. Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии СПб.: СпецЛит, 2015
6. Шамрей В.К. Психиатрия войн и катастроф: руководство СПб.: СпецЛит, 2015

Тема 3.2. Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (атрофические процессы головного мозга, черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, опухоли головного мозга, энцефалиты).

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психических расстройств), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных психических расстройствах.

Задачи:
1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию психических расстройств при органических поражениях головного мозга.
2. Изучить методы диагностики и терапии психических расстройств при органических поражениях го-

ловного мозга у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

3. Обучить практическим методам обследования пациентов с психическими расстройствами при органических поражениях головного мозга, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств при органических поражениях головного мозга и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- методы диагностики психических расстройств при органических поражениях головного мозга, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию психических расстройств при органических поражениях головного мозга

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- проводить дифференциальную диагностику психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- назначать терапию психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- проводить профилактику психических расстройств при органических поражениях головного мозга

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- навыками назначения терапии психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- навыками проведения профилактики психических расстройств при органических поражениях головного мозга

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний
2. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
5. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при опухолях головного мозга
6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при энцефалитах
7. Медикаментозная терапия и психотерапия психических расстройств при органических поражениях головного мозга

2. Беседа по теме занятия.

Перечень вопросов для собеседования:

1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний
2. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
5. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при опухолях головного мозга

6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при энцефалитах
7. Медикаментозная терапия и психотерапия психических расстройств при органических поражениях головного мозга

3. Практическая работа.

1. Курация больных с различными видами психических расстройств с целью выявления симптомов и синдромов болезни; диагностика с учетом данных, полученных в ходе беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования.
2. Постановка диагноза с учетом сопутствующих синдромов, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.
3. Доклад анамнестических сведений, обсуждение совместно с преподавателем диагноза, дифференциального диагноза, тактики лечения, прогноза.

4. Тестовый контроль:

1. По характеру повреждения головного мозга при черепно-мозговой травме выделяют
а) коммоцию
б) контузию
в) компрессию
г) все перечисленное

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

3. При сифилисе мозга могут наблюдаться расстройства
а) психопатоподобные
б) неврозоподобные
в) пароксизмальные
г) все перечисленные
д) никакие из перечисленных

4. Для опухолей мозгового ствола наиболее характерны все следующие психические расстройства, кроме
а) снижения активности
б) галлюцинаторных пароксизмов
в) своеобразной назойливости
г) лабильности аффекта
д) расторможенности влечений

5. Для опухолей мезодиэнцефальной области характерны все следующие психические расстройства, кроме
а) Корсаковского синдрома
б) сонливости
в) апатии
г) депрессии с преобладанием вялости
д) истерических расстройств

6. В острой стадии эпидемического энцефалита могут наблюдаться все следующие психические расстройства, кроме
а) острого вербального галлюциноза
б) патологической сонливости
в) психозов с помрачением сознания
г) апатико-адинамического состояния
д) психомоторного возбуждения

7. При болезни Альцгеймера наблюдаются депрессии
а) угрюмые и психогенно окрашенные
б) анестетические
в) с суточными колебаниями
г) с идеями самообвинения
д) все перечисленное

8. Бредовые психозы при болезни Альцгеймера протекают в виде
а) систематизированных паранойяльных
б) малосистематизированных с фабулой ревности и ущерба
в) параноидных
г) парафренных
д) депрессивно-параноидных

9. Болезнь Альцгеймера характеризуется
а) устойчивостью стереотипа развития
б) малой зависимостью от интеркуррентных заболеваний
в) особо эндогенным характером атрофического процесса
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

Ответы на тестовые задания: 1 – г; 2 – г; 3 – г; 4 – б; 5 – д; 6 – а; 7 – а; 8 – б; 9 – г.

Вопросы на установления соответствия:

4.1. Соответствие клинической картины атрофическим деменциям

1	болезнь Альцгеймера	[1]	начало после 65 лет, медленное развитие тотального слабоумия, преобладают расстройства памяти, ориентировки, относительно сохранны жизненные навыки и личностные свойства
2	деменции альцгеймеровского типа	[2]	начало до 65 лет, быстрое развитие тотального слабоумия, расстройства памяти по закону Рибо, растущая амнестическая дезориентировка, конфабуляции, алексия, аграфия, агнозия и др.
3	болезнь Пика	[3]	начало после 70 лет, характерны колебания выраженности когнитивных расстройств, наличие зрительных и слуховых галлюцинаций и экстрапирамидных нарушений
		[4]	начало в 50-60 лет, процесс локализуется в лобных долях, характерны аспонтанность, пассивность, бездеятельность, эмоциональное обеднение, распад речи

4.2. Подберите соответствия:

1	абсанс	[1]	приступы без судорог, но с нарушением или изменением сознания, на ЭЭГ очаговая эпилептическая активность
2	сложный парциальный приступ	[2]	внезапное кратковременное выключение сознания,на ЭЭГ генерализованная активность в виде медленноволновой или острая-медленная волна
3	вторично-генерализованный приступ	[3]	приступ без потери сознания
		[4]	характерно начало в виде судорожного или бессудорожного парциального приступа с последующим двусторонним распространением судорожной

двигательной активности на все группы мышц

Ответы:
4.1. 1) 2; 2) 1; 3) 4
4.2. 1) 2; 2) 1; 3) 4;

5. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациентка 72 года. Поступление в психиатрический стационар первичное. В течение года стала заявлять, что в ее квартиру проникают посторонние люди. При возвращении домой даже после кратковременного отсутствия она «обнаруживала» перемещение и порчу вещей, подмену новых вещей старыми, подбрасывание мусора. Стала утверждать, что соседи изменили к ней отношение, стали вести себя развязно, игнорируют ее интересы, стучат в стены, ночью мешают спать. В вечернее и ночное время слышала звонки в дверь, чувствовала неприятные запахи, потоки холодного и горячего воздуха. Объясняла это тем, что соседи хотят завладеть ее квартирой, в связи с чем вредят ей. Больная затыкала уши ватой, стала часто проветривать помещение, закрывала вентиляционные отверстия.

Психическое состояние при поступлении: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакту доступна. Мышление обстоятельное, подробно рассказывает о своих взаимоотношениях с соседями, считает, что соседи плохо к ней относятся, портят ее вещи, стучат в стены. Разубеждению не поддается. Настроение снижено. Память нерезко снижена на текущие события. В поведении спокойна, упорядочена.

За время нахождения в стационаре обманов восприятия не наблюдалось. В течение месяца сохранялся нерезко сниженный фон настроения, продолжала высказывать идеи отношения, ущерба со стороны соседей, которые в процессе лечения дезактуализировались. Выписаны в удовлетворительном состоянии.

Алгоритм решения задачи.

1. Основные синдромы:

- галлюцинаторно-параноидный (наличие идей ущерба, порчи, воздействия, плохого отношения со стороны соседей, акоазмы, обонятельные и тактильные галлюцинации) – возникает на фоне, по всей видимости атеросклеротического поражения сосудов головного мозга, что достаточно часто встречается у пожилых людей

- психорганический (снижение памяти, затруднение переключения внимания, обстоятельность мышления)

2. Диагноз: хронический галлюцинаторно-параноидный психоз на фоне органического поражения ЦНС (атеросклероз сосудов головного мозга). Для подтверждения диагноза необходимо проведение лабораторно-инструментального исследования: биохимическое исследования крови (уровень липидов, триглицеридов, холестерина, сахара), экспериментально-психологическое исследование (уровень интеллекта), а также ангиография сосудов головного мозга, проведение МРТ головного мозга для исключения атрофических заболеваний.

3. Терапия: галлюцинаторно-параноидный синдром – необходимо назначение нейролептиков (рисполепт, сероквель или пропазин), дозировка которых должна быть в 2 раза ниже общепринятых. Кроме того, терапия сосудистых нарушений – применяются сосудистые (мексидол, винпоцетин, пентоксифиллин) и ноотропные препараты (акатинола мемантин, глиатилин).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача №1

Первые признаки заболевания проявились в возрасте 35 лет: испытывал недомогание, плохо засыпал. В области лба и висков появилось ощущение жара, ползания мурашек. Решил, что переутомился, обратился к невропатологу и через месяц на время забыл о болезни. Через несколько лет после появления болей в связи с необычным характером жалоб и неэффективностью лечения был направлен к психиатру. Рассказал, что постоянно испытывает мучительное ощущение «холодящей звезды» в области лба, испускающей «лучи», чувствует «дрожание мозга». Постепенно становился все более флегматичным, въедливым. Утратил прежний круг общения. Еще через несколько лет почувствовал ухудшение самочувствия: ощущения в

голове стали более интенсивными и разнообразными – покалывание переходило в давление, «шипящие боли»; в области лба, повыше «звезды», образовался новый очаг – «круг щиплющей боли». Работать не мог, был госпитализирован в психиатрическую больницу.

Задача №2

Больная М., 42 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В возрасте 14 лет впервые наблюдался генерализованный судорожный приступ с потерей сознания длительностью до 2 минут. На фоне приема ПЭП приступы 1-2 раза в 2-3 месяца. Ухудшение состояния произошло после того, когда больная была уволена с предприятия по сокращению штатов. Приступы участились до 2-3 раз в неделю, их продолжительность увеличилась, в связи с чем больная была госпитализирована в стационар. При осмотре врачом больная внезапно упала, при попытке открыть глаза сопротивлялась осмотру, не реагировала на внешние раздражители, наблюдались судорожные подергивания рук и ног, такое состояние длилось 10-12 минут, после чего больная встала, села на стул, жаловалась на слабость и головные боли. При экспериментально-психологическом обследовании отмечена тугоподвижность, обстоятельность мышления, незначительное снижение непосредственной и опосредованной памяти. На ЭЭГ зарегистрировано снижение порога судорожной готовности головного мозга.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний
2. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
5. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при опухолях головного мозга
6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при энцефалитах
7. Медикаментозная терапия и психотерапия психических расстройств при органических поражениях головного мозга

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Диагностические критерии психоорганического синдрома включают (3 варианта)
   а) нарушения памяти
   б) неустойчивость или лабильность эмоций
   в) аутизацию
   г) изменение личности
2. Триада Вальтер-Бюэля при органических заболеваниях головного мозга проявляется (3 варианта)
   а) недержанием эмоций
   б) ослаблением памяти
   в) эгоцентризмом
   г) снижением интеллекта
3. Изменения личности по органическому типу характеризуются (2 варианта)
   а) торпидностью, пассивностью, равнодушием
   б) ангедонией, отсутствием эмпатии
   в) взрывчатостью, гневливостью, эгоцентризмом
   г) аутизацией, уплощением эмоций
4. Органические психические расстройства при сосудистых и травматических заболеваниях головного мозга часто проявляются (1 вариант)
   а) маниакальным синдромом
   б) аутизмом
   в) астеническим синдромом
   г) абулическим синдромом

5. Органические психозы проявляются (2 варианта)
   а) параноидом
   б) аффективно-шоковой реакцией
   в) галлюцинозом
   г) истерическим пуэрилизмом
6. Расстройства сознания при органических заболеваниях головного мозга могут проявляться в форме (3 варианта)
   а) сумеречного расстройства
   б) аменции
   в) кататонии
   г) оглушения
7. Характерными признаками сосудистых заболеваний головного мозга являются (2 варианта)
   а) раннее развитие апраксии
   б) лакунарная деменция
   в) дисфории
   г) «мерцание» клиники
8. К типичным проявлениям болезни Альцгеймера относятся (2 варианта)
   а) тотальная деменция
   б) лакунарная деменция
   в) критическое отношение к своему заболеванию
   г) апраксия и дизартрия
9. Лакунарная деменция характерный признак при (2 варианта)
   а) атеросклерозе сосудов головного мозга
   б) дегенеративных заболеваниях головного мозга
   в) при гипертонической болезни
   г) эпилепсии
10. Личностные расстройства при болезни Пика проявляются (2 варианта)
   а) благодушием, беспечностью, пассивностью
   б) вязкостью, слащавостью
   в) манерностью, рассуждательством
   г) грубостью, сквернословием, гиперсексуальностью
11. Препаратами выбора при болезни Альцгеймера являются (2 варианта)
   а) нейрометаболические препараты (пирацетам, церебролизин)
   б) сосудистые препараты (винпоцетин, циннаризин)
   в) ингибиторы холинэстеразы (галантамин, ривастигмин)
   г) холиномиметики (холина альфосцерат)
12. На ранних этапах церебрального атеросклероза эффективны препараты (2 варианта)
   а) сосудистые (винпоцетин, циннаризин, пентоксифиллин)
   б) трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин)
   в) нейрометаболические (актовегин, церебролизин)
   г) нормотимики (соли лития, карбамазеприн)
13. Для атрофических процессов головного мозга на поздних стадиях характерны (2 варианта)
   а) выздоровление от основного заболевания
   б) грубые нарушения интеллектуальных функций
   в) избирательное поражение когнитивных функций
   г) прогредиентный характер течения
14. Для парциальной (атеросклеротической) деменции характерно (2 варианта)
   а) отсутствие критического осознания имеющихся проблем со здоровьем
   б) неравномерность психических нарушений (с преобладанием мнестических)
   в) наличие тяжелого интеллектуального дефекта с нивелированием индивидуальных личностных черт
   г) сохранность «ядра личности»
15. Для болезни Альцгеймера характерно (2 варианта)
   а) психогенный характер расстройств
   б) развитие тотального слабоумия
   в) наличие критики к своему состоянию
   г) наличие очаговых неврологических расстройств
16. Для деменции легкой степени характерно (2 варианта)

а) появление проблем адаптации в профессиональных и социальных ситуациях
б) сохранение способности к самообслуживанию
в) наличие грубых расстройств критики
г) утрата индивидуальных личностных черт

17. В развернутой стадии болезни Пика наблюдается (2 варианта)
а) выраженные явления апраксии
б) грубые нарушения критики и высших функций интеллекта
в) значительные речевые расстройства
г) критическое осознания собственной болезни

18. Для сенильных деменций альцгеймеровского типа характерно (2 варианта)
а) преобладание расстройств памяти и ориентировки
б) выраженность атрофии лобных долей
в) отсутствие феномена оживления воспоминаний о событиях далекого прошлого на начальном этапе
г) угрюмость и ворчливость, склонность к подозрениям и конфликтам

19. Для сосудистой деменции характерно (2 варианта)
а) нарушения памяти развиваются поздно
б) ранее перенесенные транзиторные нарушения мозгового кровообращения с преходящими неврологическими расстройствами
в) глубокие личностные изменения с аспонтанностью, оскудением речевой и двигательной активности
г) изменение выраженности ее симптомов на протяжении относительно короткого периода (в течение дня)

20. Для атрофических процессов головного мозга характерно (2 варианта)
а) беспричинная потеря сознания
б) неуклонно прогредиентное течение
в) формирование тотального слабоумия
г) сохранность ориентировки на поздних стадиях заболевания

21. В остром периоде черепно-мозговой травмы наблюдаются (3 варианта)
а) расстройства сознания
б) депрессии
в) амнезия
г) эпилептические приступы

22. В периоде реконвалесценции при черепно-мозговых травмах могут наблюдаться (2 варианта)
а) оглушение
б) астения
в) кататония
г) депрессии

23. После перенесенной черепно-мозговой травмы в отдаленном периоде могут отмечаться (2 варианта)
а) психоорганический синдром
б) уплощение аффекта, амбивалентность
в) сумеречные расстройства
г) дурашливость, гипербулия

24. Посттравматические расстройства личности характеризуются (2 варианта)
а) сенситивностью, эмоциональной лабильностью, слабодушием
б) демонстративностью, театральностью
в) замкнутостью, равнодушием
г) злопамятностью, упрямством, вспыльчивостью

25. Лечение астенического варианта посттравматического психоорганического синдрома включает (2 варианта)
а) ноотропы
б) нормотимики
в) сосудистые препараты
г) нейролептики

26. При эксплозивном варианте посттравматического психоорганического синдрома показано назначение (2 варианта)
а) нейролептиков (перициазин, тиоридазин)

б) бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам)
в) нормотимиков (карбамазепин, вальпроевая кислота)
г) антидепрессантов (флуоксетин)

Ответы к тесту: 1- а, б, г; 2- а, б, г; 3- а, в; 4- в; 5- а, в; 6- а, б, г; 7- б, г; 8- а, г; 9- а, в; 10- а, г; 11- в, г; 12- а, в; 13- б, г; 14- б, г; 15- б, г; 16- а, б; 17- б, в;18- а, г; 19- б, г; 20- б, в; 21- а, в, г; 22- б, г; 23- а, в; 24- а, г; 25- а, в; 26- а, в.

Вопросы для установления соответствия.

4.1. Соответствие клиники психическим расстройствам при ЧМТ

1	депрессии	[1]	патологическое повышение настроение, тахифрения, ускорение темпа речи, повышение двигательной активности, действия непродуктивны
2	мании	[2]	сниженное настроение, тоска, необщительность, брадифрения, двигательная заторможенность, снижение работоспособоности
3	галлюцинаторно-бредовые психозы	[3]	приступы сумеречного, делириозного или онейроидного помрачения сознания с интенсивными вербальными галлюцинациями и бредом

Ответы:
4.1. 1) 2; 2) 1; 3) 3

4. Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

Задача 1. Пациент 52 г., жалуется на утрату трудовых навыков, забывчивость, неспособность найти дорогу домой, резкое снижение памяти на текущие события. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает ГБ, дважды получал ЧМТ. При осмотре: дезориентирован в месте, времени, снижение памяти на текущие события, считает, что завтра ему предстоит жениться. Психолог: выраженное расстройство всех видов памяти, недостаточная целенаправленность, выраженная истощаемость психических процессов. Относительная сохранность процессов обобщения.

1. Назовите синдром, диагноз.
2. Обследование
3.Терапия

Задача 2. Пациентка 57 лет, поступила с жалобами на резкое снижение памяти, усталость, колебания настроения, частые головные боли, иногда сопровождающиеся рвотой. На приеме больная часто не может подобрать нужное слово, считает с ошибками, тремор пальцев рук, в позе Ромберга отклоняется вправо.

1. Назовите синдром, диагноз.
2. Обследование
3. Терапия

Задача 3. Больная 29 лет. Впервые заболела в 17 лет: ухудшилось настроение, появилась вялость, апатия. Перед засыпанием внезапно услышала «голос». «Голос» звучал прямо в голове, отзывался, как «эхо». Не спала ночь, стала ощущать на себе какое-то влияние «как волны», считала, что это влияние исходит от бога, который таким образом наставляет её в жизни. Казалось, что её мысли знают окружающие, понимала это по их выражению лица. Была задумчивой, рассеянной, не сразу понимала смысл вопроса.

1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. План лечения

Рекомендуемая литература:
Основная литература:

1. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с
2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Н.Г. Незнанов Психиатрия: учебник - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 496 с.
2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015
3. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ ред.
5. Ю.С. Шевченко – М.: "Мед. информ. агентство", 2017
6. Козловский В.Л. Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии СПб.: СпецЛит, 2015

Тема 3.3. Неотложная помощь при психических расстройствах.

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психических расстройств), а также формированию умений по оказанию неотложной помощи при различных психических расстройствах.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию различных психических расстройств.
2. Изучить методы диагностики и терапии психических расстройств у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с различными психическими расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств
- методы диагностики психических расстройств, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию психических расстройств
- способы оказания неотложной помощи при психических расстройствах

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств
- проводить дифференциальную диагностику психических расстройств
- назначать терапию психических расстройств
- проводить профилактику психических расстройств

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления основных психических расстройств
- навыками назначения терапии психических расстройств
- навыками проведения профилактики психических расстройств

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний
2. Перечислите способы оказания неотложной помощи при психических заболеваниях

2. Беседа по теме занятия.

Перечень вопросов для собеседования:

1. Терапия шизофрении
2. Терапия аффективных расстройств
3. Терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга
4. Терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
5. Терапия психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
6. Терапия психических расстройств при опухолях головного мозга
7. Терапия психических расстройств при энцефалитах
8. Медикаментозная терапия и психотерапия невротических расстройств
9. Терапия психогенных расстройств (расстройства адаптации и ПТСР)
10. Терапия расстройств личности

3. Практическая работа.

1. Курация больных с различными видами психических расстройств с целью выявления симптомов и синдромов болезни; диагностика с учетом данных, полученных в ходе беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования.
2. Постановка диагноза с учетом сопутствующих синдромов, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.
3. Доклад анамнестических сведений, обсуждение совместно с преподавателем диагноза, дифференциального диагноза, тактики лечения, прогноза.

4. Тестовый контроль:

1. Побочные действия и осложнения при лечении психостимуляторами (сиднокарб, сиднофен) включают все перечисленное, кроме
а) головной боли
б) понижения кровяного давления
в) сухости во рту
г) болей в сердце
д) аллергического зуда

2. Препараты метаболического действия - ноотропы - оказывают на церебрально-органическую недостаточность все следующие воздействия, кроме
а) адаптогенного
б) вазовегетативного
в) антипаркинсонического
г) антидискинетического
д) антибредового

3. Ноотропы могут быть разделены на следующие группы
а) ноотропы - в основе которых ГАМК
б) ноотропы - в основе которых витамины
в) ноотропы - в основе которых аминокислотные препараты
г) на все перечисленные
д) верно а) и б

4. Клинические показания к назначению ноотропов включают
а) травматические поражения головного мозга
б) сосудистые поражения головного мозга
в) инфекционные поражения головного мозга
г) верно а) и в)
д) все перечисленное

5. Препараты метаболического действия - ноотропы - оказывают на церебрально-органическую недостаточность все следующие воздействия, кроме
а) адаптогенного
б) вазовегетативного
в) антипаркинсонического
г) антидискинетического
д) антибредового

6. Ноотропы могут быть разделены на следующие группы
а) ноотропы - в основе которых ГАМК
б) ноотропы - в основе которых витамины
в) ноотропы - в основе которых аминокислотные препараты
г) на все перечисленные
д) верно а) и б

7. Клинические показания к назначению ноотропов включают
а) травматические поражения головного мозга
б) сосудистые поражения головного мозга
в) инфекционные поражения головного мозга
г) верно а) и в)
д) все перечисленное

8. Эффективность купирующей терапии солями лития зависит
а) от "чистоты" маниакального, гипоманиакального синдрома
б) от прогредиентности процесса в целом
в) от степени выраженности изменений личности
г) от всего перечисленного
д) ни от чего из перечисленного

9. Противопоказаниями к терапии солями лития являются
а) болезни почечно-выделительной системы
б) болезни сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения и ритма сердечной деятельности
в) болезни желудочно-кишечного тракта в обострении
г) верно а) и в)
д) все перечисленные

10. Клинические показания к назначению терапии солями лития включают все перечисленное, кроме
а) маниакально-депрессивного психоза
б) ядерной шизофрении
в) шизоаффективных психозов
г) аффективных колебаний при психопатиях
д) эпилепсии

11. Психотерапия неврозов
а) определяется особенностями клинической картины и течения невроза, а также содержанием психотравмирующей ситуации
б) в остром состоянии способствует успокоению, уменьшению внутренней напряженности и тревожных опасений
в) при снижении остроты состояния - внушение, направленное на перестройку нарушенных отношений личности, активизирующая психотерапия
г) верно а) и в)
д) верно все перечисленное

12. Общеукрепляющая терапия предусматривает
а) применение стимуляторов, ноотропов, мягко действующих психоактивирующих препаратов
б) витамины, дробные дозы инсулина

в) физические методы лечения - гидропроцедуры, дарсонвализация, электрофорез, электросон
г) все перечисленное
д) верно а) и в

13. Клинические показания к назначению терапии солями лития включают все перечисленное, кроме
а) маниакально-депрессивного психоза
б) ядерной шизофрении
в) шизоаффективных психозов
г) аффективных колебаний при психопатиях
д) эпилепсии

14. Применением метода рациональной психотерапии у больных алкоголизмом можно
а) уменьшить проявление алкогольной анозогнозии
б) аутоидентифицировать первичное патологическое влечение к алкоголю
в) выработать навыки поведения, препятствующие срыву ремиссии
г) провести ценностную переориентацию
д) все перечисленное верно

15. Седуксен показан при лечении всего перечисленного, кроме
а) интерпретативного бреда
б) тревоги, опасений при навязчивостях
в) гиподинамических проявлений невротических расстройств
г) вегето-сосудистых расстройств невротического генеза

16. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относится
а) клиническая обоснованность назначения препаратов
б) дифференцированный подход к назначению препаратов
в) контроль терапии в динамике
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

17. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся
а) нафенотиазиновые производные с алифатической, пиперидиновой или пиперазиновой боковой цепью
б) набутирофеноны
в) натиоксантены
г) на все перечисленные
д) ни на что из перечисленного

18. Спектр психотропной активности феназепама (бензодиазепиновое производное) включает все перечисленные эффекты, кроме
а) мощного седативного
б) противострахового
в) выраженного миорелаксирующего
г) противосудорожного
д) вегетотропного

Ответы на тестовые задания: 1 – б; 2 – д; 3 – г; 4 – д; 5 – д; 6 – г; 7 – д; 8 – г; 9 – д; 10 – б; 11 – д; 12 – г; 13 – б; 14 – д; 15 – а; 16 – г; 17 – г; 18 – в.

5. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1. Пациент А., 7 лет. Жалобы при поступлении на выраженную задержку психоречевого развития, проблемы в поведении – проявляет агрессию, протестные реакции, кусает, дерётся с родителями.

Коррекции поддаётся с трудом. Реакция на замечания не всегда адекватная.

В течение полугода посещал детский сад, первое время без нарушений поведения. Позже стал проявлять агрессию по отношению к детям - кусаться, царапаться. Задания не выполнял. Свободное время проводит за телевизором, листает журналы. Упрям, настойчив с просьбами, при невыполнении которых кричит, устраивает истерики. Фразовой речи нет, произносит лишь отдельные короткие слова. Любит внимание, ласку, привязан к родным. Навыки самообслуживания на удовлетворительном уровне. В физическом развитии не отстаёт от сверстников. В неврологическом статусе без очаговых поражений ЦНС.

Воспитывается в полной семье, есть младшая сестра (2 года), соматически здорова.

При поступлении моторно неспокоен, места не держится, ходит по кабинету. Коррекции со стороны матери поддаётся с трудом. В контакт вступает неохотно, отвечает на вопросы не сразу. С трудом удалось получить ответ на вопрос, как его зовут, сколько ему лет. Эмоционально лабилен. Внимание неустойчивое, легко отвлекается на посторонние раздражители.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Пациентка 11 лет. Жалобы при поступлении: конфликтна, легко идёт на ссоры, дерётся с детьми. На замечания пререкается, может использовать нецензурную брань. Учебная мотивация слабая. На занятиях отвлекаема, неусидчива. Воспитывается в неблагополучной семье. С 7 лет пошла в ООШ, где проучилась 2 года. С программой не справлялась, не научилась ни писать, ни читать. В данный момент обучается в 3 классе школы-интерната №3 VIII вида. С программой справляется. В характеристике отмечено, что девочка очень активна, импульсивна, легко идёт на контакт. Эмоционально неустойчива. В межличностных отношениях часто агрессивна, склонна к конфликту. Уровень самооценки завышен. Работоспособность невысокая – нужна частая смена деятельности, стимуляция со стороны взрослого. Интересы поверхностные.

При поступлении сознание ясное, держится свободно. Охотно рассказывает об обстановке в семье, в интернате. Обвиняет других детей в конфликтах. Улыбается при разговорах о поведении. Запас знаний снижен. Учебные навыки на низком уровне. Мышление конкретное, суждения примитивные. Критика недостаточная.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Терапия шизофрении
2. Терапия аффективных расстройств
3. Терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга
4. Терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
5. Терапия психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
6. Терапия психических расстройств при опухолях головного мозга
7. Терапия психических расстройств при энцефалитах
8. Медикаментозная терапия и психотерапия невротических расстройств
9. Терапия психогенных расстройств (расстройства адаптации и ПТСР)
10. Терапия расстройств личности

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме
а) производных пропандиола (меробамат)
б) производных триметоксибензойной кислоты (триоксазин)
в) дифенилметана (амизил)
г) ингибиторов моноаминоксидазы
д) производных бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам и др.)

2. Нормотимики включают все перечисленные соли лития, кроме
а) карбоната лития
б) сульфата лития
в) ацетата лития
г) оксибутирата лития

д) финлепсина

3. Антидепрессанты включают
а) трициклические (соединения) антидепрессанты
б) четырехциклические антидепрессанты
в) ингибиторы моноаминоксидазы
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

4. Психостимуляторы включают
а) амфетамины
б) производные дифенилметана (пиридрол, меридил)
в) сиднонимины (сиднокарб, сиднофен)
г) все перечисленное
д) верно а) и в

5. В основе классификации психотропных средств положен принцип
а) химической структуры препаратов
б) фармакологического механизма действия препаратов
в) эмпирической группировки психотропных препаратов в зависимости от характера их клинического воздействия
г) биохимический
д) клинико-психологический

6. Собственно психотропное действие препаратов включает разнообразные психопатологические нарушения, а именно
а) повышенную активность, стремление к деятельности
б) оживление мимики, моторики
в) эти расстройства возникают у больных и здоровых лиц, принимающих психотропные препараты
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного

7. Спектр психотропной активности аминазина включает
а) седативное действие (способность купировать разные виды возбуждения)
б) общее антипсихотическое действие
а) элективное антипсихотическое действие
г) антигаллюцинаторное действие
д) верно а) и б

8. Тизерцин более эффективен
а) при онейроидно-кататоническом возбуждении
б) при тревожно-депрессивном возбуждении
в) придепрессивно-параноидном возбуждении
г) при маниакальном возбуждении
д) при всем перечисленном

9. Спектр психотропной активности трифтазина выражается всем перечисленным, кроме
а) стимулирующего энергизирующего эффекта
б) седативного эффекта
в) глобарного антипсихотического действия
г) элективного действия на бредовую симптоматику
д) элективного действия на галлюцинаторную симптоматику

10. Спектр психотропной активности лепонекса (клозепина) включает все перечисленное, кроме
а) гипнотического эффекта
б) действия на негативную симптоматику
в) седативного эффекта
г) высокого антипсихотического эффекта

д) действия на прогредиентность процесса в целом

11. Спектр психотропной активности галоперидола включает все перечисленное, кроме
а) седативного эффекта
б) антипсихотического (антигаллюцинаторного, антибредового) эффекта
в) антиманиакального эффекта
г) активирующего эффекта
д) тимоаналептического эффекта

12. К особенностям общей характеристики нейролептиков-пролонгов относятся
а) изменение суточных доз препарата
б) освобождение больного от многократных приемов препарата
в) усовершенствование организации лечебного процесса
г) верно б) и в)
д) все перечисленное

13. В детской психиатрической практике анафранил адресуется к депрессиям
а) психотического уровня
б) невротического уровня
в) зависит от доз

14. Стимулирующие антидепрессанты допустимо назначать детям на ночь
а) при эндогенной депрессии
б) при реактивном состоянии
в) при энурезе
г) при всем перечисленном

15. Из шоковых методов терапии разрешено применять в детской психиатрии
а) инсулиновую кому
б) инсулиновую прекому
в) ЭСТ
г) атропиновую кому

16. Инсулиновые прекомы применяют больным детям в возрасте
а) старше 5 лет
б) старше 10 лет
в) старше 14 лет
г) старше 16 лет
д) не разрешено до 18 лет

17. Электросудорожную терапию разрешено применять больным детям в возрасте
а) старше 5 лет
б) старше 10 лет
в) старше 14 лет
г) старше 16 лет
д) не разрешено до 18 лет

Ответы на тестовые задания:
1 – г; 2 – д; 3 – г; 4 – г; 5 – в; 6 – г; 7 – д; 8 – д; 9 – б; 10 – б; 11 – а; 12 – д; 13 – а; 14 – в; 15 – б; 16 – б; 17 - г

Вопросы для установления соответствия.

4.1. Подберите соответствия:

1	простая шизофрения	[1]	растормаживание всей инстинктивной деятельности
2	кататоническая шизоферния	[2]	преобладание бредово-галлюцинаторной симптоматики

3	параноидная шизофрения	[3]	преобладание негативных расстройств
		[4]	ступор с повышением мышечного тонуса или хаотическое возбуждение

4.2. Соответствие клиники психическим расстройствам при ЧМТ

1	депрессии	[1]	патологическое повышение настроение, тахифрения, ускорение темпа речи, повышение двигательной активности, действия непродуктивны
2	мании	[2]	сниженное настроение, тоска, необщительность, брадифрения, двигательная заторможенность, снижение работоспособоности
3	галюцинаторно-бредовые психозы	[3]	приступы сумеречного, делириозного или онейроидного помрачения сознания с интенсивными вербальными галлюцинациями и бредом

Ответы:
4.1. 1) 3; 2) 4; 3) 2
4.2. 1) 2; 2) 1; 3) 3

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

- Больная К., 42 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. Закончила 10 классов средней школы, классы не дублировала. После окончания школы работала продавцом, кассиром. Замужем с 22 лет, от брака имеет дочь 20 лет. В возрасте 29 лет перенесла ЗЧМТ с потерей сознания, лечилась стационарно. С 20 лет употребляет спиртное, сформирован абстинентный синдром, ранее отмечались запои. В последние 3 года не работает, т.к., со слов больной, стала сильно уставать, с работой не справлялась. Алкоголь употребляет эпизодически, запои отрицает. В возрасте 40 лет была госпитализирована в больницу в связи с галлюцинаторно-бредовым синдромом: внезапно появились «голоса», звучащие в голове, приказного характера, была тревожна, напряжена, настроение снижено. Под воздействием галлюцинаций пыталась убить свою собаку, было ощущение, что в голове «компьютер, который указывает, что надо делать». В стационаре свое состояние диссимулировала, в результате чего была выписана через 5 дней. После выписки проживала дома, по-прежнему не работала, периодически слышала «голоса» приказного характера внутри головы, была астенизирована, вялая, настроение снижено, дома бездеятельна. В связи с галлюцинациями обратилась к психиатрам, была вновь госпитализирована в больницу, лечилась в течение 40 дней. После выписки дома сохранялось сниженное настроение, апатия. Последняя госпитализация связана с суицидальной попыткой на фоне сниженного настроения (медикаментозное отравление азалептином). На момент госпитализации больная находилась в коме, которая продолжалась в течение 3 суток. На 50-й день с момента поступления при беседе эмоционально лабильна, слезлива. На вопросы отвечает правильно. Бреда, обманов восприятия выявить не удается. Не всегда понимает смысл задаваемых вопросов, переспрашивает. Настроение снижено. Свою суицидальную попытку своей неустроенностью в жизни. Жалуется на слабость. В поведении упорядочена.

  При экспериментально-психологическом исследовании выявляется утомляемость, склонность к конкретности мышления, незначительное снижение кратковременной и долговременной памяти, неустойчивое внимание, легкое снижение интеллекта.

  Контрольные вопросы

  - Определите симптомы, синдромы.
  - Составьте план обследования
  - Поставьте предварительный диагноз, дифференциальный диагноз.
  - Назначьте лечение.

- Больная М., 35 лет. Анамнез: родилась от тяжелой беременности с токсикозом. Отец по характеру был злобен, драчлив, часто привлекался к уголовной ответственности, закончил жизнь самоубийством. В раннем детском возрасте часто плакала, была пугливой, отмечалось ночное недержание

мочи. В возрасте 7-8 лет начала убегать из дома, стала агрессивной, вспыльчивой. Защищая себя, могла кинуть в обидчиков чем попало, обругать. В возрасте 12-13 лет почти все время проводила на улице, нецензурно бранилась, была вспыльчива, не сдержанна, кричала, дралась, перестала посещать школу. В 15-17-летнем возрасте стремилась представить себя в лучшем свете, рассказывала о себе, как о несчастной, всеми обижаемой, непризнанной. Стала воровать, несколько раз привлекалась к уголовной ответственности. После окончания школы устроилась продавщицей, но работу часто меняла, более 4-5 месяцев не удерживалась из-за частых конфликтов или воровства. Однажды, после обнаружения пропажи вещей, закричала: «Как вы можете принимать меня за воровку?». В это же время почувствовала, как комок подкатился к горлу, ноги стали как ватные, «потеряла сознание». В дальнейшем, после конфликтов чувствовала, как у нее пропадает голос, ноги от волнения подкашивались. Дважды выходила замуж, однако, дома были частные конфликты, драки. Развод объясняла тем, что ей изменяли, оскорбляли, били.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакту доступна. Бреда, обманов восприятия нет. Мышление логическое. Настроение неустойчивое, раздражительна. Рассказывая о себе, пытается найти оправдание своим поступкам, обвиняет окружающих в том, что ее не понимают, «доводят». Во время беседы периодически жалуется на головные боли, переходит на шепотную речь: «от волнения». Память, интеллект в пределах нормы. В поведении спокойна.

Контрольные вопросы

- Определите симптомы, синдромы.
- Составьте план обследования
- Поставьте предварительный диагноз, дифференциальный диагноз.
- Назначьте лечение

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с
2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. О-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. – М. : «ГЭОТАР-Медиа», 2014. – 1000 с. + эл. Опт. Диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Н.Г. Незнанов Психиатрия: учебник - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 496 с.
2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций – М.: «МЕДпресс-информ», 2015
3. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ ред.
Ю.С. Шевченко – М.: «Мед. информ. Агентство», 2017
5. Козловский В.Л. Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии СПб.: СпецЛит, 2015
6.Шамрей В.К. Психиатрия войн и катастроф: руководство СПб.: СпецЛит, 2015

Практические занятия

Раздел 3. Частная психиатрия

Тема 3.1. Шизофрения

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика шизофрении), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при шизофрении

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию шизофрении.
2. Изучить методы диагностики и терапии шизофрении у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с шизофренией, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:
базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы шизофрении и методы их выявления
2) После изучения темы:
- клинику шизофрении
- методы диагностики шизофрении, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию шизофрении

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы шизофрении
- проводить дифференциальную диагностику шизофрении
- назначать терапию шизофрении
- проводить профилактику шизофрении

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления шизофрении
- навыками назначения терапии шизофрении
- навыками проведения профилактики шизофрении

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия
    1. Определение шизофрении. Основные теории этиопатогенеза.
    2. Облигатные и факультативные симптомы шизофрении.
    3. Формы шизофрении, характеристика.
    4. Характеристика непрерывного прогредиентного типа течения.
    5. Характеристика приступообразно-прогредиентного типа течения шизофрении.
    6. Рекуррентная шизофрения.
    7. Понятие ремиссии.
    8. Особенности шизофрении у детей и подростков.
    9. Понятие дефекта и слабоумия при шизофрении.
    10. Дифференциальный диагноз шизофрении.
    11. Терапия больных шизофренией.
    12. Особенности трудовой, судебной экспертизы при шизофрении.
    13. Внебольничная помощь в лечении шизофрении.
    14. Особенности выполнения диагностических экспериментально-психологических методик при шизофрении.

2. Практическая работа.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психотерапевтической и психологической реабилитации.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы.

- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1. Пациентка Т., 29 лет. В родах отмечалась асфиксия, в раннем детстве явления атопического дерматита. По характеру была малообщительна, близких друзей не имела, отмечалась повышенной чувствительностью и ранимостью. Заболевание манифестировало в возрасте 23 лет. Первые 2 приступа имели типичную депрессивно-параноидную структуру, особенностью которых являлись длительно сохраняющиеся субдепрессивные расстройства с идеями отношения. Структура ремиссий характеризовалась относительно высокой личностной сохранностью и социальной адаптацией.

Ухудшение состояния за 2 недели до госпитализации: стала вялой, рассеянной, считала, что на работе к ней изменилось отношение. В дальнейшем появились идеи самообвинения, говорила, что будет мучиться всю жизнь, не хотела никого видеть. Накануне госпитализации развилось выраженное возбуждение: не отвечала на вопросы, была растеряна, что-то бессвязно кричала, рыдала. При поступлении оказывала сопротивление персоналу, выплевывала пищу и препараты, иногда громко кричала, внезапно падала на пол, билась об него телом. Характер переживаний не выявлялся, речь была отрывочной, бессвязной, со страхом оглядывалась вокруг. Больной был назначен тизерцин 50 мг, трифлуперазин 15 мг. На следующий день больная на вопросы не отвечала, оказывала сопротивление процедурам, тонус мышц был повышен по пластическому типу. С этого дня отмечалось ухудшение соматического состояния: появилась температура до 38 градусов с неправильным характером температурной кривой, тахикардия до 140 ударов в минуту, сухость и бледность кожных покровов, гиперемия, сальность лица, колебания АД. Данных за соматическую причину повышения температуры не было. В последующие 3 дня состояние больной продолжало ухудшаться, нарастали признаки токсикоза. Большую часть времени больная находилась в постели с отрешенным взглядом. Периодически становилась возбужденной, что-то бессвязно кричала, возбуждение было стереотипным и ограничивалась пределами постели. Несколько раз становилась относительно доступной, сказала, что внутри головы слышит «голоса» неприятного содержания.

Алгоритм решения.

1. Синдромы: парноидный, кататонический, онейроидный
2. Диагноз: шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение. Фебрильный приступ тяжелой степени.

Диагноз поставлен на основании:

- чрезвычайной остроты и быстроты симптоматики в развитии последнего приступа. В течение нескольких дней резчайшее кататоническое возбуждение сменяется кататоническим ступором с развитием онейроидного помрачения сознания. Ухудшение психического состояния коррелирует с утяжелением соматического статуса. Появление температурной кривой неправильного характера с фебрильными цифрами, неустойчивость АД, вегетативные расстройства, отсутствие соматических причин повышения температуры позволяют говорить о фебрильном приступе шизофрении тяжелой степени.

- особенностей заболевания в целом (достаточно четко очерченные приступы депрессивно-параноидной структуры, высокий уровень социальной адаптации и минимальная выраженность изменений личности) позволяют говорить о приступообразном течении параноидной шизофрении. В преморбидном периоде обращает на себя внимание отягощенность экзогенно-органическими факторами (асфиксия в родах), неблагополучный аллергический анамнез (атопический дерматит в детстве).

3. Тактика терапии

1) Госпитализация в отделение интенсивной терапии.
2) Решение вопроса о возможности проведения электросудорожной терапии.
3) Ликвидация гиповолемии и коррекция кислотно-основного состояния (в зависимости от лабораторных показателей). Объем вводимых жидкостей от 3 до 7 литров в сутки.
4) Устранение гипертермии.
5) Профилактика отека мозга (маннитол, лазикс, сульфат магнезии в/в).
6) Использование больших доз ноотропов (р-р 20% мексидол – 2 раза в сутки).
7) Коррекция вегетативных нарушений (транквилизаторы с вегетостабилизирующим действием (0,5% седуксен до 8 мл – суточная доза)).
8) Профилактика вторичных инфекций (антибиотики)
9) После стабилизации тяжелого состояния синдромальное поддерживающее лечение нейролептиками (рисперидон, оланзапин).

Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, противорецидивная терапия нейролептиками (рисперидон, оланзапин), неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффек-

тов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация. При наличии выраженной социальной дезадаптации направление на МСЭ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Пациент 36 лет, доставлен по линии скорой помощи. На приеме: считает, что соседи воздействуют на него датчиками, управляют его действиями и мыслями, все его мысли известны окружающим, слышит внутри головы мужские голоса, которые руководят им.

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика
3. Терапия, реабилитационные мероприятия

4. Задания для групповой работы:

курация пациентов, проведение клинического осмотра, сбор жалоб, анамнеза, психодиагностика, выделение психопатологических симптомов и синдромов, назначение психофармакотерапии, определение тактики психотерапевтической и психологической реабилитации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определение шизофрении. Основные теории этиопатогенеза.
2. Облигатные и факультативные симптомы шизофрении.
3. Формы шизофрении, характеристика.
4. Характеристика непрерывного прогредиентного типа течения.
5. Характеристика приступообразно-прогредиентного типа течения шизофрении.
6. Рекуррентная шизофрения.
7. Понятие ремиссии.
8. Особенности шизофрении у детей и подростков.
9. Понятие дефекта и слабоумия при шизофрении.
10. Дифференциальный диагноз шизофрении.
11. Терапия больных шизофренией.
12. Особенности трудовой, судебной экспертизы при шизофрении.
13. Внебольничная помощь в лечении шизофрении.
14. Особенности выполнения диагностических экспериментально-психологических методик при шизофрении.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Для шизофрении характерны (3 варианта)
   а) неврозоподобные расстройства
   б) выраженные расстройства памяти
   в) бредовые расстройства
   г) галлюцинаторно-бредовые расстройства
2. Для инициальной стадии злокачественной шизофрении характерно (3 варианта)
   а) падение психической продуктивности
   б) нарастание эмоциональных изменений
   в) явления искаженного пубертатного криза
   г) выраженные амнестические расстройства
3. На какие три группы подразделяются характерные для шизофрении синдромы (3 варианта)
   а) когнитивные
   б) сложные
   в) позитивные
   г) негативные
4. Что характерно для эмоциональных изменений при шизофрении (3 варианта)
   а) слабодушие
   б) эмоциональная тупость

в) эмоциональная неадекватность
г) амбивалентность

5. К основным типам течения шизофрении относятся (3 варианта)
   а) непрерывно-прогредиентная
   б) приступообразно-прогредиентная
   в) непрогредиентная
   г) рекуррентная
6. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является (3 варианта)
   а) эмоциональное обеднение
   б) нарастающая интравертированность
   в) утрата единства психических процессов
   г) снижение памяти
7. Для мышления больных шизофренией характерно (2 варианта)
   а) замедление ассоциативного процесса
   б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
   в) паралогичность
   г) обстоятельность
8. Для непрерывно текущих форм параноидной шизофрении характерны следующие синдромы (3 варианта)
   а) бредовых
   б) галлюцинаторных
   в) дисмнестических
   г) Кандинского-Клерамбо
9. Для злокачественной шизофрении характерно (3 варианта)
   а) тяжесть конечных состояний
   б) начало болезни с бредовой симптоматики
   в) начало болезни с негативной симптоматики
   г) быстрота наступления конечного состояния с момента манифестации психоза
10. Обязательными для шизофрении являются синдромы (2 варианта)
    а) обманов восприятия
    б) аутизма
    в) нарушений мышления
    г) бредовых расстройств
11. Обязательными для шизофрении являются синдромы (2 варианта)
    а) кататонический
    б) редукции энергетического потенциала
    в) аутизма
    г) галлюцинаторный
12. Обязательными для шизофрении являются синдромы (2 варианта)
    а) аффективный
    б) нарушений мышления
    в) эмоциональной дефицитарности
    г) кататонический
13. Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерные для шизофрении (2 варианта)
    а) эйфория
    б) эмоциональная неадекватность
    в) эмоциональная амбивалентность
    г) благодушие
14. Виды дефектов при шизофрении (3 варианта)
    а) простой
    б) апатоабулический
    в) параноидный
    г) психопатоподобный

Ответы к тесту: 1- а, в, г; 2- а, б, в; 3- а, в, г; 4- б, в, г; 5- а, б, г; 6- а, б, в; 7- б, в; 8- а, б, г; 9- а, в, г; 10- б, в; 11- б, в;12- б, в;13- б, в; 14- б, в, г.

4) Решить ситуационные задачи

Задача 1. Пациент 16 лет, последние месяцы перестал посещать школу, стал безразличным к близким, уединяется. Состояние внезапно изменилось: возбужден, совершает хаотичные, стереотипные движения, стремится ударить окружающих, на обращенную речь не реагирует, повторяет услышанные слова, застывает на непродолжительное время.

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика
3. Терапия, реабилитационные мероприятия

Задача 2. Пациент, 17 лет, болен психически с детства. Заболевание развивалось постепенно. Клиника характеризовалась нелепым поведением: вместо брюк одевал на ноги рубашку, спал под кроватью, в дверь заходил спиной, был враждебен к матери. Неоднократно лечился в больнице с незначительным улучшением. Настоящий статус: гримасничает, сидит спиной к врачу, кривляется, представился как «кусочек мыла, заряженный в фотоаппарат».

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика
3. Терапия, реабилитационные мероприятия

5. Практическая работа.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психотерапевтической и психологической реабилитации.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с
2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия : клин. рекомендации / ред. Н. Г. Незнанов. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 512 с. - (Сер. "Клинические рекомендации")

2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015

3. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

4. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ ред.

Ю.С. Шевченко – М.: "Мед. информ. агентство", 2017

5. Козловский В.Л. Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии СПб.: СпецЛит, 2015

Тема 3.2. Аффективные расстройства. Основы суицидологии.

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика аффективных расстройств), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при аффективных расстройствах.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию аффективных расстройств.
2. Изучить методы диагностики и терапии аффективных расстройств у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

3. Обучить практическим методам обследования пациентов с аффективными расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.
4. Рассмотреть понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
5. Изучить методы выявления суицидальной настроенности.
6. Обучить неотложной помощи при суицидальных тенденциях.

Обучающийся должен знать:
1) До изучения темы:
базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств и методы их выявления
2) После изучения темы:
- клинику психических расстройств
- методы диагностики психических расстройств, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию психических расстройств

Обучающийся должен уметь:
- выявлять основные симптомы и синдромы аффективных расстройств
- проводить дифференциальную диагностику аффективных расстройств
- назначать терапию аффективных расстройств
- проводить профилактику аффективных расстройств

Обучающийся должен владеть:
- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления аффективных расстройств
- навыками назначения терапии аффективных х расстройств
- навыками проведения профилактики аффективных расстройств

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия
   1. Терапия аффективных расстройств
   2. Методы выявления суицидальной настроенности
   3. Неотложная помощь при суицидальных тенденциях

2. Беседа по теме занятия.
   Перечень вопросов для собеседования:
   1. Терапия и профилактика аффективных расстройств в зависимости от клинического варианта.
   2. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
   3. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
   4. Методы выявления суицидальной настроенности.
   5. Неотложная помощь при суицидальных тенденциях.

3. Практическая работа.
   1. Курация больных с различными видами аффективных расстройств с целью выявления симптомов и синдромов болезни; диагностика с учетом данных, полученных в ходе беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования.
   2. Постановка диагноза с учетом сопутствующих синдромов, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.
   3. Доклад анамнестических сведений, обсуждение совместно с преподавателем диагноза, дифференциального диагноза, тактики лечения, прогноза.

4. Тестовые задания:

1. Раннее пробуждение и отсутствие чувства сна – типичное проявление
   а. депрессии
   б. астенического синдрома
   в. нарколепсии

г. делирия

2. Боли за грудиной часто возникают при
   а. мании
   б. депрессии
   в. неврастении
   г. эпилепсии
3. Электросудорожная терапия эффективна для больных с
   а. манией
   б. деменцией
   в. депрессией
   г. эпилепсией
4. На первый план в клиническом состоянии больных с «маскированными депрессиями» выходит
   а. сомато-вегетативные функциональные расстройства
   б. нарушения мимики и пантомимики
   в. пониженное настроение
   г. интеллектуально-мнестические нарушения
5. Основными признаками мании являются
   а. повышенное настроение
   б. повышенное настроение и двигательное возбуждение
   в. повышенное настроение и ускорение идеаторных процессов
   г. повышенное настроение, ускорение идеаторных процессов, повышенная двигательная активность
6. Периодическое возникновение только депрессивных состояний характерно для
   а. биполярного аффективного расстройства
   б. рекуррентного депрессивного расстройства
   в. дистимии
   г. циклотимии
7. Основанием для определения депрессии как вторичной является
   а. появление депрессии в связи с каким-либо другим психическим или соматическим заболеванием
   б. наличие депрессии у кого-либо из родственников
   в. наличие указаний в анамнезе на предшествующие депрессивные состояния
   г. наличие указаний в анамнезе на предшествующие маниакальные состояния
8. Характерным симптомом астенической депрессии является
   а. нарушения со стороны двигательной сферы
   б. измененность восприятия окружающего
   в. чувство общей соматической слабости и необъяснимой усталости
   г. чувство бессилия и безволия
9. Характерным симптомом ипохондрической депрессии является
   а. наличие чувства тревоги в связи с состоянием своего здоровья
   б. нарушения памяти и внимания
   в. чувство повышенной утомляемости
   г. наличие чувства необъяснимой тревоги
10. Основную угрозу жизни больного при депрессивных состояниях представляют
   а. резкое снижение аппетита, приводящее к развитию кахексии
   б. упорные нарушения сна
   в. сниженные самооценка и чувство уверенности в себе
   г. суицидальные мысли, тенденции, попытки
11. Больные в депрессивном состоянии суицидальные попытки чаще совершают
   а. в течение дня
   б. в ранние утренние часы
   в. вечером
   г. ночью

12. Максимальная выраженность депрессии у больных отмечается
    а. в ранние утренние часы
    б. вечером
    в. ночью
    г. в течение дня
13. Ощущение тоски депрессивными больными как физической тяжести за грудиной называется
    а. ангедония
    б. атипичная депрессия
    в. маскированная депрессия
    г. предсердечная тоска
14. Хроническое заболевание с частой сменой неглубоких по выраженности аффективных фаз называется
    а. гипотимия
    б. дистимия
    в. циклотимия
    г. маниакально-депрессивный психоз

Ответы к тесту: 1 – а; 2 – б; 3 - в; 4 - а; 5 - г; 6 - б; 7 - а; 8 - в; 9 - а; 10 - г; 11 - б; 12 – а; 13 – г; 14 – в.

5. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная О., 43 года, сама обратилась к психиатру. Она вошла в кабинет и присела на краешек стула подальше от стола. Выражение лица скорбное, над верхним веком складка. Говорит она, опустив голову, смотрит на руки, которыми перебирает краешек платья. При беседе позы она не меняет, лишь иногда тоскливо смотрит в окно. Жалуется на плохое настроение в течение 3 недель, отсутствие интереса к повседневным делам, нежелание жить. Она уже пробовала покончить с собой, и эти мысли до сих пор ее не покидают. Речь больной замедлена, столь же замедлена и моторика. Она, указывая на область сердца, говорит, что у "нее на груди камень, что она совсем не спит и не ест, и от этого страдают ее дети; наверное, чтобы они со мной не мучились, лучше себя убить". Жалуется она также на запоры, сухость слизистых. Обнаружен мидриаз и тахикардия.

1. Гипотимия, брадикинезия, брадифрения, апатия, суицидальные мысли поступки, сенестопатии (кардиалгии), нарушения сна (бессонница), снижение пищевого влечения, Триада Протопопова (тахикардия, мидриаз, запоры), складка Верагута
2. Депрессивный синдром (гипотимия, брадикинезия, брадифрения). Депрессивный эпизод тяжелый
3. Стационарное лечение. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин)

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больной И., 20 лет, учится в техникуме. Со слов родственников в последние 2-3 года «стал совершенно другим»: не общается даже с самыми близкими друзьями, учеба дается все с большим трудом, практически все время проводит в своей комнате, ничем не занимаясь, бесцельно листает учебники, просто сидит или лежит. Значительно уменьшился словарный запас, общается односложно, бывает, что вообще не может ответить на вопрос по существу. Иногда использует понятные только ему выражения, например, однажды назвал малолитражный автомобиль «машиноциклом», громко включенный телевизор – «телешумом». Временами использует специфические жесты там, где можно было бы употребить слова, так, не найдя приготовленной еды, стал демонстрировать в гостиной пустую тарелку и ложку. Обнаруживает черты негативизма, делая противоположное тому, о чем его просят. Перестал понимать переносный смысл, реагирует только на буквально сформулированные выражения. Эмоционально оскудел, практически перестал не только смеяться, но даже не улыбается. Эгоцентричен, проблемы родных совершенно не вызывают сочувствия. Бывает, что временами к чему-то прислушивается, становится напряжен, тревожен, испуган, но эти состояния

довольно быстро проходят. Похудел из-за того, что часто отказывается даже от любимой пищи. Говорит, что чувствует себя нормально, категорически отказывается идти на прием к врачу

Вопросы:

1. Назовите психопатологические синдромы.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Тактика и лечение.

Задача 2

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинит ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопросы:

1. Назовите психопатологические синдромы.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Тактика и лечение.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Аффективные расстройства, этиопатогенез.
2. Типы течения аффективных расстройств.
3. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
4. Реккурентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Стадии депрессивной фазы.
5. Варианты типичных депрессий.
6. Дать характеристику атипичных депрессий.
7. Монополярное течение маниакальных эпизодов. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.
8. Терапия и профилактика аффективных расстройств в зависимости от клинического варианта.
9. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
10. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
11. Методы выявления суицидальной настроенности.
12. Неотложная помощь при суицидальных тенденциях.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Важнейшим диагностическим признаком биполярного аффективного расстройства считается наличие
   а. интермиссий
   б. хронической депрессии
   в. приступов мании
   г. хронической мании
2. Монополярная депрессия чаще встречается
   а. у мужчин
   б. у женщин
   в. примерно одинаково часто у мужчин и женщин
   г. у детей
3. В генезе МДП наиболее заметную роль играют
   а. генетические факторы
   б. эмоциональные стрессы

в. злоупотребление ПАВ
г. травмы головы

4. Для больных МДП характерно
а. эгоцентризм и эмоциональная ригидность
б. рассеянность и снижение внимания
в. подверженность биологическим ритмам
г. повышенный интерес к философии и религии

5. Типичным соматическим проявлением мании является
а. тремор
б. сердцебиение и непереносимость жары
в. потливость
г. повышение аппетита и нарушение сна

6. В преобладающем большинстве случаев биполярный аффективный психоз начинается в возрасте
а. 16-25 лет
б. 26-35 лет
в. 36-45 лет
г. старше 45 лет

7. Исходом биполярного аффективного расстройства является
а. полное выздоровление
б. интермиссия без негативной симптоматики
в. формирование дефекта личности
г. частая смена аффективных фаз

8. Аффективные психозы несколько чаще развиваются у пациентов
а. с астеническим телосложением
б. физически тренированных
в. склонных к полноте
г. соматически ослабленных

9. Важнейшим механизмом развития депрессии считается нарушение баланса
а. норадреналина и серотонина
б. ГАМК и глутамата
в. дофамина и ацетилхолина
г. гистамина и пролактина

10. Психомоторное возбуждение, связанное с повышенным настроением, называется
а. тревожное
б. кататоническое
в. депрессивное
г. маниакальное

11. Состояние приподнятого настроения с оптимизмом, чувством безграничной радости и веселости, ускоренным темпом мышления называется
а. гипотимия
б. гипертимия
в. патологический аффект
г. недержание аффекта

12. Гипертимия – это
а. физиологический аффект
б. патологический аффект
в. маниакальный аффект
г. депрессивный аффект

13. Гипотимия – это
а. депрессивный аффект
б. маниакальный аффект
в. патологический аффект
г. неадекватный аффект

14. Вариантом простой депрессии является депрессия
а. сенестопатическая
б. с бредом самообвинения
в. с явлениями навязчивости

г. ипохондрическая

15. Для гипомании характерны
   а. расторможенность
   б. идеи величия
   в. идеи любовного очарования
   г. повышенная энергичность и активность

16. Средства, регулирующие аффективные проявления и обладающие профилактическим действием при фазнопротекающих аффективных психозах, называются
   а. нормотимики
   б. нейролептики
   в. антидепрессанты
   г. транквилизаторы

Ответы к тесту: 1 – а; 2 – б; 3 - а; 4 - в; 5 - г; 6 - а; 7 - б; 8 - в; 9 - а; 10 - г; 11 - б; 12 – в; 13 – а; 14 – б; 15 – г; 16 – а.

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

Задача 1. Больная Т., 40 лет. Последние 10 лет подвержена переменам фаз настроения. Переживает тяжелую депрессию, практически не встает с постели, не занимается домашними делами, ничего не читает, говорит о бессмысленности жизни, несколько раз совершала суицидальные попытки. Такое состояние длится от 1 до 3-х мес., в зависимости от лечения, и затем плавно сменяется выраженной гипертимией, суетливостью, восторженными, радостными переживаниями, сексуальной гиперактивностью. Больная начинает мало спать, пишет стихи, рисует, задумывает в квартире ремонт, пытается устроиться сразу на несколько работ, но ничего не доводит до конца, устремляясь к новым неосуществимым целям. Через несколько месяцев это состояние вновь переходит в депрессию и т.д. В случае адекватного и своевременного стационарного лечения часто удается сохранить ровный фон настроения и добиться более адекватного поведения, но при переводе на амбулаторный режим болезненные проявления обычно возвращаются в прежнем виде.

1. Ведущий синдром.
2. Предварительный диагноз.
3. Диагностика
4. Терапия

Задача 2. Больная 54 лет, домашняя хозяйка. Последние 7 мес. постепенно нарастает тоска, страх. Все труднее становилось выполнять работу, пропал аппетит. Бывали мысли о самоубийстве. У больной тоскливое, напряженное выражение лица, испытывает страх и тревогу за семью. Опасается, что с нею и с ее родными может случиться что-то, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заниматься, все "валится из рук", ни к чему нет интереса, все потеряло смысл. У сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т.к. она не может работать в таком состоянии, не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они скрывают от нее неизлечимую болезнь. Суетлива, временами возбуждение нарастает, ломает руки, мечется по палате.

1. Ведущий синдром.
2. Предварительный диагноз.
3. Диагностика
4. Терапия

Задача 3. Больной Б., 42 лет, инженер. Раннее развитие без особенностей, перенес ряд детских инфекций. Отец – властный человек с эпилептоидными чертами характера. Мать добрая, безвольная, полностью подчиненная отцу. Окончил среднюю школу и институт. Учился всегда хорошо. После окончания института до начала заболевания успешно работал на административных должностях. Все началось в связи со служебной неприятностью, повлекшей понижение по службе. С этого времени у больного отмечались пониженное настроение, нарушение сна, тревога, лиссофобия. После смерти старшего брата и семейных неурядиц присоединились жалобы на боли в эпигастрии, в правом подреберье, по ходу толстого кишечника. Постоянное лечение в соматических стационарах вызывало еще большее усиление тревоги, ухудшение сна, возникновение мыслей о безнадежности своего состояния. Стало трудно справляться с работой. Пси-

хическое состояние: больной тревожен, несколько напряжен, выражение лица временами тоскливое. Сомневается в возможности излечения. Не верит в свои силы, высказывает болезненные переживания по поводу своей несостоятельности. Сон только со снотворным и транквилизаторами. В отделении отмечены выраженное улучшение настроения, особенно к вечеру, после приема курса антидепрессантов.
Вопросы:

1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. План лечения

5. Задания для групповой работы:

курация пациентов, проведение клинического осмотра, сбор жалоб, анамнеза, психодиагностика, выделение психопатологических симптомов и синдромов, назначение психофармакотерапии, определение тактики психотерапевтической и психологической реабилитации.

6. Практическая работа.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психотерапевтической и психологической реабилитации.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с
2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия : клин. рекомендации / ред. Н. Г. Незнанов. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 512 с. - (Сер. "Клинические рекомендации")
2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015
3. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ ред. Ю.С. Шевченко – М.: "Мед. информ. агентство", 2017
5. Козловский В.Л. Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии СПб.: СпецЛит, 2015
6. Шамрей В.К. Психиатрия войн и катастроф: руководство СПб.: СпецЛит, 2015

Тема 3.3. Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (атрофические процессы головного мозга, черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, опухоли головного мозга, энцефалиты).

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психических расстройств), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных психических расстройствах.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию психических расстройств при органических поражениях головного мозга.
2. Изучить методы диагностики и терапии психических расстройств при органических поражениях головного мозга у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с психическими расстройствами при орга-

нических поражениях головного мозга, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств при органических поражениях головного мозга и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- методы диагностики психических расстройств при органических поражениях головного мозга, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию психических расстройств при органических поражениях головного мозга

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- проводить дифференциальную диагностику психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- назначать терапию психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- проводить профилактику психических расстройств при органических поражениях головного мозга

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- навыками назначения терапии психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- навыками проведения профилактики психических расстройств при органических поражениях головного мозга

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний
2. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
5. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при опухолях головного мозга
6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при энцефалитах
7. Медикаментозная терапия и психотерапия психических расстройств при органических поражениях головного мозга

2. Беседа по теме занятия.

Перечень вопросов для собеседования:

1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний
2. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
5. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при опухолях головного мозга
6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при энцефалитах
7. Медикаментозная терапия и психотерапия психических расстройств при органических поражениях головного мозга

3. Практическая работа.

1. Курация больных с различными видами психических расстройств с целью выявления симптомов и синдромов болезни; диагностика с учетом данных, полученных в ходе беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования.

2. Постановка диагноза с учетом сопутствующих синдромов, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.

3. Доклад анамнестических сведений, обсуждение совместно с преподавателем диагноза, дифференциального диагноза, тактики лечения, прогноза.

4. Тестовый контроль:

1. В начальном периоде атеросклероза наблюдается
а) головные боли
б) утомляемость
в) раздражительность
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

2. Для сосудистого психосиндрома характерно
а) дисмнестические расстройства
б) астенические проявления
в) волнообразность течения
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

3. При психических сосудистых заболеваниях головного мозга
а) психозы возникают лишь в части случаев
б) может наблюдаться длительная стабилизация
в) может быть регредиентное течение
г) верно все перечисленное
д) верно а) и в)

4. Систематика сосудистых психических расстройств включает
а) неврозоподобные синдромы
б) проявления деменции
в) психотические синдромы
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

5. В псевдоневрастенической стадии атеросклероза наблюдается все перечисленное, кроме
а) головных болей
б) шума в ушах
в) головокружения
г) нарушения сна
д) отсутствия сознания болезни

6. В начальной стадии атеросклероза наблюдается
а) головные боли
б) шум в ушах
в) головокружение
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

7. При атеросклерозе могут наблюдаться
а) дисмнестические расстройства
б) псевдотуморозный синдром
в) парафренные психозы
г) все перечисленные признаки
д) верно б) и в)

8. Личностные изменения при церебральном атеросклерозе
а) разнообразны
б) зависят от возраста
в) зависят от преморбидного склада личности
г) верно все перечисленное
д) верно б) и в)

9. При развитии сосудистого заболевания в инволюционном возрасте имеет место все перечисленное, кроме
а) заострения черт нерешительности
б) усиления активности
в) появления склонности к депрессивным реакциям
г) частых ипохондрических фобий
д) нарастания личностной ригидности

10. В начальной стадии сосудистого процесса заостряется
а) тревожная мнительность
б) повышенная возбудимость
в) склонность к истерическим реакциям
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

Ответы на тестовые задания: 1-б 2-г 3-г 4-д 5-д 6-г 7-г 8-г 9-б 10-г.

5. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной, 60 лет, инженер. На протяжении последних лет «забывчив», выражено снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и слабодушие. Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры – «чтобы не путать». Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к врачам за помощью по поводу снижения памяти и сообразительности, плакал. При посещении врачей был вежливым, приветливым. В тесте «Мини-Ког» пациент воспроизвел 1 слово из 3 и правильно выполнил пробу «Часы». При исследовании на глазном дне обнаружены признаки ангиопатии сетчатки, в лабораторных анализах крови холестерина 8,5 ммоль/л.

Алгоритм решения задачи.

1. Основные симптомы и синдромы:

Фиксационная амнезия, нарушение осмысления, устойчивости и переключения активного внимания, эмоциональная лабильность и слабодушие, психическая утомляемость, критичное отношение к своему состоянию

Лакунарная деменция, астенический

2. Диагноз: Сосудистая деменция. Легкие когнитивные нарушения.

3. Терапия: патогенетическое лечение – ноотропные препараты (церебролизин, пирацетам, пиритинол, мемантин и др.), сосудистые (циннаризин, гинко билоба, др), терапия сосудистого заболевания (атеросклероза), симптоматическое (седативное) – транквилизаторы (тофизопам, фабомотизол, гидроксизин и др.).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача №1

Больной Г., 52 г., жалуется на утрату трудовых навыков, забывчивость, неспособность найти дорогу домой, резкое снижение памяти на текущие события. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает ГБ, дважды

получал ЧМТ. При осмотре: дезориентирован в месте, времени, снижение памяти на текущие события, считает, что завтра ему предстоит жениться. Психолог: выраженное расстройство всех видов памяти, недостаточная целенаправленность, выраженная истощаемость психических процессов. Относительная сохранность процессов обобщения.

Задача №2

Больная, 57 лет. Поступила с жалобами на резкое снижение памяти, усталость, колебания настроения, частые головные боли, иногда сопровождающиеся рвотой. На приеме больная часто не может подобрать нужное слово, считает с ошибками, тремор пальцев рук, в позе Ромберга отклоняется вправо.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний
2. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
5. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при опухолях головного мозга
6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при энцефалитах
7. Медикаментозная терапия и психотерапия психических расстройств при органических поражениях головного мозга

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Психические нарушения при врожденном сифилисе (непрогредиентные формы) проявляются
   а. задержкой умственного развития различной степени, психопатоподобными состояниями
   б. эпилептиформными расстройствами
   в. сифилитическими менингитами и менингоэнцефалитами
   г. апоплектиформными расстройствами
2. При сифилисе мозга
   а. больной обычно признается нетрудоспособным
   б. всегда определяется первая или вторая группа инвалидности
   в. больной обычно признается трудоспособным
   г. больной обычно признается нетрудоспособным или нуждается в ограничении трудоспособности
3. Депрессивная форма прогрессивного паралича характеризуется
   а. нигилистическими бредовыми идеями
   б. ипохондрическими жалобами
   в. синдромом Котара
   г. ажитацией
4. Сифилитический псевдопаралич характеризуется
   а. эйфорией, беспечностью
   б. апоплектиформными расстройствами
   в. остро или постепенно возникающим интеллектуальным снижением
   г. галлюцинаторно- параноидным синдромом
5. Сифилис сосудов головного мозга развивается
   а. в I и II стадиях сифилиса
   б. во II и III стадиях сифилиса

в. только во II стадии сифилиса
г. только в III стадии сифилиса

6. При паротитном энцефалите делирий
а. носит рудиментарный характер
б. возникает на 2-3 сутки от начала заболевания
в. возникновения в 60-70% всех случаев
г. никогда не возникает

7. Параличом Ландри называют следующий вариант течения клещевого энцефалита
а. энцефалитический
б. полиомиелитический
в. менингоэнцефалитический
г. энцефаломиелитический

8. Обратная связь между выраженностью психических расстройств и лихорадки прослеживается при
а. вилюйском энцефалите
б. эпидемическом энцефалите
в. японском энцефалите
г. герпетическом энцефалите

9. Редким исходом при японском энцефалите является
а. органическая деменция
б. шизофреноподобный психоз
в. корсаковский синдром
г. летальный исход

10. Для хронической стадии при вилюйском энцефалите характерны
а. корсаковский синдром, церебрастения, галлюцинаторно- бредовые психозы
б. деменция, речевые расстройства, спастические парезы
в. миоклонии, глазодвигательные расстройства, снижение памяти
г. судорожный синдром, психоорганический синдром, галлюциноз

Ответы на тестовые задания: 1 – а; 2 – г; 3 – б; 4 – в; 5 – б; 6 – а; 7 – г; 8 – в; 9 – в; 10 – б.

5. Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

Задача №1

Больной О., 38 лет жалуется на сильные постоянные головные боли, особенно по утрам, резкое снижение памяти, судорожные приступы с потерей сознания, с прикусыванием языка, непроизвольным мочеиспусканием, приступы амнезирует. При ЭхоЭГ-ком исследовании выявлено смещение срединных структур влево. ЭЭГ: снижение судорожной готовности.

Задача №2

Пациент Ш., 36 лет, работник полиции. Участвовал в боевых действиях, получил ЧМТ минно-взрывного характера. Доставлен в судебно-психиатрическое отделение больницы из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным. Однажды утром, как обычно, собрался на работу, взял оружие, но вдруг с отчаянным криком: «Бей фашистов!» - выбежал на улицу. Соседи видели, как он с пистолетом в руках, продолжая что-то кричать, бежал вдоль квартала. Тут же раздались выстрелы. Обеспокоенные случившимся соседи вызвали наряд милиции. Больной был задержан в соседнем квартале, притом оказал бурное сопротивление. Был возбужден, бледен, продолжал выкрикивать угрозы в адрес «фашистов». Недалеко от него на земле лежали трое раненых случайных прохожих. Спустя примерно час больной очнулся в отделении полиции, долго не мог поверить, что им совершено тяжкое преступление. Он помнил, что был дома, но последующие события полностью выпали из памяти больного. Убедившись в реальности произошедших событий, он дал реакцию глубокого отчаяния, упрекал себя в содеянном, пытался покончить жизнь самоубийством.

6. Задания для групповой работы:

курация пациентов, проведение клинического осмотра, сбор жалоб, анамнеза, психодиагностика, выделение психопатологических симптомов и синдромов, назначение психофармакотерапии, определение тактики психотерапевтической и психологической реабилитации.

7. Практическая работа.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психотерапевтической и психологической реабилитации

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с
2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия : клин. рекомендации / ред. Н. Г. Незнанов. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 512 с. - (Сер. "Клинические рекомендации")
2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015
3. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ ред.
5. Ю.С. Шевченко – М.: "Мед. информ. агентство", 2017
6. Козловский В.Л. Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии СПб.: СпецЛит, 2015

Тема 3.4. Психогенные расстройства (расстройства адаптации и ПТСР, невротические расстройства).

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психогенных расстройств), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных психогенных расстройствах.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию различных психогенных расстройств.
2. Изучить методы диагностики и терапии психогенных расстройств у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с различными психогенными расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психогенных расстройств и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику психогенных расстройств
- методы диагностики психогенных расстройств, особенности общесоматического и неврологического ис-

следований,
- терапию психогенных расстройств

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психогенных расстройств
- проводить дифференциальную диагностику психогенных расстройств
- назначать терапию психогенных расстройств
- проводить профилактику психогенных расстройств

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления психогенных расстройств
- навыками назначения терапии психогенных расстройств
- навыками проведения профилактики психогенных расстройств

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия
    1. Психогенные расстройства, классификация.
    2. Понятие невротических расстройств, этиопатогенез, отличия от психозов.
    3. Классификация невротических расстройств.
    4. Клиническая картина неврастении.
    5. Клинические проявления обсессивно-компульсивных, тревожно-обсессивных расстройств, панических атак.
    6. Клиника диссоциативных расстройств.
    7. Соматоневрологические симптомы диссоциативных расстройств, дифференциальная дагностика.
    8. Признаки невротического развития личности.
    9. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиология, виды, терапия.
    10. Терапия невротических расстройств.
    11. Классификация реактивных психозов (расстройств реакции адаптации).
    12. Клинические проявления аффективно-шоковых реакций.
    13. Симптомы реактивной депрессии, дифференциальный диагноз от эндогенной депрессии.
    14. Клинические проявления реактивных истерических психозов.
    15. Клиника реактивного параноида, дифференциальная диагностика с параноидной формой шизофрении

2. Практическая работа.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения при проведении психологических методик (шкала тревожности Спилбергера-Хагина, депрессии Зунге и Гамильтона, самооценки Дембо-Рубинштейна, личности Айзенка). Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психолого-психотерапевтической реабилитации.

3. Решить ситуационные задачи

Задача 1. Пациент 22 года. Родился в семье научных работников. Мать и отец отличались спокойным и уравновешенным характером, к детям предъявляли высокие требования. В семье ценились трудолюбие, ответственность за порученное дело. Рос и развивался правильно, в школу пошел своевременно, учился хорошо, после окончания школы поступил в институт. В институте с занятиями справлялся, учился без троек. После 3 курса женился. Родители не одобряли его поступок, так как считали, что он сначала должен закончить институт. Решил, что не будет пользоваться материальной помощью родителей, а сам заработает на содержание семьи. С начала 4 курса стал подрабатывать, брал ночные дежурства. Через 3 месяца стал замечать, что труднее сосредоточиться на учебном материале. Сон стал поверхностным, ночью просыпался от каждого шороха. При небольших физических нагрузках появлялись потливость, сердцебиение, при попытке после дежурства заниматься возникала головная боль, «голову как обручем сдавливало». Стал испытывать шум в ушах, неприятные ощущения в области сердца, в желудке и кишечнике. Дома стал раздражительным, возникали конфликты с женой. Состояние особенно ухудшилось после рождения ребенка. Жалея жену, старался по ночам вставать к ребенку. Появилось ощущение, что не спит совсем, прислушивался, утром засыпал на короткий промежуток, вставал разбитый, с головной болью, на лекциях боролся со сном,

но дома спать не мог. Вынужден был оставить работу и обратиться к врачу.

При осмотре: выраженные вегетативные нарушения. Спокойно не может сидеть, переставляет ноги, подергивается всем телом. Легко дает аффективные реакции. Когда рассказывает о жене и ребенке, на глазах появляются слезы, огорчен, что не справляется со своими обязанностями. Жалуется на память, на рассеянность («принимаю решение заниматься, а не отвлекаться на посторонние дела, но проходит день, а я ничего не сделал»). Быстро устает от физической и интеллектуальной нагрузки, раздражают музыка, громкие разговоры, яркий свет.

1. Выделите симптомы
2. Предварительный диагноз
3. Терапия и реабилитация

Алгоритм решения задачи.

1.Основные синдромы:

- неврастенический (утомляемость, сложности с концентрацией внимания, потливость, сердцебиения, неприятные ощущения со стороны внутренних органов, головные боли, раздражительность, нарушения сна с отсутсвием чувства отдыха, снижение памяти, гиперестезия) Данный симптомы возникли на фоне значительной хронической психической перегрузки у мужчины с гиперсоциальностью и повышенной ответственностью, что свидетельствует о невротической природе данного заболевания. Симптомы характерны для неврастении.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение лабораторно-инструментального исследования (необходимо исключить наличие соматических заболеваний, а также шизофрении): общий анализ крови с формулой, анализ мочи, биохимическое исследование крови, экспериментально-психологическое исследование личностных особенностей и мышления.

2. Диагноз: неврастения, гипостеническая фаза.

3.Терапия:

Желательна госпитализация в отделение неврозов для обеспечения щадящего режима дня и вывода из психотравмирующей ситуации, необходимо назначение транквилизаторов с седативным действием на 2-3 недели (тазепам, альпрозолам или сибазон) – для стабилизации эмоционального состояния, снятия психического напряжения и нормализации сна.

Назначение сосудистых препаратов для восстановления работоспособности (мексидол, винпоцетин, пентоксифиллин), витаминов (группы В (комбилипен), С и др.), общеукрепляющих препаратов (алоэ в/м).

Патогенетическим методом в данном случае является личностно-ориентированная психотерапия, которая должна быть направлена на формирование более спокойного отношения к сложившейся жизненной ситуации, а также коррекцию чрезмерной гиперсоциальности и ответственности. Психотерапия должна начинаться с индивидуальной, затем возможно проведение семейной и групповой психотерапии.

Задача 2. Пациент Директор крупного предприятия после проверки прокуратуры стал испытывать страх, снизилось настроение, перестал спать, ждал, когда за ним придут органы милиции. Совершил суицидальную попытку.

1. Назовите синдром
2. Предварительный диагноз.
3. Терапия и реабилитация

Задача 3. Пациент Т., 20 лет, инвалид II группы.

Из анамнеза. Наследственность не отягощена. Родился в семье служащего, вторым по счету. В раннем детстве рос и развивался нормально. В школу пошел с 7 лет, окончил 8 классов, затем работал курьером, слесарем, грузчиком. Из перенесенных заболеваний - ОРЗ, "юношеская гипертония", в настоящее время АД в пределах физиологической нормы. Травмы головы отрицаются.

По характеру общительный, веселый, в то же время несколько мнительный, впечатлительный. В связи с болезнью стал замкнутым, малообщительным. В 12-летнем возрасте, после того как бабушка завела разговор о своей близкой смерти, подумал, что когда-то и он умрет. В течение 3-х месяцев мысли об этом преследовали его.

Осенью выезжал на уборку картофеля. Будучи в поле почувствовал себя плохо, отмечалась общая слабость, вялость, неприятное ощущение в области сердца, никогда до этого "не чувствовал себя так плохо", возник страх смерти. С тех пор появилось при выходе на балкон желание спрыгнуть с балкона, при поездке в троллейбусе, автобусе, трамвае, местах большого скопления людей хотелось "отмочить что-нибудь постыдное", например, выбить стекло в трамвае. Отмечалось также неодолимое желание складывать в уме номера машин, считал количество стаканов выпитой жидкости, оно должно было быть обяза-

тельно четным, если, например, выпивал за сутки 7 стаканов, то хотя пить больше не хотелось, должен был выпить 8-ой, иначе испытывал страх, беспокойство.

1. Назовите синдром
2. Предварительный диагноз.
3. Терапия и реабилитация

Задача 4. Пациент 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, на чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром было трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садился за книги, но прочитав полстраницы, замечал, что механически пробегает глазами строчки, а мысли "где-то далеко". Ко второй половине дня голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома "все выводит из себя": раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, после чего расстроился до слез, попросил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: "Чувствую себя так, будто на мне власяница!" Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза наворачиваются слезы. Стесняется этого, старается скрыть волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

1. Определите основные синдромы
2. Поставьте предварительный диагноз
3. Назначьте терапию

4. Задания для групповой работы:

курация пациентов, проведение клинического осмотра, сбор жалоб, анамнеза, психодиагностика, выделение психопатологических симптомов и синдромов, назначение психофармакотерапии, определение тактики психотерапевтической и психологической реабилитации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Понятие о психогенных расстройствах, критерии диагностики.
2. Психогенные реакции, состояния, психозы.
3. Расстройства реакции адаптации. Реактивные психозы: острые и затяжные (реактивная депрессия и параноид). Неотложная помощь.
4. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Определение понятия «невротические расстройства». Причины невротических расстройств, предрасполагающие факторы. Значение патологических типов воспитания для формирования невротической личности. Клинические разновидности невротических расстройств, их проявления. Классификация невротических расстройств по МКБ-10.
6. Неврастения. Дифференциальный диагноз с неврастеноподобной симптоматикой при других заболеваниях.
7. Невротическое развитие личности. Виды лечения и профилактические мероприятия.
8. Клиника тревожных расстройств, панические атаки. Клинические проявления обсессивно-фобического и обсессивно-компульсивного неврозов. Дифференциальная диагностика от эндогенных заболеваний.
9. Клиника диссоциативного (истерического) невротического расстройства. Соматические и неврологические проявления диссоциативных расстройств. Дифференциальная диагностика истерического припадка от эпилептического, диссоциативных параличей и парезов. Невротическое развитие личности.
10. Особенности невротических расстройств у детей и подростков

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Реактивные состояния являются: (3 варианта)

а) патологической реакцией психотического уровня на психические травмы или стрессовые ситуации
б) наследственно обусловленными заболеваниями
в) проявления болезни непосредственно вытекают из содержания психотравмы, между ними имеются психологически понятные связи
г) следствием конституциональных особенностей личности
д) патологической реакцией, протекающей хронически и необратимо

2. Выделяют следующие формы реактивных психозов: (3 варианта)
а) истерические психозы и психогенные параноиды
б) прогрессирующая деменция
в) острая реакция на стресс (аффективно-шоковая реакция)
г) психогенные мании и депрессии
д) острая кататония

3. Для гипокинетической формы острой реакции на стресс характерно: (3 варианта)
а) состояние резкой двигательной заторможенности
б) продолжительность ступора от нескольких часов до нескольких дней
в) развитие галлюцинаторно-бредовой симптоматики
г) переживания, относящиеся к острому периоду психоза, обычно амнезируются
д) характерен синдром регресса личности

4. К истерическим реактивным психозам относятся следующие формы: (3 варианта)
а) острый параноид
б) истерическое сумеречное помрачение сознания
в) пуэрилизм
г) психогенная депрессия
д) истерический ступор

5. Для синдрома бредоподобных фантазий характерно: (2 варианта)
а) наличие нестойких, не имеющих тенденции к систематизации идей величия, богатства, особой значимости
б) ощущение "вкладывания" мыслей, чтения их на расстоянии
в) отражают стремление больных к реабилитации и уходу от травмирующей ситуации
г) систематизированному бреду сопутствуют обманы восприятия
д) лживость как черта характера

6. Для клиники посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) характерны: (3 варианта)
а) наплывы навязчивых воспоминаний о пережитой катастрофе, войне, стихийном бедствии
б) симптомы психического автоматизма
в) мучающие сновидения с кошмарными сценами пережитого
г) наплывы зрительных и вербальных галлюцинаций
д) расстройства адаптации, суицидальные мысли, агрессивное и деструктивное поведение

7. К факторам, способствующим развитию реактивных психозов относят: (3 варианта)
а) мужской пол
б) переутомление, постоянное напряжение
в) сопутствующие соматические заболевания
г) недостаток сна, интоксикации (в том числе алкоголизацию)
д) отсутствие высшего профессионального образования

8. При дисфорических психогенных депрессиях настроение характеризуется: (3 варианта)
а) беспечностью
б) подавленностью, тоскливостью
в) дурашливостью
г) раздражением, угрюмостью, гневливостью
д) тревожностью, напряжением, страхом

9. Лечение психогенных реакций и психозов включает (3 варианта)
   а) психотерапию
   б) шоковые методы терапии
   в) медикаментозное лечение
   г) психологическую коррекцию
   д) гигиенические мероприятия

10. Неотложная помощь при психогенных реакциях и психозах включает: (3 варианта)
   а) необходимость удержания больного, прибегая к иммобилизации
   б) внутримышечное введение нейролептиков
   в) социальная реабилитация
   г) применение транквилизаторов
   д) психотерапевтические мероприятия

11. Невротический фобический синдром характеризуется: (3 варианта)
   а) сложным, психологически непонятным характером ритуалов
   б) преобладанием различных фобий к страху смерти, перемещением в пространстве, страхом заболевания
   в) наличием стойких бредовых идей
   г) наличием четкой фабулы
   д) обострением в ситуациях

12. Невротический астенический синдром проявляется всем перечисленным: (3 варианта)
   а) преобладают собственно астенические расстройства с наличием гиперстетической, гипостетической формы и раздражительной слабости
   б) нарушением сознания
   в) вербальным галлюцинозом
   г) вегетативными расстройствами
   д) сензомоторными и аффективными расстройствами

13. Для невротического кардиологического синдрома характерно все перечисленное: (3 варианта)
   а) появление резкой загрудинной боли с проводимостью в левую лопатку при физических нагрузках
   б) разнообразные болевые ощущения в сердце, чаще с локализацией в верхушке
   в) постоянные либо продолжающиеся часами боли
   г) несвязанные с эмоциональным напряжением кардиалгий
   д) большая эффективности седатиков и психотерапии, чем спазмолитиков

14. Для неврастении характерно все перечисленное: (3 варианта)
   а) преобладание общеневротических (астенических) расстройств
   б) наличие нарушений сна, головных болей, различных вегето-висцеральных расстройств
   в) дурашливость
   г) интеллектуальное снижение
   д) наличие астено-ипохондрических, астено-депрессивных, астено-фобических расстройств

15. Для лечения невротических расстройств используют: (3 варианта)
   а) психотерапию
   б) инсулинокоматозную терапию
   в) медикаментозное лечение,
   г) физиотерапию
   д) электросудорожную терапию

16. В подостром периоде аффективно-шоковой реакции у подростков преобладают (3 варианта)
   а) заикание, энурез, расстройства сна
   б) регрессивное поведение
   в) астения
   г) страхи
   д) нарушения поведения

е) расторможенность влечений

Ответы на тестовые задания: 1 – а,в,г; 2 – а,в,г; 3 – а,б,г; 4 – б,в,д; 5 – а,в; 6 – а,в,д; 7 – б,в,г; 8 – б,г,д; 9 – а,в,г; 10 – а,б,г; 11 – б,г,д; 12 – а,г,д; 13 – б,в,д; 14 – а,б,д; 15 – а,в,г; 16 – в,д,е.

Вопросы для установления соответствия**.**

3.1. Подберите соответствия типов невротического конфликта их толкованию:

1	Истерический	[1]	между завышенными притязаниями и требованиями окружающей среды
2	Психоастенический	[2]	между требованиями к себе и собственными возможностями
3	Неврастенический	[3]	между конкурирующими личностными тенденциями

3.2. Соответствие психогенных аномальных реакций их характеристике

1	реакции оппозиции	[1]	проявляются в подражании в поведении определенному лицу, литературному или кинематографическому герою
2	реакции отказа	[2]	возникают при предъявлении ребенку или подростку чрезмерных требований, в результате утраты им привычного внимания и заботы со стороны близких
3	реакции имитации	[3]	наблюдаются у детей при внезапном отрыве от матери, семьи, помещении в детское учреждение

Ответы:

3.1. 1) 2; 2) 1; 3) 3
3.2. 1) 1; 2) 2; 3) 3

5. Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

Пациент, 29 лет, самостоятельно обратился за помощью к психотерапевту. Ранее никаких отклонений у себя не отмечал. Последние 4 недели после смерти близкого родственника постоянно ловит себя на мысли, что может заразиться туберкулезом, дизентерией и другими инфекциями. В связи с этим стал очень часто мыть руки (30-40 раз в день), протирать дверные ручки, мебель. В беседе адекватен, подчеркивает, что понимает нелепость своего поведения, но не может освободиться от мысли, что на руках случайно оказалась опасная инфекция. Больной тревожен, просит о помощи, обращает внимание врача на то, что все свободное время у него уходит на мучительные размышления, что за последний год похудел, плохо засыпает. Быстро истощается в беседе. Хорошо поддается психотерапевтическому воздействию.

1) Сформулировать предварительный диагноз:

а) ананкастное расстройство личности

б) генерализованное тревожное расстройство

в) обсессивно-компульсивное расстройство

г) шизофрения

2) Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

а) шизофрении с навязчивостями

б) тревожно-фобического расстройства

в) органических атрофических расстройств

г) ананкастного расстройства личности

3) Патогенетическим методом лечения будет является

а) применение ноотропов и витаминов группы В

б) применение антидепрессантов и транквилизаторов

в) психотерапия

г) общеукрепляющая и дегидрационная терапия

Пациентка М., 30 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. В школу пошла своевременно, училась хорошо. После окончания школы вышла замуж, уехала с мужем от родителей в другой город. Через несколько лет после отъезда получила известие о смерти матери и о тяжелом физическом состоянии отца. Сильно переживала, на работе взяла отпуск, поехала на похороны. Когда вернулась в родной город, узнала, что отец также скончался. Весь день плакала, ночью не могла спать. Во время похорон почувствовала себя плохо, упала в обморок. После похорон была вынуждена задержаться, так как необходимо было решать вопрос о наследовании квартиры. По-прежнему сильно переживала случившееся, не могла сосредоточиться, ночью почти не спала, чувствовала себя ослабленной. Днем, на улице стала замечать за собой какого-то незнакомого подозрительного мужчину, который, казалось, все время за ней наблюдает. В этот же день машина, в которой ехала больная, была остановлена сотрудником ГАИ для проверки. Это ей показалось странным, появилась мысль, что тот незнакомый мужчина и сотрудник ГАИ между собой как-то связаны. Стала подозрительной, напряженной. Чуть позже поняла, что это «мафия», которая хочет завладеть ее квартирой. Предположение усилилось, когда заметила, как возле ее дома одна машина сменяет другую, поняла, что за ней следят. Ночью слышала за дверью какие-то шумы, голоса, казалось, что говорят о ней. Внезапно услышала, что дверь пытаются сломать, схватила топор и выпрыгнула из окна второго этажа, спасаясь от преследователей. Была госпитализирована в психиатрическую больницу. Через сутки осознала, что это «казалось», была спокойна, упорядочена в поведении, рассказывала о своих переживаниях.

1) Сформулируйте предварительный диагноз:
   а) шизофрения параноидная форма
   б) реактивный (психогенный) параноид
   в) индуцированное бредовое расстройство
   г) посттравматическое стрессовое расстройство
2) Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме
   а) шизофрении
   б) стрессовых расстройств
   в) бредовых расстройств
   г) псевдодеменции
3) Лечение включает в себя все, кроме
   а) нейролептиков
   б) транквилизаторов
   в) ноотропов
   г) психотерапии

6. Задания для групповой работы:

курация пациентов, проведение клинического осмотра, сбор жалоб, анамнеза, психодиагностика, выделение психопатологических симптомов и синдромов, назначение психофармакотерапии, определение тактики психотерапевтической и психологической реабилитации.

7. Практическая работа.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психотерапевтической и психологической реабилитации

Рекомендуемая литература:

Основная литература:
1. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с
2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия : клин. рекомендации / ред. Н. Г. Незнанов. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 512 с. - (Сер. "Клинические рекомендации")

2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015

3. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

4. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ ред.

Ю.С. Шевченко – М.: "Мед. информ. агентство", 2017

5. Козловский В.Л. Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии СПб.: СпецЛит, 2015

6. Шамрей В.К. Психиатрия войн и катастроф: руководство СПб.: СпецЛит, 2015

Тема 3.5. Расстройства личности.

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика расстройств личности), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных расстройствах личности.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию различных расстройств личности.
2. Изучить методы диагностики и терапии расстройств личности у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с различными расстройствами личности, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психогенных расстройств и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику расстройств личности
- методы диагностики расстройств личности, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию расстройств личности

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы расстройств личности
- проводить дифференциальную диагностику расстройств личности
- назначать терапию расстройств личности
- проводить профилактику расстройств личности

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления расстройств личности
- навыками назначения терапии расстройств личности
- навыками проведения профилактики расстройств личности

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия
    1. История учения о расстройствах личности.
    2. Определение и критерии расстройства личности.
    3. Этиопатогенез расстройств личности.
    4. Понимание расстройства личности в МКБ-10.

5. Клиническое описание основных типов расстройств личности.
6. Параноидное расстройство личности.
7. Шизоидное расстройство личности.
8. Диссоциальное расстройство личности.
9. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности.
10. Истерическое расстройство личности.
11. Психастеническая психопатия.
12. Зависимое расстройство личности.
13. Диагностика расстройств личности.
14. Дифференциальная диагностика.
15. Критерии оценки годности граждан к военной службе. Судебно-психиатрическая экспертиза.
16. Общие принципы лечения и профилактики.
17. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко.
18. Диагностика акцентуаций характера по методике ПДО и MMPI.

2. Практическая работа.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения при проведении психологических личностных методик (ПДО и MMPI). Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психолого-психотерапевтической реабилитации.

3. Решить ситуационные задачи

Задача 1. Пациент К. 43 года. Примерно с 13-14 лет стал несдержанным, вспыльчивым, жестоко избивал товарищей. Если не мог справиться, пользовался камнями, палками, в связи с драками неоднократно имели место приводы в милицию. В армии служил в нестроевых частях. Неоднократно были дисциплинарные взыскания за драки, пререкания с командиром, невыполнение приказов. С 19 лет стал злоупотреблять алкоголем. В нетрезвом состоянии дебоширил, был агрессивным. Периодически возникали вспышки ярости, во время которых ломал мебель, избивал окружающих, бранился. Подобные аффективные разряды возникали обычно после мелких конфликтов, незначительных ссор. Совершенно не терпел возражений. Каждое замечание вызывало у него гнев. За время трудовой деятельности из-за конфликтов с окружающими переменил десятки мест работы. Иногда его увольняли через 1-2 недели после зачисления на работу (за драку, за отказ выполнить поручение). Однажды на улице во время ссоры с женой больной вырвал у нее коляску с ребенком и стал неистово трясти ее. Был задержан милицией и направлен в больницу.

1. Выделите симптомы
2. Предварительный диагноз
3. Диагностика
4. Терапия и реабилитация

Задача 2. Пациент В. 23 года, раннее развитие с опережением, с детства замкнут, избирательно общителен, контакты с окружающими формальные, легко раним, отношение к близким безразличное. Обманов восприятия не обнаруживает, бредовые идеи не высказывает.

1. Назовите синдром,
2. Предварительный диагноз.
3. Обследование
4. Терапия и реабилитация

Задача 3. Пациентка Т. 35 лет. Анамнез: родилась от тяжелой беременности с токсикозом. Отец по характеру был злобен, драчлив, часто привлекался к уголовной ответственности, закончил жизнь самоубийством. В раннем детском возрасте часто плакала, была пугливой, отмечалось ночное недержание мочи. В возрасте 7-8 лет начала убегать из дома, стала агрессивной, вспыльчивой. Защищая себя, могла кинуть в обидчиков чем попало, обругать. В возрасте 12-13 лет почти все время проводила на улице, нецензурно бранилась, была вспыльчива, несдержанная, кричала, дралась, перестала посещать школу. В 15-17-летнем возрасте стремилась представить себя в лучшем свете, рассказывала о себе, как о несчастной, всеми обижаемой, непризнанной. Стала воровать, несколько раз привлекалась к уголовной ответственности. После

окончания школы устроилась продавщицей, но работу часто меняла, более 4-5 месяцев не удерживалась из-за частых конфликтов или воровства. Однажды, после обнаружения пропажи вещей, закричала: «Как вы можете принимать меня за воровку?». В это же время почувствовала, как комок подкатился к горлу, ноги стали как ватные, «потеряла сознание». В дальнейшем, после конфликтов чувствовала, как у нее пропадает голос, ноги от волнения подкашивались. Дважды выходила замуж, однако, дома были частные конфликты, драки. Развод объясняла тем, что ей изменяли, оскорбляли, били.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакту доступна. Бреда, обманов восприятия нет. Мышление логическое. Настроение неустойчивое, раздражительна. Рассказывая о себе, пытается найти оправдание своим поступкам, обвиняет окружающих в том, что ее не понимают, «доводят». Во время беседы периодически жалуется на головные боли, переходит на шепотную речь: «от волнения». Память, интеллект в пределах нормы. В поведении спокойна.

1. Назовите синдром,
2. Предварительный диагноз.
3. Обследование
4. Терапия и реабилитация

4. Задания для групповой работы:

курация пациентов, проведение клинического осмотра, сбор жалоб, анамнеза, психодиагностика, выделение психопатологических симптомов и синдромов, назначение психофармакотерапии, определение тактики психотерапевтической и психологической реабилитации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Понятие личности в медицинской психологии. Исторический аспект проблемы (Гиппократ, Кречмер, Павлов И.П., Юнг К. Г., Леонгард К., Личко А.Е. и др.).
2. Концепция отношений личности В.Н. Мясищева, ее значение для медицинской психологии.
3. Темперамент, типы, их характеристика.
4. Характер, его составляющие. Факторы, влияющие на формирование характера.
5. Личность. Уровень зрелости личности.
6. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко.
7. Патохарактерологические реакции. Понятие о личностных расстройствах (психопатиях).
8. Личностные расстройства. Этиопатогенез. Критерии диагностики личностных расстройств по Ганнушкину-Кербикову.
9. Классификация личностных расстройств по МКБ-10, клиника, дифференциальная диагностика терапия.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Характерными признаками психопатий по П.Б. Ганнушкину являются (3 варианта)
   а) тотальность характерологических нарушений
   б) снижение когнитивных функций
   в) стойкость характерологических нарушений
   г) нарушения ритма сна и бодрствования
   д) выраженность до степени изменения социальной адаптации

2. Чертами паранойяльной психопатии являются: (2 варианта)
   а) дружелюбное отношение к окружающим
   б) недоверчивость, подозрительность,
   в) открытость, готовность помочь
   г) упорство в отстаивании своих убеждений
   д) заниженная самооценка

3. Признаками гипертимной личности являются (2 варианта)

а) наличие аффективной лабильности
б) постоянно пониженное настроение
в) безудержный оптимизм
г) необщительность, молчаливость, малоподвижность
д) приподнятость и беззаботность, которые так велики, что происходит нивелировка нюансов эмоциональных реакций

4. Признаками гипотимной личности являются (2 варианта)
а) быстрота реакций
б) постоянное ощущение внутреннего дискомфорта
в) аутизм
г) медлительность, неповоротливость
д) неспособность к глубокому сопереживанию

5. Признаками эмоционально неустойчивого расстройства личности являются (2 варианта)
а) импульсивность
б) доброта, сочувствие к окружающим
в) эмоциональная устойчивость
г) периодически повторяющиеся эмоциональные колебания с приступами аффекта
д) эйфоричность

6. Психастении проявляются (2 варианта)
а) преобладанием конкретного, чувственного восприятия над абстрактным
б) наклонностью к сомнениям и болезненному мудрствованию
в) достаточным чувством реальности и полноты жизни
г) живостью, яркостью восприятия окружающего
д) стремлением к самоанализу

7. Диссоциативное (истерическое) расстройство личности характеризуется (2 варианта)
а) стремлением казаться в собственном мнении и в глазах окружающих значительной личностью
б) отсутствием стремления к оригинальности
в) тенденцией к самоанализу
г) демонстрацией превосходства
д) отсутствием жажды признания у окружающих

8. Главными особенностями шизоидного расстройства личности являются (2 варианта)
а) общительность
б) эмоциональная бедность
в) сопереживание проблемам близких
г) часто алкоголизируются
д) способность к точным наукам

9. Особенностями параноидного расстройства личности являются (2 варианта)
а) пластичность психики
б) застревание на одних и тех же мыслях и аффектах
в) заниженная самооценка
г) склонность к общественной деятельности
д) настойчивость, перерастающая в упрямство

10. Чертами зависимого расстройства личности являются (2 варианта)
а) подчиняемость
б) внушаемость
в) инициативность
г) завышенная самооценка
д) мелочность

11. Для ананкастного расстройства личности характерно: (2 варианта)

а) самостоятельность в принятии решений
б) впечатлительность,ранимость
в) тревожность
г) уверенность в себе
д) щедрость

12. Для лечения возбудимых расстройств личности применяются: (2 варианта)
а) инсулиношоковая терапия
б) электросудорожная терапия
в) психотерапия
г) сонапакс

13. Для социальной адаптации психопатической личности важно (2 варианта)
а) отсутствие трудовых установок, постоянная смена работ
б) оздоровление среды, изоляция от лиц с асоциальными наклонностями, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками
в) психотерапевтическая работа с родственниками, имеющая целью улучшить внутрисемейные отношения
г) постоянное лечение в стационаре
д) отказ от работы с психотерапевтом

14. Для акцентуированных личностей характерно (2 варианта)
а) выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию
б) наличие черт, которые проявляются не везде и не всегда, а только при определенных условиях
в) отсутствие подразделения на явную и скрытую степень акцентуации
г) черты, которые проявляются в любой ситуации
д) заострение определенных черт характера, не приводящих к явной социальной дезадаптации

Ответы на тестовые задания: 1 – а,в,д; 2 – б,г; 3 – в,д; 4 – б,г; 5 – а,г; 6 – б,д; 7 – а,г; 8 – б,д; 9 – б,д; 10 – а,б; 11 – б,в; 12 – в,г; 13 – б,в; 14 – б,д.

Вопросы для установления соответствия.

3.1. Подберите соответствия признаков личностным расстройствам:

1	параноидное расстройство	[1]	эгоистичность, импульсивность, упрямство, лживость, жестокость, недоразвитие высших чувств, неподчинение социальным нормам
2	шизоидное расстройство	[2]	диспропорциональность в развитии, неспособность сопереживать, интеллектуальность, странные увлечения, беспомощность в быту
3	диссоциальное расстройство	[3]	ригидность, подозрительность, склонность к фиксации на определённых идеях и представлениях, ограниченность интересов, негативность в оценке окружающих

3.2. . Подберите соответствия признаков личностным расстройствам

1	ананкастное расстройство	[1]	крайний эгоцентризм, любовь к выступлениям на публике, стремление привлечь к себе внимание, нетерпимость к успеху окружающих
2	зависимое расстройство	[2]	пассивность, подчиняемость, внушаемость, безынициативность, заниженная самооценка
3	истерическое расстройство	[3]	сомнения, впечатлительность, ранимость, тревога, педантичность, любовь к чистоте и порядку

Ответы:

3.1. 1) 2; 2) 3; 3) 1
3.2. 1) 3; 2) 1; 3) 2

5. Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

Пациент, 35 лет. Обратился к психиатру по своей инициативе. В беседе тревожен, легко волнуется, бросается в глаза неуверенность больного в изложении анамнестических сведений и жалоб. С младших классов отличался повышенной мнительностью, тревожностью, непрактичностью, неспособностью принять решение, познакомиться с понравившимся человеком. При хороших знаниях чрезмерно волновался при ответах на экзаменах, дома постоянно мучительно анализировал неудачные ответы, всегда во всем винил себя. После конфликта в семье плохо засыпает, не знает, чем занять себя, мучительно анализирует "как жить правильно", но так и не находит правильного решения. Похудел, быстро устает на работе, появилась несвойственная ранее раздражительность.

1) Сформулируйте предварительный диагноз

а) ананкастное расстройство личности

б) психастеническое расстройство личности

в) тревожное расстройство личности

г) тревожно-фобическое расстройство

2) Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

а) невротических расстройств

б) аффективных расстройств

в) расстройств личности

г) шизофрении

3) Основным методом лечения является

а) психотерапия

б) применение анксиолитиков

в) применение нейролептиков

г) применение антидепрессантов

Пациентка Д., 34 года. Росла единственным ребенком в семье. Родители были властными, раздражительными. Рано научилась читать, в школу пошла с 7 лет, училась хорошо. Со сверстниками держалась высокомерно: все казались ей ничтожными, недостаточно «красивыми внешне и внутренне». Внешней красоте придавала большее значение. В одежде, прическе подражала понравившемуся ей человеку, нравилось, когда на нее обращали внимание. В 18 лет стала чрезмерно раздражительной, была капризна, плаксива по пустякам, временами бывали аффективные вспышки с рыданиями. Удалось поступить в институт. В это время отмечала многочисленные увлечения, которые были всегда кратковременными. Быстро потеряв интерес к человеку, становилась пренебрежительной в общении с ним, придирчивой и жестокой. В одежде оставалась экстравагантной. Дома любила принимать гостей, удивлять их красиво накрытым столом, интересными вещами. После окончания института вышла замуж, но очень быстро охладела к мужу. Работой была неудовлетворенная. С мужем были ежедневные ссоры, во время которых громко рыдала, а потом испытывала чувство слабости и разбитости. Однажды во время очередного конфликта возник приступ «удушья», а затем появились судороги. Подобные приступы стали появляться довольно часто при волнующих ситуациях, особенно когда чувствовала себя бессильной изменить ситуацию так, как ей хотелось. После ссоры падала на постель, металась, выкрикивала отдельные фразы, приступ заканчивался плачем, подергиванием конечностей.

1) Сформулируйте предварительный диагноз.

а) истерическое расстройство личности

б) шизоидное расстройство личности

в) диссоциальное расстройство личности

г) ананкастное расстройство личности

2) Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

а) шизофрении

б) эпилепсии

в) бронхиальной астмы

г) обсессивно-компульсивного расстройства

3) Лечение включает все перечисленное, кроме

а) индивидуальной и групповой психотерапии

б) антиконвульсантов

в) подбор эгоцентрического хобби

г) медикаментозной симптоматической терапии

6. Практическая работа.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психотерапевтической и психологической реабилитации

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с

2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия : клин. рекомендации / ред. Н. Г. Незнанов. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 512 с. - (Сер. "Клинические рекомендации")

2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015

3. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

4. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ ред.

Ю.С. Шевченко – М.: "Мед. информ. агентство", 2017

5. Козловский В.Л. Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии СПб.: СпецЛит, 2015

6. Шамрей В.К. Психиатрия войн и катастроф: руководство СПб.: СпецЛит, 2015

Зачетное занятие.

Цель: оценка знаний, умений, навыков по дисциплине и контроль освоения результатов.

Задания-см. приложение Б.

Составитель: М.В. Злоказова

Зав. кафедрой М.В. Злоказова

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

Кафедра Психиатрии им. профессора В.И. Багаева

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

«Избранные вопросы психиатрии»

Специальность 31.08.42 Неврология
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		Знать	*Уметь*	*Владеть*		
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных психических расстройств, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критерии диагноза различных психических заболеваний	выполнить перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи	навыками квалифицированного диагностического поиска для выявления психических заболеваний на ранних стадиях при типичных, а также малосимптомных и атипичных проявлениях болезни, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; формулирования диагноза с учетом МКБ-10, проведения дополнительного обследования и назначения адекватного лечения	Раздел 1. Организация психиатрической помощи. Закон РФ об оказании психиатрической помощи Раздел 2. Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический Раздел 3. Частная психиатрия	*3 семестр*

ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	вопросы временной и стойкой нетрудоспособности психически больных, медико-социальной экспертизы, вопросы диспансеризации и реабилитации психически больных; вопросы судебно-психиатрической и военной экспертизы психически больных	разрабатывать (совместно с психологом, специалистом по социальной работе (социальным работником) индивидуальные комплексные программы психосоциальной реабилитации больных и осуществлять их совместно с указанными специалистами на данном этапе помощи	поводить качественные реабилитационные мероприятия среди пациентов психиатрических диспансеров, стационаров	Раздел 3. Частная психиатрия	*3 семестр*

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания		Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ПК- 5				
Знать	Фрагментарные знания клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных психических расстройств, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; критериев диагноза различных психических заболеваний	Сформированные систематические знания клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных психических расстройств, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; критериев диагноза различных психических заболеваний	тестирование, ситуационные задачи, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение выполнить перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи	Сформированное умение выполнить перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи может допускать ошибки	курация пациентов, собеседование	курация пациентов, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков квалифицированного диагностического поиска для выявления психических заболеваний на ранних стадиях при типичных, а также	Успешное и систематическое применение навыков квалифицированного диагностического поиска для выявления психических заболеваний на ранних стадиях при типичных, а также	прием практических навыков	прием практических навыков

	малосимптомных и атипичных проявлениях болезни, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; формулирования диагноза с учетом МКБ-10, проведения дополнительного обследования и назначения адекватного лечения	малосимптомных и атипичных проявлениях болезни, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме; формулирования диагноза с учетом МКБ-10, проведения дополнительного обследования и назначения адекватного лечения		
ПК-8				
Знать	Фрагментарные знания по вопросам временной и стойкой нетрудоспособности психически больных, медико-социальной экспертизе, вопросам диспансеризации и реабилитации психически больных; вопросам судебно-психиатрической и военной экспертизы психически больных	Сформированные систематические знания по вопросам временной и стойкой нетрудоспособности психически больных, медико-социальной экспертизе, вопросам диспансеризации и реабилитации психически больных; вопросам судебно-психиатрической и военной экспертизы психически больных	тестирование, ситуационные задачи, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать (совместно с психологом, специалистом по социальной работе (социальным работником) индивидуальные комплексные программы психосоциальной реабилитации больных и осуществлять их совместно с указанными специалистами на данном этапе помощи	Сформированное умение разрабатывать (совместно с психологом, специалистом по социальной работе (социальным работником) индивидуальные комплексные программы психосоциальной реабилитации больных и осуществлять их совместно с указанными специалистами на данном этапе помощи	курация пациентов, собеседование	курация пациентов, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения качественных реабилитационных мероприятий среди пациентов психиатрических диспансеров, стационаров	Успешное и систематическое применение навыков проведения качественных реабилитационных мероприятий среди пациентов психиатрических диспансеров, стационаров	прием практических навыков	прием практических навыков

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к зачету, собеседованию, критерии оценки (ПК-5, ПК-8)

Раздел 1 (модуль): Организация психиатрической помощи. Закон РФ об оказании психиатрической помощи

1. Основные этапы развития психиатрии. ПК-5
2. Особенности развития психиатрии в России и за рубежом. ПК-5
3. Выдающиеся российские психиатры (Балинский И.М., Корсаков С.С., Бехтерев В.М., Личко А.Е. и др.) ПК-5
4. Особенности развития детско-подростковой психиатрии в России и за рубежом. ПК-5
5. Предмет и задачи психиатрии на современном этапе. ПК-5
6. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». ПК-5

Раздел 2 (модуль): Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический

4. Назовите основные классификации психопатологических синдромов. ПК-5
5. Каковы методы исследования психически больных? ПК-5
6. Особенности клинико-психопатологического исследования в психиатрии. ПК-5
7. Особенности соматического обследования пациентов с психическими расстройствами. ПК-5
8. Особенности неврологического обследования пациентов с психическими расстройствами. ПК-5
9. Лабораторные методы исследования в психиатрии. ПК-5
10. Инструментальные методы исследования в психиатрии. ПК-5
11. Генетические методы исследования психически больных. ПК-5
12. Морфологические методы исследования в психиатрии. ПК-5
13. Особенности оформления документации в психиатрии. ПК-5

Раздел 3 (модуль): Частная психиатрия

1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний. ПК-5
2. Этиопатогенез, клиника и диагностика шизофрении. ПК-5,
3. Формы и типы течения шизофрении, дифференциальный диагноз шизофрении. ПК-5
4. Этиопатогенез, клиника и дифференциальная диагностика аффективных расстройств. ПК-5
5. Терапия аффективных расстройств. ПК-8
6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга. ПК-5, ПК-8
7. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий. ПК-5, ПК-8
8. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга. ПК-5, ПК-8
9. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при опухолях головного мозга. ПК-5,
10. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при энцефалитах. ПК-5, ПК-8
11. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика невротических расстройств. ПК-5
12. Медикаментозная терапия и психотерапия невротических расстройств. ПК-8
13. Этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия психогенных расстройств (расстройства адаптации и ПТСР). ПК-5, ПК-8
14. Этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия расстройств личности. ПК-5, ПК-8

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки (ПК-5, ПК-8)

1 уровень.

1.Иллюзии - это: ПК-5
а) ложное воспоминание
б) гиперестезия
в) искаженное восприятие реального объекта по форме
г) искаженное восприятие реального объекта по содержанию

2.Галлюцинации- это: ПК-5
а) ошибочные суждения, не поддающиеся коррекции
б) неправильное восприятие реальных объектов
в) непроизвольно возникающие навязчивые образы
г) восприятия, возникающие без реального объекта

3. К признакам висцеральных галлюцинаций относятся: ПК-5
а) ощущение присутствия в полостях тела или под кожей инородных предметов, насекомых и т.д.;
б) ощущение ползания насекомых по телу;
в) возможность точного описания источника ощущений;
г) беспредметность ощущений;
д) ощущение холода, жара внутри тела.

4. Признаками псевдогаллюцинаций являются: ПК-5
а) их неконкретность, бесформенность;
б) интерпроекция;
в) наличие признаков нарушения сознания;
г) ощущение их искусственности;
д) их фантастичность.

5. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме ПК-5
а) лишения конкретности, реальности
б) наличия признаков нарушения сознания
в) безжизненности, беззвучности, бестелесности
г) интрапроекции внутри организма
д) наличия характера сделанности

6. Сенестопатии это: ПК-5
а) локализованные неприятные, тягостные ощущения;
б) необычные, часто алгические, ощущения с меняющейся локализацией;
в) тягостные болевые ощущения в утраченной конечности;
г) тягостные ощущения ползания насекомых, червей и т.п. под кожей, внутри тела.

7. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме ПК-5
а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
б) восприятия, искажения формы и величины своего тела
в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
д) необычности, вычурности ощущений

8.Для сенестопатий характерны следующие признаки: ПК-5
а) полимофизм проявлений

б) вычурный характер ощущений
в) необычная топография ощущений
г) чувство постороннего влияния

9. В легких случаях деперсонализации отмечается: ПК-5
а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей;
б) ощущение измененности окружающего мира;
в) снижение полноты восприятия окружающего мира;
г) чувство утраты;
д) ощущение утраты собственного «Я».

10. К расстройствам мышления относят: ПК-5
а) лживость;
б) паралогичность;
в) некритичность;
г) соскальзывания;
д) бахвальство.

11.При синдроме Кандинского- Клерамбо могут наблюдаться следующие виды психических автоматизмов: ПК-5
а) идеаторный
б) сенсорный
в) моторный
г) амбулаторный

12.Синдром «восковой гибкости» отмечается у больных с: ПК-5
а) манией
б) депрессией
в) делирием
г) кататонией

13. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме ПК-5
а) физической истощаемости
б) психической истощаемости
в) фиксационной амнезии
г) аффективной лабильности

14. Для астенического синдрома характерно: ПК-5
а) идеаторная и моторная заторможенность;
б) психическая истощаемость;
в) мистические расстройства;
г) изменение самочувствия в зависимости от атмосферных и барометрических факторов;
д) расстройства мышления.

15. К начальным регистрам негативных синдромов относятся: ПК-5
а) снижение психического тонуса;
б) дисгармония психического склада;
в) субъективно осознавание изменение личности;
г) апато-абулия;
д) кататонический ступор.

16. Депрессивно-идеаторное торможение определяется: ПК-5
а) пессимистическим содержанием мыслей;

б) медленным темпом течения мыслей;
в) ощущением пустоты в голове;
г) ментизмом;
д) шперрунгами.

17. Для депрессивной триады характерно: ПК-5
а) двигательная заторможенность;
б) идеаторная заторможенность;
в) пониженное настроение;
г) меланхолический раптус;
д) иллюзорные расстройства.

18. Классическая депрессивная триада характеризуется ПК-5
а) эмоциональным торможением
б) двигательным торможением
в) идеаторным торможением
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

19. К соматическим признакам депрессии относятся: ПК-5
а) запоры
б) дисменорея
в) похудание
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

20.У больных эндогенной депрессией обычно: ПК-5
а) настроение снижено в течение дня
б) настроение ухудшается во второй половине дня
в) настроение зависит от внешней ситуации
г) настроение снижено в первой половине дня

21.Прогрессирующая амнезия встречается в клинике: ПК-5
а) шизофрении
б) эпилепсии
в) олигофрении
г) сенильного слабоумия

22.В клинике синдрома Корсакова наблюдаются: ПК-5
а) иллюзорное восприятие окружающего
б) фиксационная амнезия
в) зрительные галлюцинации
г) дезориентировка в месте и времени

23.К синдромам помраченного сознания относятся: ПК-5
а) делирий
б) сумерки
в) онейроид
г) аменция

24. К кратковременным расстройствам сознания по типу исключительных состояний относятся: ПК-5
а) патологическое опьянение;

б) сумеречные состояния;
в) патологические просоночные состояния;
г) патологический аффект;
д) психосенсорная аура.

25. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме ПК-5
а) кататонических включений
б) помрачения сознания
в) наплыва пареидолий и сценоподобных зрительных галлюцинаций
г) резко выраженных двигательных возбуждений
д) при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств

26.Делириозное помрачение сознания возможно при: ПК-5
а) алкоголизме
б) черепно-мозговой травме
в) инфекционном заболевании
г) остром приступе шизофрении

27. Клиническая картина развернутого делирия характеризуется: ПК-5
а) наплывом парейдолий, сценоподобных зрительных галлюцинаций;
б) двигательным беспокойством;
в) помрачением сознания;
г) кататоническими нарушениями;
д) массивными псевдогаллюцинациями.

28. Делирий можно наблюдать при: ПК-5
а) острой стадии эпидемического энцефалита
б) интоксикациях;
в) инфекционных заболеваниях;
г) шизофрении;
д) эпилепсии.

29.Онейроид представляет собой: ПК-5
а) пароксизмальное помрачение сознания
б) иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания
в) сумеречное помрачение сознания
г) сновидно- фантастическое помрачение сознания

30.Кататонический синдром характерен для клиники: ПК-5
а) алкоголизма
б) маниакально-депрессивного психоза
в) эпилепсии
г) шизофрении

31. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
а) обездвиженности застывшего амимичного лица
б) выраженного депрессивного аффекта
в) повышения мышечного тонуса
г) длительно сохранения одной позы
д) отказа от речи, негативизма

32. Основными чертами шизоидного аутизма являются ПК-5

а) замкнутость
б) недостаток интуиции, "непосредственного чутья действительности"
в) недостаток сопереживания
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного

33. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме ПК-5
а) снижения энергетического потенциала
б) эмоционального обеднения
в) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов
г) утраты единства психических процессов
д) нарастающей интравертированности

34. Для злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме ПК-5
а) возникновения в зрелом возрасте
б) начала болезни с негативной симптоматикой
в) быстроты наступления конечного состояния с момента манифестации психоза
г) синдромальной незавершенности позитивных расстройств, их полиморфизма
д) тяжести конечных состояний

35. Паранойяльная шизофрения развивается у лиц с чертами ПК-5
а) гиперактивности, настойчивости, обостренной нетерпимости к несправедливости
б) педантизма, склонности к порядку, рутине
в) замкнутости, мечтательности, стеснительности, пониженной самооценки
г) тревожной мнительности, неуверенности в своих силах
д) возбудимости

36.Конечным состоянием при параноидной шизофрении является ПК-5
а) тупое слабоумие
б) манерное слабоумие
в) шизофазия
г) бормочущее слабоумие
д) негативистическое слабоумии

37. Для дифференциальной диагностики шизофрении и маниакально- депрессивного психоза имеют значение следующие признаки ПК-5
а) течение сдвоенными аффективными состояниями
б) течение строенными аффективными состояниями
в) континуальный тип течения
г) все перечисленные
д) ни один из перечисленных

38. Эпилепсия – хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками ПК-5
а) ранним началом (детский, юношеский возраст)
б) разнообразными пароксизмальными расстройствами
в) типичными изменениями личности
г) всеми перечисленными
д) ни одним из перечисленных

39.Продром эпилептической болезни характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма ПК-5
а) головными болями
б) головокружениями
в) вегетативными расстройствами
г) разнообразными яркими цветными сновидениями, с картинами агрессии, надвигающихся предметов
д) всеми перечисленными

40.Аура характеризуется всеми следующими признаками, кроме ПК-5
а) кратковременного расстройства сознания (несколько секунд - десятки секунд)
б) сохранения в памяти субъективных переживаний
в) аффективной симптоматики
г) амнезии окружающей обстановки
д) отсутствия судорожного компонента

41.В развитии большого судорожного припадка различают ПК-5
а) тоническую фазу
б) клоническую фазу
в) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания)
г) все перечисленные фазы
д) верно а) и в)

42.Изменения личности при эпилепсии характеризуются следующими признаками ПК-5
а) речевой торпидностью (обстоятельность, застревание на деталях, трудность переключения)
б) двигательной торпидностью
в) полярностью психических нарушений (подобострастие контрастирует со злобностью и т.д.)
г) ни одним из перечисленных признаков
д) всеми перечисленными

43. Наибольшее число заболевших сифилисом мозга ПК-5
а) встречается среди лиц с нелеченным или плохо леченным сифилисом
б) приходится на возраст 30-50 лет
в) встречается среди лиц с интенсивно леченным сифилисом
г) приходится на возраст 18-30 лет
д) верно а) и б

44. При эндокринных заболеваниях в патогенезе психических нарушений играют роль ПК-5
а) только явления органического поражения мозга
б) только гормональные сдвиги
в) как биологические факторы, так и психогенные влияния и реакции личности на заболевание и вызванные им изменения
г) только психогенные факторы
д) только наследственные факторы

45.Для опухолей мезодиэнцефальной области характерны все следующие психические расстройства, кроме ПК-5
а) Корсаковского синдрома
б) сонливости
в) апатии

г) депрессии с преобладанием вялости
д) истерических расстройств

46.Критерии реактивных состояний по К. Ясперсу: ПК-5
а) возникновение психического расстройства после психотравмы
б) отражение психотравмы в клинической картине
в) выздоровление после прекращения действия психотравмы
г) осознание пациентом внутреннего конфликта

47. Основными чертами возбудимой психопатии являются все перечисленные, исключая ПК-5
а) постепенное напряжение с крайней раздражительностью
б) приступы ярости при несоответствии силы реакции силе раздражителя
в) склонность к самоанализу
г) повышенную требовательность к окружающим
д) нежелание считаться с мнением окружающих

48. К основным признакам психастении относятся все перечисленные, кроме ПК-5
а) лживости, псевдологии
б) общеастенических черт (раздражительной слабости, ранимости, чувства неполноценности)
в) выраженной нерешительности, неуверенности в себе, склонности к сомнениям
г) застенчивости, робости, конфузливости
д) малой активности, плохой приспособленности к жизни

49. Генетические методы исследования психических больных используются ПК-5
а) для диагностики психических заболеваний
б) для определения прогноза психических заболеваний
в) для определения степени риска психических заболеваний у потомства
г) для всего перечисленного
д) ни для чего из перечисленного

50.Основанием для недобровольного психиатрического освидетельствования и (при необходимости) недобровольной госпитализации служат: ПК-5
а) непосредственная опасность данного лица для себя или окружающих
б) его беспомощность, то есть неспособность удовлетворять основные жизненные потребности
в) существенный вред его здоровью, если данное лицо будет оставлено без психиатрической помощи
г) наличие всех трех условий одновременно

Ответы на тестовые задания

1 -	г	10 -	бг	19 -	г
2 -	г	11 -	абв	20 -	г
3 -	абв	12 -	г	21 -	г
4 -	бг	13 -	в	22 -	г
5 -	б	14 -	бг	23 -	бг
6 -	б	15 -	абв	24 -	абвг
7 -	б	16 -	абв	25 -	г
8 -	абв	17 -	абв	26 -	а
9 -	абв	18 -	абв	27 -	абв

28 - абв
29 - абв
30 - г
31 - г
32 - б
33 - г
34 - в
35 - а
36 - а
37 - в
38 - г
39 - г
40 - д
41 - г
42 - г
43 - д
44 - в
45 - д
46 - абв
47 - в
48 - а
49 - г
50 - абв

2 уровень

1. Соответствие названий учреждений их определению: ПК-5

1. Психиатрические стационары	А. подсобное предприятие, предназначенное для трудовой терапии и трудового обучения психически больных, обеспечивающее врачебное наблюдение за ними и, при необходимости, продолжение медикаментозного лечения
2. Психоневрологические диспансеры	Б. учреждение для оказания психиатрической помощи пациентам с купированной острой психотической симптоматикой
3. Дневной стационар	В. предназначены для лечения больных с психическими расстройствами психотического уровня, обследование больных и диагностика психических заболеваний, лечение с использованием биологической терапии, психотерапии, социально-трудовой реабилитации, проведения экспертиз и др.
	Г. учреждение, предназначенное для выявления больных с психическими расстройствами, их лечения, дальнейшего наблюдения и реабилитации

2. Соответствие клинической картины атрофическим деменциям ПК-5

1. болезнь Альцгеймера	А. начало после 65 лет, медленное развитие тотального слабоумия, преобладают расстройства памяти, ориентировки, относительно сохранны жизненные навыки и личностные свойства
2. деменции альцгеймеровского типа	Б. начало до 65 лет, быстрое развитие тотального слабоумия, расстройства памяти по закону Рибо, растущая амнестическая дезориентировка, конфабуляции, алексия, аграфия, агнозия и др.
3. болезнь Пика	В. начало после 70 лет, характерны колебания выраженности когнитивных расстройств, наличие зрительных и слуховых галлюцинаций и экстрапирамидных нарушений
	Г. начало в 50-60 лет, процесс локализуется в лобных долях, характерны аспонтанность, пассивность, бездеятельность, эмоциональное обеднение, распад речи

3. Подберите соответствия: ПК-5

1. абсанс	А. приступы без судорог, но с нарушением или изменением сознания, на ЭЭГ очаговая эпилептическая активность
2. сложный парциальный приступ	Б. внезапное кратковременное выключение сознания,на ЭЭГ генерализованная активность в виде медленноволновой или острая-медленная волна
3. простой парциальный приступ,	В. характерно начало в виде судорожного или бессудорожного парциального приступа с последующим двусторонним распространением судорожной двигательной активности на все группы мышц
	Г. приступ без потери сознания на ЭЭГ очаговая эпилептическая активность

4. Определите соответствие условий оказания психиатрической помощи: ПК-5

1. Психиатрическая помощь гражданам РФ	А. применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, и по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном Законом
2. Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным	Б. психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном Законом
3. Принудительные меры медицинского характера	В. оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных Законом

	Г. применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния

5. Соотнесите методы обследования их определению: ПК-5

1. Общая психологическая оценка	А. использует экспериментальные методики-тесты, с помощью которых выявляются особенности функционирования отдельных сфер психической деятельности и интегративных образований — темперамента, характера, свойств личности
2. Патопсихологическая диагностика	Б. метод объективного измерения одного или нескольких аспектов целостной личности через вербальные ответы на определенным образом, сформулированные вопросы или через другие поведенческие проявления
3. Психологическое тестирование	В. позволяет составить дальнейший план действий и затем оценить их эффективность в процессе сравнения оценки до начала и после окончания терапевтических воздействий
4. Контент-анализ	Г. обнаружение изменений отдельных психических функций и выявление (выделение) патопсихологических синдромов
	Д. предполагает исследование документов или любых других источников и позволяет выделить определенные смысловые единицы содержания и формы передачи информации в каком-либо тексте

Ответы на задания 2 уровня:

1) 1 - В ; 2 – Б ; 3 - Г
2) 1 - Б ; 2 – А ; 3 - Г
3) 1 - Б ; 2 – А ; 3 – Г ; 4 - В
4) 1 - В ; 2 – Б ; 3 - Г
5) 1 - В ; 2 – А ; 3 – Б ; 4 - Д

3 уровень.
Выберите правильные варианты ответов.

Задача №1 ПК-5, ПК-8
Пациент М., 53 года. Ранее к психиатру, наркологу не обращался. ЧМТ не было. Поступление в психиатрический стационар первичное. В течение последнего года снизилась память на события прошлого, утратились профессиональные навыки, дома стал с трудом себя обслуживать.
Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в себе, дезориентирован в месте, времени. Выглядит растерянным, с трудом сообщает анамнестические сведения. Бреда, обманов восприятия выявить не удается. Жалуется на снижение памяти. Не может назвать лежащие на столе предметы, пытается дать им словесное описание. При письме буквы в словах не разделяет, слова пишет слитно, без интервалов. Не может выполнить элементарные арифметические операции. Не может показать без предмета, как совершается то или иное действие, нарушена право-левая ориентировка, ориентировка в окружающем. В речи присутствуют отдельные стереотипные обороты. Затрудняется описать свое состояние. При трудностях в выполнении заданий переживает свои неудачи. Настроение не резко снижено. В поведении спокоен, внешне опрятен.
На обзорной рентгенограмме свода и костей черепа без патологии. На ЭЭГ снижение порога судорожной готовности.

1.Сформулировать предварительный диагноз
а) деменция при болезни Пика
б) сосудистая деменция
в) деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом

г) деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

2.Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме
а) болезни Пика
б) сосудистой деменции
в) шизофрении
г) деменции с тельцами Леви

3. Лечение включает в себя все, кроме
а) холинергических препаратов
б) электросудорожной терапии
в) ноотропных препаратов
г) стимулирующих методов (музыкотерапии, арт-терапии, разгадывания кроссвордов, физических упражнений)

Задача №2 ПК-5
Пациентка, 50 лет. За последние 2 года перенесла тяжелый грипп и черепно-мозговую травму. Последний год беспокоят сильные головные боли, головокружения, на высоте которых тошнота, иногда рвота, двоение в глазах. Бывают внезапно возникающие и также внезапно прекращающиеся сердцебиения и повышения температуры. Во время таких, приступов отмечается полиурия. Часто перед глазами возникают искры, разноцветные полосы, вертящиеся и проплывающие слева направо шары. Иногда кажется, что "плывет кровать" или что она сама куда-то проваливается. Реже, только при засыпании, ощущает, что у нее укорачиваются руки, затем ноги и вся она становится маленькой. Пугается, вскакивает. При этом неприятные ощущения исчезают. После этого долго не может уснуть.

1.Сформулировать предварительный диагноз
а) органическое заболевание головного мозга сложного генеза
б) органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза
в) органическое заболевание головного мозга атрофической этиологии
г) органическое заболевание головного мозга опухолевой этиологии

2. Дифференциальная диагностика проводится со всеми заболеваниями, кроме
а) острых и преходящих психотических расстройств
б) деменции при атрофических заболеваниях головного мозга
в) галлюцинозов позднего возраста
г) биполярного аффективного расстройства

3. Лечение включает все перечисленное, кроме
а) транквилизаторов
б) антиконвульсантов
в) холинергических препаратов
г) нейролептиков

Ответы:
Задача 1 : 1) г 2) в 3) б
Задача 2 : 1) а 2) г 3) в

Критерии оценки:

- оценка «зачтено» - не менее 71 % правильных ответов;
- оценка «не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.Примерные ситуационные задачи, критерии оценки (ПК-5, ПК-8)

Задача 1 ПК-5

Больной Б., 40 лет. Спиртные напитки употребляет с 16 лет, с 19 лет систематически употребляет алкоголь, отмечаются запои длительностью 7-10 дней, сформирован абстинентный синдром. По окончании очередного запоя чувствовал себя разбитым, усталым, испытывал головные боли. По вечерам ощущал страх, слышал оскорбительные оклики по имени, стал думать, что за ним следят, что окружающие о нем говорят, прислушивался, боялся идти на работу. Однажды внезапно почувствовал ощущение тепла и «прижигания» кожи головы. Заметил, что напротив спящий мужчина шевелит губами, и в голову врывается звук, гудение. Затем услышал: «вот это он и есть, отсюда живым не выйдет». Решил, что это голос сидящего напротив мужчины, который указывал его приметы и как следить за ним. Ощущение страха росло, больной встал и начал быстро ходить по залу вокзала. Мужчина «не давал покоя», наводил теплые лучи на затылок. Больной «ощущал тепло» под шапкой, у него громко стучало в голове, слышал бряцание затвора оружия. Больной в кармане раскрыл перочинный нож, затем быстро подошел к мужчине, голос которого ранее слышал, и стал наносить ему удары ножом. При задержании больной не сопротивлялся, после ареста не спал до утра, испытывал страх, опасался, что его убьют, снова слышал угрозы, голос пострадавшего мужчины, но «действие лучей» прекратилось.

Вопросы:

1. Определить ведущие симптомы и синдромы
2. Тактика ведения больного.
3. Решить вопрос о госпитализации больного в психиатрический стационар.

Решение:

3. У пациента имеются истинные вербальные галлюцинации, тактильные псевдогаллюцинации с чувством сделанности, бред преследования, интерпретативные вербальные галлюцинации, страх смерти, агрессивное поведение в отношении преследователей. Ведущий синдром – галлюцинаторно-параноидный.

4. Предварительный диагноз: алкогольный галлюциноз

3. Согласно Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» психиатрическое освидетельствование возможно в недобровольном порядке при наличии у больного тяжелого психического расстройства, которое обуславливало хотя бы одно из трех возможных обстоятельств:

а) непосредственную опасность больного для себя или окружающих

б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

в) существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи.

Поскольку у пациента имеются выраженные психические расстройства (острая галлюцинаторно-бредовая симптоматика), и пациент представляет опасность для окружающих, он, согласно п. «а» ч.4 ст.23 Закона подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию и последующей госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке в случае отказа от госпитализации.

Задача 2 ПК-5

Пациентка М. больна в течение многих лет. С 12-летнего возраста стали нарастать измене-

ния личности: стала пассивной, безразличной и холодной к матери, перестала учиться в школе, ничем не занималась. Живёт с матерью, которая полностью её обслуживает, ни к чему не проявляет интереса. Целыми часами стереотипно раскачивается, сидя на стуле, речь разорванная, иногда становится жестокой к матери, бьёт её, прожорлива, контакт с больной затруднён.

Ответьте на вопросы:

1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. План лечения

Задача 3 ПК-5, ПК-8

У больного появилось недовольство тем, что жена слишком оживлена в компании, кокетничает с молодыми людьми, подчеркнуто развязно танцует; он подметил, что и на улице жена как-то «умышленно» привлекает к себе своим поведением внимание мужчин, краснеет при встрече с ними. Семейные ссоры становились обыденным явлением. Поводом могло послужить незначительное опоздание с работы, «подозрительное пятно» на платье или белье, визит родственников и т.д. В целях проверки и подтверждения своих подозрений муж обшаривал сумки жены, карманы, осматривал ее белье. В связи с такого рода подозрениями был агрессивен по отношению к жене: наносил побои, угрожал расправой.

Ответьте на вопросы:

1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. План лечения

Задача 4 ПК-5, ПК-8

Больной Д., 29 лет. После перенесенного ОРВИ на фоне сохраняющейся слабости появилось пониженное настроение, адинамия. Через 2 недели больной стал деятельным, суетливым, отмечался короткий сон с ранним пробуждением, вмешивался в работу сослуживцев, давал им советы, настроение было приподнятое. Через несколько дней больной стал настороженным, подозрительным, замечал на себе «пристальные» взгляды прохожих, улавливал «особое значение» в их поступках, считал, что отношение сослуживцев к нему изменилось, т.к. ему «завидуют». В дальнейшем стал высказывать идеи о том, что на него кто-то воздействует, что проявляется в постороннем наплыве мыслей. Утверждал, что окружающие люди догадываются о его мыслях. Окружающее воспринималось как «измененное», «как эксперимент», «испытание». Настроение менялось в течение суток с быстрым переходом от восторга к тревоге и страху, при этом больной начинал высказывать или отрывочные идеи величия, или идеи виновности. Поведение определялось болезненными переживаниями. Данное состояние длилось в течение 1,5 месяцев, после чего в течение 3 недель сохранялось нерезко сниженное настроение, адинамия, апатия, астения.

Ответьте на вопросы:

1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. План лечения

Задача 5 ПК-5, ПК-8

Больная М., 42 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В возрасте 14 лет впервые наблюдался генерализованный судорожный приступ с потерей сознания длительностью до 2 минут. На фоне приема ПЭП приступы 1-2 раза в 2-3 месяца. Ухудшение состояния произошло после того, когда больная была уволена с предприятия по сокращению шта-

тов. Приступы участились до 2-3 раз в неделю, их продолжительность увеличилась, в связи с чем больная была госпитализирована в стационар. При осмотре врачом больная внезапно упала, при попытке открыть глаза сопротивлялась осмотру, не реагировала на внешние раздражители, наблюдались судорожные подергивания рук и ног, такое состояние длилось 10-12 минут, после чего больная встала, села на стул, жаловалась на слабость и головные боли. При экспериментально-психологическом обследовании отмечена тугоподвижность, обстоятельность мышления, незначительное снижение непосредственной и опосредованной памяти. На ЭЭГ зарегистрировано снижение порога судорожной готовности головного мозга.

Ответьте на вопросы:

1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. План лечения

Критерии оценки

- ***оценка «зачтено»*** - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

- ***оценка «не зачтено»*** - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

3.4 Примерный перечень практических навыков, критерии оценки (ПК-5, ПК-8)

- Умение определять показания к госпитализации в психиатрический стационар ПК-5
- Умение выявлять больных, нуждающихся в добровольной и недобровольной госпитализации. ПК-5, Заполнение медицинской документации при госпитализации пациентов в психиатрический стационар ПК-5
- проведение психиатрического, неврологического и общесоматического исследования пациентов. ПК-5
- интерпретация результатов анализов, рентгенограмм, ЭЭГ-исследований, заключений КТ и МРТ. ПК-5
- описание психического статуса. ПК-5
- Назначение психофармакотерапии ПК-5
- умение корригировать расстройства сна ПК-5, ПК-8
- Умение выявлять и купировать злокачественный нейролептический синдром ПК-5
- Умение корригировать хронические неврологические побочные эффекты терапии психотропными средствами ПК-5, ПК-8
- Умение корригировать соматовегетативные побочные эффекты терапии психотропными средствами ПК-5
- Владение рациональной психотерапией ПК-5
- Владение фитотерапией пограничных психических расстройств ПК-5, ПК-8
- Курация больных с различными видами психических расстройств с целью выявления симптомов и синдромов болезни; диагностика с учетом данных, полученных в ходе беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования. ПК-5, ПК-8
- Постановка диагноза с учетом сопутствующих синдромов, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы. ПК-5, ПК-8
- Профилактика психических заболеваний ПК-8

Критерии оценки:

- *оценка **«зачтено»*** - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

- *оценка **«не зачтено»*** - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, - 150 тестов

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	**36**
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8

Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	**32**
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	**32**
Всего тестовых заданий	**30**
Итого баллов	**100**
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование проводится на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения приема практических навыков

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю).

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает пе-

речень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков осуществляется на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех практических и семинарских занятий, в ходе которых обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.3. Методика проведения собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания охватывает всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий. Деканатом факультета, отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности

компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование проводится по ситуационным задачам. Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме зачёта – оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

Составитель: М.В. Злоказова
Зав. кафедрой М.В. Злоказова