

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Павлов Валентин Николаевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.01.2023 10:13:23
Уникальный программный ключ:
a562210a8a161d1bc9a34c4a0a3e820ac76b9d73665849e6060b7e5a4e71d6e9

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
А. А. Цыглин
А. А. Цыглин
« 23 » мая 2021 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ПСИХИАТРИЯ

(наименование дисциплины)

Разработчик	<u>Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО</u>
Специальность	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
Наименование ООП	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
ФГОС ВО	<u>Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «13» августа 2020 г. № 998</u>

Паспорт оценочных материалов по дисциплине / Психиатрия

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/направление подготовки	30.05.01 Медицинская биохимия
2.	Наименование дисциплины	Психиатрия
3.	Для оценки «отлично» не менее	91%
4.	Для оценки «хорошо» не менее	81%
5.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71%
6.	Время тестирования (в минутах)	90 минут

Код контролируемой компетенции

ОПК-1. Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
1	К ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ, В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (ЧМТ) ОТНОСИТСЯ: А. Психоорганический синдром Б. Деменция В. Делирий Г. Ничего из перечисленного	В
2	К НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКЕ (ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ) В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ОТНОСИТСЯ: А. Дисфории Б. Холодность к близким В. Повышенная синтонность, откликаемость эмоций Г. Ничто из перечисленного	Б
3	ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЭТО: А. Редкие приступы Б. Abortивные приступы В. Тонико-клонические приступы Г. Серийные приступы, во время которых пациент не приходит в сознание	Г
4	НАРКОМАНИЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ: А. Циклодола Б. Гашиша В. Марихуаны Г. Кокаина	А
5	ЧЕРЕДОВАНИЕ МАНИАКАЛЬНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ ФАЗ, МЕЖДУ КОТОРЫМИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ИНТЕРМИССИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: А. Рекуррентной шизофрении Б. Биполярного расстройства В. Параноидной шизофрении Г. Ни для чего из перечисленного	Б
Дополните		
6	Шизофрения – это _____	психическое расстройство,

		<p>характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататонно-гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абулия, алогия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.) и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям.</p>
7	Антипсихотики - _____	<p>группа психофармакологических средств психолептического действия, подавляющих дофаминовую нейротрансмиссию за счет блокады дофаминовых рецепторов II типа и способных редуцировать психотическую симптоматику и психомоторное возбуждение.</p>
8	Типичные (традиционные) нейролептики или антипсихотики первого поколения – это _____	<p>антипсихотические средства, первоначально появившиеся в клинической практике.</p>
9	Атипичные антипсихотики или антипсихотики второго поколения обладают _____	<p>лучшей неврологической переносимостью в связи с особенностями их нейрохимического профиля действия (напр., антагонизм к серотониновым рецепторам второго типа, частичный агонизм к дофаминовым рецепторам и др.).</p>
10	Нелекарственные методы биологического воздействия – это _____	<p>терапевтическое вмешательство, не относящееся к фармакологическому и использующее другие методы физического лечения (например, электросудорожная терапия, плазмаферез, транскраниальная магнитная стимуляция, лазеротерапия и др.)</p>
11	Общепринятой этиологической	<p>стресс-диатезная модель</p>

	теорией шизофрении является	происхождения шизофрении, в которой находит отражение представление о значении в развитии болезни не только наследственного, но и средовых, в том числе социальных факторов.
12	Риск развития шизофрении у детей, если один из родителей страдает данным заболеванием, составляет _____	7-13%
13	Риск шизофрении возрастает в случаях, когда человек рос в _____ местности.	Городской
14	Манифест шизофрении почти в половине случаев приходится на возраст до _____	30 лет
15	Согласно МКБ-10, шизофрения имеет шифр _____	F20
16	Ложное восприятие реального объекта – это _____	Иллюзия
Ответьте на вопрос		
17	Какой синдром наблюдается в исходе шизофрении?	Апато-абулический
18	Какую группу препаратов не рекомендуется использовать в терапии депрессии при биполярном аффективном расстройстве?	ТЦА
19	Триада Протопопова включает в себя следующие симптомы?	Мидриаз, тахикардия, запоры
20	Ангедония – это _____?	утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляет удовольствие

Код контролируемой компетенции

ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
21	ГАЛЛЮЦИНАЦИИ - ЭТО: А. Ложные идеи Б. Расстройство схемы тела В. Гиперестезия Г. Восприятие без объекта	Г
22	БРЕД - ЭТО: А. Ложная, не соответствующая действительности идея [умозаключение] Б. Идея, возникшая на болезненной почве В. Идея не доступная коррекции Г. Нарушение мышления	А
23	ДЛЯ СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ БРЕД: А. Самообвинения Б. Воздействия В. Величия Г. Верно всё перечисленное	Б
24	ПО ЗАКОНУ РИБО РАЗВИВАЕТСЯ: А. Антероградная амнезия Б. Фиксационная амнезия В. Ретроградная амнезия Г. Прогрессирующая амнезия	Г
25	ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ: А. Аура Б. Абсанс В. Амбулаторный автоматизм Г. Ступор кататонический	Г
Дополните		
26	Согласно МКБ-10 выделяют следующие формы шизофрении: _____	параноидная, гебефреническая (гебефреническая), кататоническая, недифференцированная, резидуальная и простая.
27	К клиническим проявлениям параноидной формы шизофрении относятся	галлюцинации и/или бред: галлюцинаторные голоса угрожающего или императивного характера или слуховые галлюцинации без вербального оформления, обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения; бред преследования, воздействия, отношения, значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений

		или ревности.
28	К клиническим проявлениям гебефренической формы шизофрении относятся	отчетливая и продолжительная эмоциональная сглаженность или неадекватность; поведение, которое характеризуется больше дурашливостью, нежели нецеленаправленностью; отчетливые расстройства мышления в виде разорванной речи.
29	К клиническим проявлениям кататонической формы шизофрении относятся	в течение минимум двух недель должны отчетливо определяться один или более из следующих кататонических симптомов: ступор или мутизм; возбуждение; застывания; негативизм; ригидность; восковая гибкость; подчиняемость
30	Недифференцированная форма шизофрении выставляется, если _____	симптоматика или недостаточна для выявления другой формы шизофрении, или симптомов так много, что выявляются критерии более одной формы шизофрении
31	Выделяют следующие типы течения шизофрении	непрерывный, эпизодический с нарастающим дефектом, эпизодический со стабильным дефектом, эпизодический ремиттирующий.
32	Достаточно часто проведение антипсихотической терапии сопровождается развитием _____ симптоматики	экстрапирамидной
33	При повышенной массе тела, диабете 2 типа и метаболическом синдроме не рекомендуется назначать следующие антипсихотики: _____	оланзапин, клозапин

34	Терапевтически резистентная шизофрения диагностируется при _____	отсутствии уменьшения выраженности психопатологической симптоматики и/или иных ключевых симптомов на фоне терапии двумя антипсихотиками различных химических классов (как минимум, один из антипсихотиков должен быть АВП) в рекомендуемых терапевтических дозировках на протяжении, как минимум, 6–8 недель каждым препаратом
35	В диагностике негативной симптоматики при шизофрении следует использовать шкалу оценки негативных симптомов _____	BNSS

36	Галлюцинации – это _____	Восприятие без объекта
37	Идеи, не соответствующие действительности, не поддающиеся коррекции, возникающие на патологической почве, называются _____	Бредовыми
38	Искаженное восприятие размеров и формы отдельных частей собственного тела – это _____	Расстройство «схемы тела»
39	Ментизм – это _____	Непроизвольный и неконтролируемый наплыв мыслей, представлений
40	Гаэтан Гасьян де Клерамбо описал 3 вида психических автоматизмов: _____	Идеаторный, моторный, сенсорный

Код контролируемой компетенции

ПК-2. Способен интерпретировать результаты лабораторных исследований и консультировать врачей клиницистов по особенностям интерпретации лабораторных данных и рекомендовать им оптимальные алгоритмы лабораторной диагностики

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
41	<p>ХРОНИЧЕСКАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ ПРИВОДИТ:</p> <p>А. К маниакально-депрессивному психозу</p> <p>Б. К неврозу</p> <p>В. К шизофрении</p> <p>Г. К эпилепсии</p>	Б
42	<p>ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ АФФЕКТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>А. Оглушение</p> <p>Б. Делирий</p> <p>В. Онейроид</p> <p>Г. Сумеречное состояние</p>	Г
43	<p>ОТРАЖЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ:</p> <p>А. Острых реактивных психозов</p> <p>Б. Эндогенной депрессии</p> <p>В. Шизофрении</p> <p>Г. Всего перечисленного</p>	А
44	<p>ДЛЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ НЕХАРАКТЕРНО:</p> <p>А. Эмоциональная лабильность</p> <p>Б. Снижение интеллектуальной деятельности</p> <p>В. Снижение памяти</p> <p>Г. Паралогичность в мышлении</p>	Г
45	<p>ПРИЗНАКОМ СОПОРА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А. Субдепрессия</p> <p>Б. Гипомания</p> <p>В. Гипорефлексия</p> <p>Г. Гипнагогические галлюцинации</p>	В
<i>Дополните</i>		
46	<p>Биполярное аффективное расстройство (БАР) – это</p>	<p>Хроническое рецидивирующее заболевание из категории психических расстройств аффективной сферы, характеризующееся повторными (по крайней мере двумя) эпизодами, при которых настроение и уровень</p>

		активности значительно нарушены.
47	БАР, как правило, манифестирует в _____ возрасте.	Молодом возрасте или в позднем пубертатном (до 20 лет)
48	БАР I типа включает в себя _____	наличие хотя бы одного развернутого маниакального или смешанного эпизода и одной депрессии
49	БАР II типа включает в себя _____	наличие хотя бы одного гипоманиакального эпизода и одного депрессивного при отсутствии в анамнезе развернутых маниакальных состояний
50	По вариантам клинического течения БАР выделяют _____	альтернирующее, континуальное, быстроциклическое (БЦ) (включает ультрабыстроциклическое и ультраультрабыстроциклическое).
51	Альтернирующее течение при БАР характеризуется _____	наступлением эутимного периода после очередной аффективной фазы.
52	Континуальное течение при БАР характеризуется _____	отсутствием интермиссий, непрерывной смены фаз.
53	Быстроциклическое течение при БАР – это _____	один из наиболее неблагоприятных вариантов течения заболевания, определяется развитием не менее 4 аффективных фаз в течение одного года
54	Ультрабыстрые циклы при БАР – это _____	развитие 4 или более аффективных фаз в течение одного месяца.
55	Ультраультрабыстрые циклы при БАР – это _____	возникающие в течение одного дня, которые практически невозможно отличить от персистирующего, крайне неустойчивого смешанного аффективного состояния

56	Застревание на второстепенных деталях с невозможностью выделения главного и второстепенного называется _____	Обстоятельностью
57	В маниакальную триаду входят: повышенное настроение, психомоторное возбуждение и _____	Ускорение мышления
58	Дидактогения - это психическое расстройство пограничного уровня, вызванное неосторожным	Педагогом

	высказыванием или действиями _____	
59	Шперрунг – это _____	Внезапный обрыв мысли, осознается как кратковременное отсутствие мысли в голове.
60	Назначение антидепрессантов из группы ТЦА при биполярном аффективном расстройстве (текущий эпизод депрессии) может привести к _____	Инверсии фазы

Код контролируемой компетенции

ПК-13 - Способен к выполнению фундаментальных научных биомедицинских исследований.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
61	<p>ДЛЯ БОЛЕЗНИ ДАУНА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А. Наличие лишней 21 хромосомы</p> <p>Б. Отсутствие 20 хромосомы</p> <p>В. Длинные конечности, короткое туловище</p> <p>Г. Ничего из перечисленного</p>	Г
62	<p>ВЫЯВИТЬ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНО МОЖНО:</p> <p>А. Расспросив больного о его намерениях, с дальнейшим наблюдением за ним</p> <p>Б. По результатам дексаметазонового теста</p> <p>В. По уровню 5-гидроксииндолуксусной кислоты в спинномозговой жидкости</p> <p>Г. Всё перечисленное</p>	А
63	<p>ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ-</p> <p>А. Перенос кислорода</p> <p>Б. Образование антител</p> <p>В. Участие в свертывании крови</p> <p>Г. Фагоцитоз</p>	А
64	<p>КАРБОКСИГЕМОГЛОБИН — ЭТО</p> <p>А. Соединение гемоглобина с угарным газом</p> <p>Б. Соединение гемоглобина с углекислым газом</p> <p>В. Соединение гемоглобина с кислородом</p> <p>Г. Соединение гемоглобина с углеродом</p>	А

65	<p>ПРИ КОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>А. Повышение физиологических рефлексов</p> <p>Б. Сужение сознания</p> <p>В. Расширение зрачков</p> <p>Г. Утрата сознания и физиологических рефлексов</p>	Г
<i>Дополните</i>		
66	Тревога – это _____	отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия.
67	Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – это _____	распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно каким-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»)
68	Среди факторов риска появления ГТР выделяют _____	Личностные особенности, социальные факторы, генетические и физиологические факторы.
69	Распространенность ГТР в течение жизни варьируется _____	от 0,1 до 8,5% и в среднем составляет около 5% случаев среди взрослого населения.
70	При классификации ГТР выделяют _____	Хроническое и рекуррентное генерализованное расстройство
71	К вегетативным урогенитальным симптомам ГТР относятся: _____	учащенное мочеиспускание, нарушения эрекции, диспареуния, снижение

		либидо, менструальные нарушения, временная аменорея
72	Основная цель лабораторных исследований при ГТР заключается в _____	исключении соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ГТР.
73	Пациентам с генерализованной тревогой рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для оценки уровня тревоги и ее динамики: _____	Шкала тревоги Гамильтона, скрининговый опросник ГТР-7 (GAD-7)
74	Пациентам с ГТР в качестве препаратов первой линии преимущественно рекомендуется начинать терапию с назначения _____.	СИОЗС
75	Пациентам ГТР с выраженной тревогой и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии рекомендуется краткосрочное применение _____	бензодиазепинов
76.	Равнодушие и бездеятельность свойственны больным в состоянии _____ синдрома	Апато-абулического
77.	В терапии биполярного аффективного расстройства используются преимущественно препараты из группы _____	Нормотимиков
78.	Чередование субдепрессии и гипомании характерно для _____	Циклотимии
79.	Триада Ясперса (реактивные состояния) включает _____	реактивное состояние вызывается психической травмой; психогенно-травмирующая ситуация отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов; реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины.
80.	Перечислите основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую	а) его непосредственную опасность для себя или

	психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке	<p>окружающих, или</p> <p>б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или</p> <p>в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.</p>
--	--	--

Код контролируемой компетенции

ПК-14. Способен к выполнению прикладных и поисковых научных биомедицинских исследований и разработок.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
81	<p>НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ЧАЩЕ БЫВАЕТ СИНДРОМ:</p> <p>А. Астенический</p> <p>Б. Истерический</p> <p>В. Фобический</p> <p>Г. Депрессивный</p>	А
82	<p>ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ТРУДА, КРОМЕ:</p> <p>А. Работа связанная с умственной нагрузкой</p> <p>Б. Работа связанная с тяжелой физической нагрузкой</p> <p>В. Работа в ночную смену</p> <p>Г. Работа в горячих цехах</p>	А
83	<p>ПРИ ОБЩЕНИИ С СОЦИАЛЬНО-ОПАСНЫМ БОЛЬНЫМ ВРАЧУ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ:</p> <p>А. Говорить спокойным голосом</p> <p>Б. Проявлять твердость, уверенность в себе</p> <p>В. Стараться опровергнуть бредовые идеи больного</p> <p>Г. Стараться показывать свое сочувствие и</p>	В

	соучастие	
84	<p>ДЛЯ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:</p> <p>А. Пониженная самооценка</p> <p>Б. Медлительность, тугоподвижность мышления</p> <p>В. Педантизм и аккуратность</p> <p>Г. Злопамятность и мстительность</p>	А
85	<p>ПОЛНОЙ АМНЕЗИЕЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:</p> <p>А. Аура</p> <p>Б. Дисфория</p> <p>В. Абсанс</p> <p>Г. Deja vu</p>	В
<i>Дополните</i>		
86	Умственная отсталость – это _____	это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.
87	Паническое расстройство - _____	одно из наиболее распространенных психических расстройств, которое проявляется повторными паническими приступами, часто возникающими спонтанно, непредсказуемо для пациента без связи со специфическими ситуациями, конкретными объектами, физическим напряжением или опасными для жизни ситуациями, при этом довольно быстро формируется антиципационная тревога – страх ожидания приступа
88	Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется _____	повторяющимися навязчивыми мыслями,

		<p>образами, импульсами или идеями (обсессиями), обычно вызывающими беспокойство или страдание (дистресс), а также повторяющимися идеаторными (мыслительными) или поведенческими феноменами (компульсиями), сопровождающимися ощущением необходимости их выполнить либо в соответствии с обсессиями, либо согласно определенным правилам, которые необходимо соблюдать для достижения чувства «завершённости действия»</p>
89	<p>В качестве примеров «табуированных мыслей» при ОКР можно привести _____</p>	<p>агрессивные, сексуальные, богохульные обсессии и связанные с ними компульсии</p>
90	<p>_____ - обсессии и компульсии по поводу собирания и накопления различных предметов.</p>	<p>Хординг</p>
91	<p>При подозрении наличия ОКР следует проводить дифференциальный диагноз с _____</p>	<p>различными формами тревожно-фобических и связанных со стрессом расстройств, депрессивным эпизодом, тиками, ананкастным (обсессивно-компульсивным) расстройством личности, расстройствами приема пищи, импульсивными действиями при расстройствах влечений, синдромом дисморфофобией, а также симптомами навязчивостей в рамках психотических состояний при расстройствах шизофренического спектра</p>
92	<p>К лекарственным препаратам первого выбора при лечении ОКР относят _____</p>	<p>СИОЗС</p>

93	_____ - трициклический антидепрессант (ТЦА) с выраженным серотонинпозитивным действием, который считается «эталонным» антидепрессантом для лечения ОКР.	Клопирамин
94	Корасковский синдром включает в себя следующие проявления: _____	Фиксационная амнезия; антероретроградная амнезия; амнестическая дезориентировка; парамнезии
95	Клиническими вариантами психоорганического синдрома являются: _____	Астенический, эксплозивный, эйфорический, апатический.
96.	Депрессивная триада включает: снижение настроение, замедление мышления и _____	Двигательную заторможенность
97.	_____ - состояние пролонгированного эпилептического приступа или повторяющихся приступов, в интервалах между которыми состояние больного не возвращается к исходному.	Эпилептический статус
98.	Демонстративность характерна для _____ психопатии.	Истерической
99.	Экстрапирамидные расстройства в качестве побочных эффектов возможны при терапии _____	Нейролептиками
100.	При диагностике нейросифилиса и прогрессивного паралича применяется реакция, для проведения которой необходим ликвор – это реакция _____	С коллоидным золотом (Ланге)

Задачи

Код контролируемой компетенции

ОПК-1. Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-1	Больная 30 лет, наследственность отягощена — дядя по матери страдал	1.Биполярное аффективное расстройство,

		<p>дебильностью, двоюродный брат — психастеник. Развивалась нормально. Всегда веселая, жизнерадостная, энергичная, подвижная. В возрасте 25 и 30 лет перенесла приступы заболевания с переживанием чувства тоски. Попыталась покончить с собой. В последующим были 2 эпизода спонтанного подъема настроения, с ускорением мышления, двигательной активности, гетеросексуальности, с укорочением сна</p> <p>Последний месяц стала плохо работать, делала ошибки, плохо спала. Стала задумчивой, медлительной, не справлялась с домашними работами, не успевала. Родным говорила, что она лентяйка, «распутная женщина», она не достойна мужа и детей. Считает, что все ее презирают. Держится одиноко.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Пациентке в качестве поддерживающей терапии после выписки был назначен карбонат лития. Какой показатель крови необходимо контролировать, чтобы повысить безопасность терапии? 3. Пациентка, принимая карбонат лития, самостоятельно увеличила дозировку. Через некоторое время она обратилась к терапевту в связи с полиурией. Какие лабораторные исследования необходимо провести? С чем может быть связано текущее состояние? 	<p>текущий эпизод мании без психотических симптомов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Концентрацию лития (терапевтический диапазон при поддерживающей терапии 0,6 – 0,8 ммоль/л) 3. ОАК, БХ. <p>Побочные эффекты от терапии (нарушение функции почек)</p>
2.	ОПК-1	<p>Больной К., 23 лет, сельский житель. В течение многих недель почти совершенно неподвижен, лежит в постели согнувшись, колени приведены к животу. Не разговаривает, на вопросы не отвечает. Лицо амимичное, сальное,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кататонический ступор. Шизофрения. 2. Злокачественный нейролептический синдром

		<p>изо рта вытекает слюна. Поднятый с постели стоит неподвижно, опустив голову. Можно придать больному любую позу, которую он затем сохраняет в течение 10-15 минут. Подолгу задерживает кал и мочу. Ест после растормаживания внутривенным введением амиталнатрия и кофеина. После еды бродит по палатам, с любопытством разглядывает больных. В это время удается вступить с больным в контакт. Он сообщает, что слышит «голоса», идущие от стены, из-под пола, которые запугивают больного, угрожают избить. На стене видятся различные образы людей и тени зверей, от батареи отопления исходят синие лучи, которые действуют на больного, вызывая головную боль. Кажется, что все его мысли знают окружающие, его «на два дня умертвили, а затем воскресили», спрашивает у врача, «есть ли надежда на жизнь». Минут через 40-50 после введения амиталнатрия вновь наступает состояние заторможенности.</p> <p>1.Предположите наиболее вероятный диагноз.</p> <p>2. С целью лечения врач назначил пациенту галоперидол. Через некоторое время появились следующие симптомы: гипертермия, мышечный гипертонус, тахикардия. Какое состояние можно предполагать у пациента?</p> <p>3. Какие изменения при таком состоянии могут быть в ОАК и БХ?</p>	<p>3. Ускорение СОЭ, умеренный лейкоцитоз без палочкоядерного сдвига, лимфопения, повышение активности КФК.</p>
3.	ОПК-1	Ситуационная задача. Больной Н., 28 лет, употребляет алкоголь с 14	1. Алкогольный делирий.

		<p>лет. В последние 5 лет пьет запоями. Очередной запой длился 2 недели. Через 3 дня после его прекращения ухудшился сон. На 6-ой день появились тревога, беспокойство, видел «фогатых» людей, которые изменялись в размерах, то приближались, то удалялись. Несколько раз пытался выброситься из окна.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Какие биомаркеры обладают диагностической ценностью при определении наличия алкогольной зависимости? 3. Какая специфическая терапия используется при лечении алкогольной зависимости? 	<p>Хронический алкоголизм 2-3 стадии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. АСТ, АЛТ, ГГТ, СКОЭ (MCV), УДТ (CDT), этанол 3. Налтрексон, дисульфирам
4.	ОПК-1	<p>Пациентка 25 лет обратилась к психиатру для решения вопроса обследования по поводу своего состояния. Месяц назад у пациентки умерла мать от хронического сердечного заболевания. Психическими заболеваниями родственники не страдали.</p> <p>Пациентку беспокоят: сниженное настроение, заторможенность мыслительной деятельности, тревога, беспокойство. Больная с трудом справляется с ситуацией утраты, двигательно заторможена, не может приспособиться к новому состоянию в клинике заболевания звучат психотравмирующие моменты. Стала раздражительной испытывает трудности концентрации внимания не может выполнять ранее привычные</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тревожно-депрессивный, тревога, инсомния, астения, 2. Депрессивный эпизод средней степени 3. Тревожно-депрессивное 4. Благоприятный 5. Антидепрессанты с седативным эффектом

		<p>обязанности, появились внезапные приступы плача и трудность засыпания, идеи самообвинения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите описанный синдром и симптомы. 2. Для какого расстройства этот синдром характерен? 3. Какое вероятное состояние испытывает пациент? 4. Каков прогноз расстройства? 5. Рекомендуемое лечение. 	
5.	ОПК-1	<p>Больной 44 года врач, наблюдается у психиатра с 28 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, длящихся в среднем от 1,5 до 2 месяцев, преимущественно в осенний период. В весенний период отмечаются спонтанные подъемы настроения длительностью около месяца. В клинике депрессивно-ипохондрические и сенестопатические переживания умеренной степени, без суицидальных мыслей Пациент обходился амбулаторным лечением, принимал amitriptyline доза 50 мг. в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда 4 месяца назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижением работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите описанный синдром и симптомы. 2. Для какого расстройства этот синдром характерен? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Депрессивный, астено-депрессивный, апатия, инсомния, астения. 2. Рекуррентного депрессивного расстройства 3. Психологические, шкала Гамильтона 4. Высока вероятность повторных депрессивных эпизодов 5. Ремерон, паксил, ноотропы

		<p>3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?</p> <p>4. Каков прогноз расстройства?</p> <p>5. Рекомендуемое лечение.</p>	
6.	ОПК-1	<p>Пациентка 30 лет перенесла плановую операцию на щитовидной железе. Послеоперационный период протекал благополучно, но больная не встаёт с постели, отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость. После выписки, несмотря на то, что эндокринолог не находил столь выраженной патологии, продолжала чувствовать себя больной. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками. Консультирована врачами разного профиля, с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония» наблюдалась неврологом. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена оставить работу. Прекратила общение с подругами. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок. Считает состояние прямым следствием физического недомогания.</p> <p>1. Какие симптомы описаны?</p> <p>2. Каким синдромом определяется состояние?</p> <p>3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?</p> <p>4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?</p> <p>5. Каковы лечебные</p>	<p>1. Апатия, ангедония, ипохондрия, астения.</p> <p>2. Депрессивно-ипохондрический, состояние апатической депрессии</p> <p>3. Дистимия, эндогенная депрессия без психотических симптомов</p> <p>4. Биологические, психологические, личностные</p> <p>5. Антидепрессанты со стимулирующим эффектом, нейролептики</p>

		рекомендации?	
7.	ОПК-1	<p>Пациент 40 лет менеджер, обратился к терапевту с жалобой на частые эпизоды затрудненного дыхания и сердцебиения, сопровождающиеся обильным потоотделением и тошнотой. Эти симптомы не связаны с ситуацией и исчезают через несколько минут. Во время таких эпизодов пациент испытывает страх и опасается, что у него сердечный приступ. На осмотре выглядит осунувшимся, уставшим и беспокойным (ажитированным). На фоне возрастающих нагрузок на работе сон стал прерывистым, снизилась способность концентрировать внимание. Пациент жалуется на сниженное настроение и тревогу по поводу приступов, суицидальных идей нет, но иногда приходят мысли о том, что его семье будет легче без него. Выраженных соматических расстройств не выявлено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие симптомы описаны? 2. Каким синдромом определяется состояние? 3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина? 4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства? 5. Каковы лечебные рекомендации? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сомато-вегетативные, тревога, страх, астения, инсомния. 2. Тревожно-фобическим на фоне депрессии 3. Депрессивный эпизод с соматическими симптомами 4. Психологические, биологические 5. Анксиолитики, антидепрессанты
8.	ОПК-1	<p>У больного злоупотребляющего психоактивным веществом, с внутривенным введением, через несколько месяцев регулярного применения при отмене препарата возникли: боль в желудке и крупных суставах, инсомния, ажитация, дисфория с приступами агрессии, ознобы и профузный пот, мелкий тремор конечностей, судороги мышц, эпилептиформные</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Измененная форма потребления, физическая зависимость. 2. Синдром зависимости, абстинентный синдром. 3. Синдром зависимости

		<p>припадки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите симптомы симптома? 2. Какими синдромами определяется состояние? 3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина? 4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства? 5. Каковы лечебные рекомендации? 	<p>от барбитуратов</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Неблагоприятный 5. Психотерапия (клоназепам), психотерапия, активная ресоциализация
9.	ОПК-1	<p>68 – летняя вдова, обратилась с жалобами на общую раздражительность, утомляемость, усиление болей в суставах в течение последних 6 месяцев. Неохотно отвечает на вопросы, хотя признает, что часто чувствует подавленность. Говорит, что память стала намного хуже, чем раньше. Снижение веса связывает с неудовлетворительным питанием (слишком маленькая пенсия). Имеет дочь, которая живёт по соседству, но полностью занята своими заботами. Пациентка больше не испытывает удовольствия от встреч с друзьями, но вновь пытается самостоятельно интерпретировать это как результат утраты энергии. Она принимает нестероидные противовоспалительные средства по поводу артрита, однако на момент обследования признаков воспаления в суставах не выявляется.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите описанный синдром и симптомы. 2. Для какого расстройства этот синдром характерен? 3. Какое вероятное состояние испытывает пациент? 4. Каков прогноз расстройства? 5. Рекомендуемое лечение. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Астено-депрессивный, астения, ангедония, сомато-вегетативные. 2. Инволюционной депрессии, органического астенического расстройства 3. Астено-депрессивное 4. Благоприятный 5. Антидепрессанты, ноотропы,
10.	ОПК-1	<p>Больной М., слесарь. Заболевание началось исподволь в 45 лет. Стал невнимательным, халатным и</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тотальное слабоумие с эмоциональной

		<p>безучастным. Раздавал и растерял все нужные инструменты. Не справлялся со своими обязанностями. Был уволен. На увольнение и смерть брата проявлял равнодушие. Целыми днями лежал дома и смотрел в потолок. Иногда во время еды вдруг вставал и начинал ходить «взад-вперёд». Иногда часами напевал одну и ту же мелодию. Был абсолютно равнодушен к окружающему. Речь всё более оскудевала, постепенно превратилась в стереотипно повторяющиеся отрывки одной и той же фразы. Временами, редко испытывал слуховые галлюцинации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите описанный синдром. 2. При каких расстройствах он наблюдается? 3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза? 4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома? 5. Каковы лечебные рекомендации? 	<p>тупостью и «стоячими оборотами».</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Болезнь Пика, опухоль мозга 3. Компьютерная томография. 4. Обеспечение ухода и надзора 5. Симптоматическая (главным образом, седативная) терапия.
--	--	---	---

Код контролируемой компетенции

ОПК-2 - Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
---	--------------------------------	--------------------	-------------------

11.	ОПК-2	<p>Больному 29 лет. Самостоятельно обратился за помощью к психотерапевту. Ранее никаких отклонений у себя не отмечал. Последние 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 ведет себя адекватно, 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. После разговора с врачом чувствует себя лучше – говорит, что сейчас успокоился. Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания. Определите тактику лечения больного.</p>	<p>Невроз навязчивых состояний (обсессивно-фобический синдром) В клинке заболевания обсессивно-фобический синдром, страх заболеть инфекционным заболеванием, мизофобия, ритуалы – мытье рук, больной критичен к своему состоянию Для лечения рекомендуется назначение антидепрессантов группы СИОЗС (феварин 50-100 мг, паксил 20-40 мг, ципралекс 10-20 мг, бринтелликс 5-10 мг в день) психотерапия, трудотерапия.</p>
12.	ОПК-2	<p>Пожилая пациентка пришла на прием к неврологу в сопровождении дочери. При осмотре: Во времени грубо дезориентирована, не может назвать месяц и год. Выражена эмоциональная лабильность. Память на текущие события, события давнего и недавнего прошлого грубо снижена. Испытывает значительные затруднения при изложении анамнестических сведений. Интеллект грубо снижен. Не может назвать имя сына, его возраст. Не может назвать предъявляемую ручку, кольцо, очки, однако правильно объясняет назначение этих предметов. При обследовании: извитые сосуды на руках, повышенный уровень</p>	<p>Сосудистая деменция. В клинке заболевания синдром деменции- грубое нарушение всех видов памяти, нарушение мышления. Для лечения используются мемантин, ревастигмин, ноотропы, сосудистые препараты</p>

		<p>холестерина, на УЗИ- сужение сосудов, атеросклеротические бляшки. В ходе разговора часто испытывает затруднения в подборе нужных слов. Не может назвать пальцы рук, части тела. Счетные операции выполнить не может. При предложении нарисовать часы правильно расставляет цифры по кругу, но не изображает стрелки. В ответ на просьбу врача дорисовать стрелки говорит – «а что это такое?». Не может нарисовать простейшие геометрические фигуры, говорит – «не знаю». Со слов дочери подобные симптомы впервые возникли около двух лет назад и постепенно прогрессируют.</p> <p>Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания. Определите тактику лечения больного.</p>	
13.	ОПК-2	<p>В отделении психиатрической больницы молодой пациент практически все время проводит в кровати, ни чем не занимается, неряшлив, за порядком на кровати и в тумбочке не следит, с другими пациентами почти не общается, не смотрит телевизор и не читает. Оживляется лишь во время приема пищи и раздачи сигарет. При этом в ходе беседы можно выяснить, что у пациента отсутствует снижение настроения и нет двигательных расстройств, интеллект без заметного снижения. Известно, что пациент находится на лечении 2 месяца, планируется его выписка. При поступлении был тревожным, возбужденным, высказывал бредовые идеи преследования и воздействия, говорил о «чтении мыслей», рассказывал о «голосах в голове». На фоне проводимого лечения указанные симптомы исчезли.</p> <p>Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания. Определите тактику лечения больного</p>	<p>Шизофрения, приступообразно-прогредиентная, параноидный вариант. В клинике заболевания параноидная симптоматика, аутизм. Для лечения используются нейролептики: галоперидол, аминазин, тизерцин и др.</p>
14.	ОПК-2	<p>Пациент 45 лет после перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы (ушиб головного мозга, субдуральная</p>	<p>Посттравматическая деменция. В клинике</p>

		<p>гематома) длительное время находился в коматозном состоянии в реанимации. После стабилизации гемодинамических показателей и восстановления сознания переведен в отделение. Весь день лежит в палате с бессмысленным выражением лица, ни к чему интереса не проявляет. Не пытается соблюдать гигиенические правила, несмотря на отсутствие грубых двигательных расстройств, мочится в кровать. Оживляется только при кормлении. Речь состоит из примитивных фраз, окружающее недоосмысливает. Память грубо снижена. К состоянию критики не проявляет. Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания. Определите тактику лечения больного.</p>	<p>заболевания синдром деменции; грубое снижение памяти, интеллектуальных функций Для лечения рекомендуются ноотропы (ноотропил, фенотропил, церебролизин и др), при необходимости – дегидратационная терапия, витамины, психотерапия, трудотерапия, социотерапия</p>
15.	ОПК-2	<p>Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку.. стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом.... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей.. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения не-</p>	<p>Аментивный синдром. У больной наблюдается аментивный синдром. Он характеризуется помрачением сознания с нарушением способности ориентироваться в месте, времени и собственной личности. На фоне нарушенного сознания возникает беспорядочное возбуждение. Речь больной также бессвязна (инкогерентна). Столь же отрывочны и</p>

		<p>сменяется глубокой протрацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы. Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания. Определите тактику лечения больного.</p>	<p>бессистемны ее галлюцинаторные переживания. Однако несмотря на хаотичность и разрозненность внутренних переживаний, поступков и речи, они постоянно насыщены эмоциями, которые калейдоскопически и сменяют друг друга. Внимание больной пассивно привлекается на миг случайными предметами, но связать их воедино, а, следовательно, и разобраться в окружающей ситуации, понять свое отношение к ней больная не может. Вся эта симптоматика разворачивается на фоне тяжелой психической и физической слабости, астении. Для купирования психотического состояния рекомендуется назначение препаратов диазепиновой группы (реланиум 0,5% 1-2 мл, феназепам,</p>
--	--	--	--

			релиум или аналоги), учитывая тяжелое состояние больной
16.	ОПК-2	<p>Больной К., 23 лет, сельский житель. В течение многих недель почти совершенно неподвижен, лежит в постели согнувшись, колени приведены к животу. Не разговаривает, на вопросы не отвечает. Лицо амимичное, сальное, изо рта вытекает слюна. Поднятый с постели стоит неподвижно, опустив голову. Можно придать больному любую позу, которую он затем сохраняет в течение 10-15 минут. Подолгу задерживает кал и мочу. Ест после растормаживания внутривенным введением амитал-натрия и кофеина. После еды бродит по палатам, с любопытством разглядывает больных. В это время удается вступить с больным в контакт. Он сообщает, что слышит «голоса», идущие от стены, из-под пола, которые запугивают больного, угрожают избить. На стене видятся различные образы людей и тени зверей, от батареи отопления исходят синие лучи, которые действуют на больного, вызывая головную боль. Кажется, что все его мысли знают окружающие, его «на два дня умертвили, а затем воскресили», спрашивает у врача, «есть ли надежда на жизнь». Минут через 40-50 после введения амитал-натрия вновь наступает состояние заторможенности. Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания. Определите тактику лечения больного.</p>	<p>Катотонический ступор. Шизофрения, катонический вариант. У больного отмечается двигательная заторможенность (ступор) с мышечным оцепенением, симптомом восковой гибкости, мутизмом, негативизмом, выражающимся, в частности, отказом от приема пищи. Характерны эмбриональная поза больного в постели, гиперсаливация, задержка мочеиспускания и дефекации. За фасадом двигательной заторможенности имеются многочисленные галлюцинаторные переживания, отрывочные бредовые идеи нелепого характера, которые удается раскрыть лишь при растормаживании больного</p>

			<p>барбамилом. Описанная картина носит название кататонического ступора, наблюдающаяся чаще при шизофрении. Для купирования психотического состояния рекомендуется назначение электросудорожной терапии, нейролептики (аминазин, галоперидол и др.), дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия, искусственное кормление больного при отказе от еды.</p>
17.	ОПК-2	<p>Больная 37 лет. 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите описанный синдром и симптомы. 2. Для какого расстройства этот синдром характерен? 3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза? 4. Каков прогноз расстройства? 5. Рекомендуемое лечение. 	<p>Апатико-абулический синдром. Симптомы: эмоциональное оскудение, гипобулия, двигательная стереотипия, шизофазия, гетероагрессия, булимия, аутизм. Для шизофрении Психологическое обследование для выявления специфических нарушений мышления Неблагоприятный Нейролептики (галоперидол, rispoleпт)</p>

18.	ОПК-2	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие симптомы описаны? 2. Каким синдромом определяется состояние? 3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина? 4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства? 5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Депрессия, вербальные псевдогаллюцинации, симптом психического автоматизма, бред воздействия, открытости мыслей, бред отношения, загруженность. 2. Синдромом Кандинского-Клерамбо 3. Шизофрения 4. Эндогенные 5. Нейролептики (трифтазин, галоперидол, клозапин)
19.	ОПК-2	<p>Больной 20 лет. С детства отличался замкнутостью, не имел друзей, большую часть времени проводил дома, учился неровно, но всегда отлично по точным предметам. После окончания школы поступил в МГУ, сдал экзамены за первый семестр. Состояние изменилось остро, стал растерянным, импульсивным, совершал неожиданные и стереотипные движения руками и телом, затем стал застывать на одном месте, на вопросы не отвечал, иногда произносил отдельные слова. Потом надолго замолкал, тонус мышц был повышен. Был стационарирован.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Назовите описанный синдром.</p> <p>При каких расстройствах он наблюдается?</p> <p>Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?</p> <p>Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?</p> <p>Рекомендуемое лечение.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Люцидный кататонический 2. Шизофрения, органические заболевания головного мозга. 3. Психологические методы исследования 4. Госпитализация 5. Нейролептики (мажептил, клозапин, трифтазин, галоперидол)

20.	ОПК-2	<p>Больной 28 лет. С детства замкнутый, отмечались беспричинные страхи. После окончания ПТУ работал газосварщиком, но с товарищами по работе не общался, держался высокомерно, замкнуто. За два года до стационарирования явился в приёмную АН РФ, где представил обширный трактат с проектом по переустройству мира согласно «оптимальным условиям человеческого существования». Отказ воспринимал, как происки врагов, стал ходить по разным инстанциям, убеждая, что его враги специально хотят навредить стране и не принимают его предложений. Всех, от кого получал отказ, заносил в специальную схему, которую назвал «планом заговора». Писал жалобы в правоохранительные органы и прокуратуру.</p> <p>Вопросы: Какие симптомы описаны? Каким синдромом определяется состояние? При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина? Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства? Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?</p>	<p>1. Аутизм, фобии, бредовые идеи реформаторства, сутяжничества, преследования. 2. Паранойяльным. 3. Паранойе, параноидном расстройстве личности, шизофрении. 4. Психогенные, эндогенные. 5. Нейролептики (трифтазин, зелдокс).</p>
-----	-------	--	--

Код контролируемой компетенции

ПК-13. Способен к выполнению фундаментальных научных биомедицинских исследований.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
21.	ПК-13	<p>Больной 35 лет. Дядя по линии матери болен шизофренией. В возрасте 20 лет впервые стационарировался в психиатрический стационар в связи с идеями преследования, отношения.</p>	<p>1. Параноидный синдром; бред преследования, бред отношения 2. Шизофрения</p>

		<p>Был поставлен диагноз «шизофрения». Выписан в состоянии ремиссии. Принимал поддерживающую терапию. Через 6 месяцев самостоятельно прекратил приём препарата. Через 2 недели повторный приступ болезни, был стационарирован. После выписки из стационара в течение 3 месяцев принимал поддерживающую терапию, затем приём лекарств прекратил. Очередное обострение через 3 недели, лечился в психиатрической больнице на протяжении 4 месяцев, выписан с улучшением.</p> <p>Вопросы: Назовите описанный синдром и симптомы. Для какого расстройства этот синдром характерен? Каков характер течения заболевания? Каков прогноз расстройства? Рекомендуемое лечение.</p>	<p>3. Приступообразно-прогредиентный 4. Относительно благоприятный 5. Нейролептики – пролонги (галоперидол-деканоат, рисполепт конста)</p>
22.	ПК-13	<p>Больная 23 лет. Впервые заболела в 18 лет, появилось недовольство своей внешностью. Считала себя уродливой, жаловалась матери, что незнакомые люди на улице обращают на неё внимание отворачиваются, дают понять что им неприятно видеть её уродливое лицо, разубеждениям не поддавалась. Старалась не выходить на улицу, была напряжена, тревожна. Госпитализирована в психиатрическую больницу. Выписана без улучшения. Стала грубой, отчуждённой от семьи упорно добивалась пластических операций, грозила самоубийством в случае отказа, была вновь госпитализирована.</p> <p>Вопросы: Какие симптомы описаны? Каким синдромом определяется состояние? При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина? Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства? Как лечить расстройства, при которых</p>	<p>Бред физического недостатка, бредовые идеи отношения, аутизация, депрессия. Диморфоманическим синдромом. Шизотипическое расстройство, шизофрения, диморфофобия Психогенные, эндогенные. Нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, психотерапия.</p>

		наблюдается этот синдром?	
23.	ПК-13	<p>Больной 19 лет. С 14 лет стали возникать колебания настроения, появилось чувство апатии, ничего не хотелось делать, ощущал свою беспомощность, утомляемость, такие состояния проходили через 2-3 недели. С 15 лет возникает постоянное желание мыть руки, проводил за этим занятием много времени, после того, как отходил от умывальника, сразу возникала мысль, что руки всё-таки грязные, понимал нелепость своих опасений, но ничего не мог с собой поделать. Мысль о загрязнении постоянно преследовала больного.. Постепенно стал меняться по характеру стал замкнутым, растерял друзей, ничем не занимался, бросил учебу, целыми днями проводил дома, был пассивен, холоден к близким. Был стационарирован.</p> <p>Вопросы: Назовите описанный синдром и симптомы. Для какого расстройства этот синдром характерен? Каков диагноз? Каков прогноз расстройства? Рекомендуемое лечение.</p>	<p>Обсессивно-фобический синдром, аффективная лабильность, апатия, астения, навязчивый страх загрязнения (мизофобия), навязчивые представления, обсессивные ритуалы, аутизм, эмоциональное оскудение. Обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрения, шизотипическое расстройство. Шизофрения Неблагоприятный Нейролептики, психотерапия</p>
24.	ПК-13	<p>Больная 47 лет. Больна на протяжении 12 лет. Два года назад перенесла инфаркт миокарда. Первый раз стационарировалась в ПБ с резким снижением настроения, в голове была «путаница», считала, что окружающие её люди замышляют недоброе, хотят отравить. После лечения состояние нормализовалось, но стала значительно менее активной, не смогла работать. С диагнозом «Шизофрения» получила 2 группу инвалидности. Принимала поддерживающую терапию нерегулярно. Состояние вновь резко изменилось: стала возбуждённой, многоречивой, не спала ночами, декламировала стихи, слышала «голоса» в голове, ощущала воздействие «лазера» на своё тело и голову. После лечения в ПБ стала спокойнее, но оставалась</p>	<p>1. Маниакально-бредовый 2. Гипомания, логорея, вербальные псевдогаллюцинации, бред преследования, бред воздействия. 3. Шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство. 4. Неблагоприятный 5. Нейролептики (сероквель, оланзапин, галоперидол).</p>

		<p>бездеятельной, безучастной, эмоционально холодной.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Назовите описанный синдром.</p> <p>Для какого расстройства этот синдром характерен?</p> <p>При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?</p> <p>Каков прогноз расстройства?</p> <p>Рекомендуемое лечение.</p>	
25.	ПК-13	<p>Больной 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 сухость кожи лица, редкое мигание, при попытке пересадить больного оказывал сопротивление, при попытке накормить сжимал губы, когда ложку убирали ото рта – раскрывал рот.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Какие симптомы описаны?</p> <p>Каким синдромом определяется состояние?</p> <p>При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?</p> <p>Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?</p> <p>Как лечить больного?</p>	<p>1. Гипокинезия, каталепсия, мутизм, активный негативизм</p> <p>2. Кататоническим</p> <p>3. Шизофрения</p> <p>4. Эндогенные</p> <p>5. Нейролептики (галоперидол, мажептил, клозапин, трифтазин)</p>

Код контролируемой компетенции

ПК-14. Способен к выполнению прикладных и поисковых научных биомедицинских исследований и разработок.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
26.	ПК-14	Больной 22 лет. В течении последнего	1. Аутизм,

		<p>года изменился по характеру, стал тревожным, замкнутым. Появились неприятные ощущения в голове, как будто «пронзало ножом», чувствовал сжимающие боли в области сердца. Тревога за своё здоровье усиливалась, стал посещать разных целителей, экстрасенсов, забросил учебу, дома был замкнут, ни с кем своими переживаниями не делился. Читал медицинскую литературу, требовал от врачей всё новых обследований. С недоверием относился к их словам, что он здоров. Эмоционально тускл, монотонен, ничем не занят.</p> <p>Вопросы: Какие симптомы описаны? Каким синдромом определяется состояние? При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина? Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства? Как лечить больного?</p>	<p>сенестопатии, ипохондрические бредовые идеи, подозрительность, эмоциональное оскудение, апатия, абулия.</p> <p>2. Сенестопатический и- ипохондрическим</p> <p>3. Шизофрения, органические поражения мозга, депрессивный эпизод.</p> <p>4. Эндогенные, экзогенные</p> <p>5. Нейролептики (кветиапин), антидепрессанты, транквилизаторы</p>
27.	ПК-14	<p>Больная 40 лет. Впервые заболела год назад, когда резко изменилось настроение. Стала подавленной, тоскливой, тревожной, считала, что глубоко виновата перед своим давно умершим отцом, ловила на себе осуждающие взгляды окружающих, как, близких, так и незнакомых людей, которые намекали ей на её вину. Появилась мысль, что все осуждают её за «преступление», которое она совершила (отец умер, когда больная была на курорте). Пряталась от окружающих, неделями не выходила на улицу, в голове постоянно присутствовали мысли о самоубийстве, но не было сил это сделать.</p> <p>Вопросы: Назовите описанный синдром. Назовите симптомы. Для какого расстройства этот синдром характерен? Каков прогноз расстройства? Рекомендуемое лечение.</p>	<p>Депрессивно-бредовый</p> <p>Депрессия, бред отношения, бред преследования, бред самообвинения.</p> <p>Шизоаффективное расстройство</p> <p>Благоприятный</p> <p>Антидепрессанты, нейролептики (кветиапин).</p>

28.	ПК-14	<p>Больной 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.</p> <p>Вопросы: Какие симптомы описаны? Каким синдромом определяется состояние? При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина? Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства? Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?</p>	<p>1.Шперрунги, растерянность, бред значения, инсценировки, антагонистический бред, аффективная лабильность, импульсивность. 2. Галлюцинаторно-бредовый синдром 3.Шизофрения, шизоаффективное расстройство. 4.Эндогенные 5.Нейролептики</p>
29.	ПК-14	<p>Больная Н., 34 лет обратилась с жалобами на «постоянные сомнения». Будучи подростком, читала книгу о сифилисе, когда почувствовала, что из неё «что-то вылилось». Появился непреодолимый страх заражения сифилисом. С тех пор регулярно обследуется, половую жизнь не ведёт. В последнее время ведёт тетрадь, где записывает время ухода из дома и время приезда на работу (время до работы занимает 40 мин). делает это для того, чтобы не было сомнений, что кто-то с ней не сделал акт насилия и не заразил сифилисом. Приезжая домой или на работу 30 минут моет руки, не смотря на то, что ездит в перчатках. Во время еды, также всё записывает, так как возникают сомнения, принимала ли она пищу.</p> <p>Вопросы: 1) назовите симптомы и синдромы 2) для какого расстройства этот синдром характерен?</p>	<p>1) навязчивые идеи, сомнения, obsessions, ритуалы, боязнь заражения сифилисом, obsessive-compulsive disorder 2) шизотипическое расстройство личности, невротическая шизофрения 3) заражение микробами, перверзные сексуальные мысли; мытьё, перепроверка, сомнения, записывание 4) неблагоприятный 5)</p>

		<p>3) назовите тематики obsessions и compulsive rituals.</p> <p>4) какой прогноз?</p> <p>5) рекомендуемое лечение.</p>	<p>противотревожная терапия – СИОЗС, трициклические антидепрессанты, бензодиазепины; нейролептическая терапия, терапия нарушения мышления</p>
30.	ПК-14	<p>Больной К., 16 лет. Около года назад, признался матери, что у него появились желания оскорблять незнакомых людей. Было несколько эпизодов, когда пациент неожиданно наносил оскорбления людям в общественных местах. Отмечает внутреннее напряжение и страх, когда возникают «плохие мысли», и облегчение при их воплощении. В течение года появилось желание ударить незнакомого человека. Были эпизоды неожиданной агрессии к чужим людям. Изменился по характеру, стал замкнутым, грубым, эмоционально холодным.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1) назовите тематику obsessions.</p> <p>2) укажите compulsive actions, если они есть в задаче.</p> <p>3) могут ли быть при obsessional-compulsive disorder навязчивые проявления без явных или скрытых ритуалов?</p> <p>4) преморбидом какого заболевания является данное расстройство, учитывая возраст, сложность obsessions и личностные изменения?</p> <p>5) какова медицинская тактика?</p>	<p>1) боязнь агрессии – нанесение оскорблений или повреждений другим людям, совершения противоправных действий</p> <p>2) compulsive actions в задаче не описаны</p> <p>3) примерно, в 10% случаев навязчивые проявления бывают без ритуалов</p> <p>4) можно думать о развитии эндогенного процесса</p> <p>5) наблюдение и обследование, уточнение диагноза</p>

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Проведение зачета по дисциплине как основной формы проверки обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры.

Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;

4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на зачете;
5. определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «**зачтено**» заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и системное знание всего программного материала и структуры дисциплины, а также знание основного содержания лекционного курса;
- свободное владение понятийным аппаратом, научным языком и терминологией, а также умение пользоваться понятийным аппаратом в процессе анализа основных проблем программы;
- логическое и убедительное изложение ответа

Оценки «**не зачтено**» заслуживает ответ, содержащий:

- незнание либо отрывочное представление учебно-программного материала, поверхностные знания важнейших разделов программы и содержание лекционного курса;
- затруднения с использованием понятийного аппарата и терминологии учебной дисциплины.