

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Министерство образования и науки Кыргызской Республики

Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Кыргызско-Российский Славянский университет

УТВЕРЖДАЮ

Ректор Цифадьев В.И.



29 января 2019 г.

**ОСНОВНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –**

Специальность 31.08.20 - РФ, 096 - КР Психиатрия

Квалификация: врач-психиатр

Форма обучения: очная

Бишкек 2019

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

16 11 2016 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры  
**Ординатура**

Протокол от 17 05 2016 г. № 9  
Зав. кафедрой



---

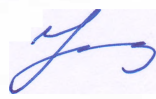
**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

24 05 2017 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры  
**Ординатура**

Протокол от 29 05 2017 г. № 10  
Зав. кафедрой



---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

23 05 2018 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры  
**Ординатура**

Протокол от 15 06 2018 2018 г. № 10  
Зав. кафедрой



---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры  
**Ординатура**

Протокол от \_\_\_\_\_ 2019 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой

## Содержание

<b>1. Общие положения</b>	Стр.
1.1. Введение	3
1.2. Нормативные документы, являющиеся основой для ПО	3
1.3. Общая характеристика специальности 31.08.20. «Психиатрия»	6
1.4. Характеристика профессиональной деятельности выпускников, освоивших ПО	7
<b>2. Планируемые результаты освоения ПО (компетенции)</b>	9
2.1 Перечень компетенций	9
2.2. Перечень знаний, умений и владений врача-психиатра (ординатора)	12
<b>3. Документы, регламентирующие содержание и организацию образовательного процесса при реализации ПО специальности</b>	21
3.1. Календарный учебный график (Приложение 1)	21
3.2. Учебный план (Приложение 2)	21
3.3. Аннотации рабочих программ дисциплин (Приложение 3)	21
3.4. Программы практики (Приложение 4)	21
<b>4. Условия реализации ПО подготовки специалиста (ресурсное обеспечение ОП)</b>	22
4.1. Кадровое обеспечение ПО	22
4.2. Информационно-библиотечное и методическое обеспечение	23
4.3. Материально-техническое обеспечение реализации ПО	24
4.4. Перечень клинических баз, осуществляющих ПО	26
<b>5. Нормативно-методическое обеспечение системы оценки качества освоения обучающимися ПО</b>	27
5.1. Фонды оценочных средств	27
5.2. Итоговая государственная аттестация выпускников	65
<b>6. Список разработчиков ПО</b>	153

## **Общие положения**

### **1.1. Введение**

Образовательная программа высшего образования - уровень подготовки кадров высшей квалификации - программа ординатуры (далее ПО) специальности 31.08.20 - Психиатрия, реализуемая в ГОУ ВПО КРСУ (далее Университет) разработана вузом на основании федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее ФГОС ВО) по специальности 31.08.20 Психиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) и представляет собой комплекс документов, разработанных и утвержденных вузом с учетом требований законодательства и работодателей.

ПО специальности 31.08.20 - «Психиатрия» формирует компетенции выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ высшего образования - программ подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре и обеспечивающих решение профессиональных задач в процессе осуществления всех видов профессиональной деятельности.

### **1.2. Нормативные документы, являющиеся основой для ПО**

1. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 07.05.2013 N 99-ФЗ, от 07.06.2013 N 120-ФЗ, от 02.07.2013 N 170-ФЗ, от 23.07.2013 N 203-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ, от 03.02.2014 N 11-ФЗ, от 03.02.2014 N 15-ФЗ, от 05.05.2014 N 84-ФЗ, от 27.05.2014 N 135-ФЗ, от 04.06.2014 N 148-ФЗ, от 28.06.2014 N 182-ФЗ, от 21.07.2014 N

216-ФЗ, от 21.07.2014 N 256-ФЗ, от 21.07.2014 N 262-ФЗ, от 31.12.2014 N 489-ФЗ, от

31.12.2014 N 500-ФЗ);

2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 21.11.2011

N 323-ФЗ, от 25.06.2012 N 89-ФЗ, от 25.06.2012 N 93-ФЗ, от 02.07.2013 N 167-ФЗ, от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 23.07.2013 N 205-ФЗ, от 27.09.2013 N 253-ФЗ, от 25.11.2013 N 317ФЗ, от 28.12.2013 N 386-ФЗ, от 21.07.2014 N 205-ФЗ, от 21.07.2014 N 243-ФЗ, от 21.07.2014 N 246-ФЗ, от 21.07.2014 N 256-ФЗ, от 22.10.2014 N 314-ФЗ, от 01.12.2014 N 418-ФЗ, от 31.12.2014 N 532-ФЗ).

3. Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. №1062 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2009 № 210 «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»;

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 07.06.2009 № 415-н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»;

7. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 10 января 2014 г. №4 «Об установлении соответствия специальностей высшего образования - подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и программам ассистентуры-стажировки, перечень которых утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. №1061, специальностям специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере

здравоохранения Российской Федерации, указанным в номенклатуре, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. №210н, направлениям подготовки (специальностям) послевузовского профессионального образования для обучающихся в форме ассистентуры-стажировки, перечень которых утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. №127»;

8. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования»;

10. Закон Кыргызской Республики «Об образовании» от 30 апреля 2003 года №92

11. Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года N 6

12. Закон Кыргызской Республики «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» от 13 августа 2004 года N 116

13. Закон Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» от 22 мая 1998 года N 66

14. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «ДенСоолук» на 2012-2016 гг.

15. Положение о последипломном медицинском образовании КРСУ, утверждённое УС КРСУ 28.04.2010 г., протокол №10

16. Устав Университета

### **1.3. Общая характеристика специальности 31.08.20. «Психиатрия».**

1.3.1. Обучение по ПО в Университете осуществляется в очной форме обучения.

1.3.2. Объем ПО составляет 120 зачетных единиц (далее - з.е.), вне зависимости от применяемых образовательных технологий, реализации программы ординатуры с использованием сетевой формы, реализации программы ординатуры по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренному обучению.

1.3.3. Срок получения образования по программе ординатуры: в очной форме, включая каникулы, предоставляемые после прохождения государственной итоговой аттестации, составляет 2 года. Объем программы ординатуры в очной форме обучения, реализуемый за один учебный год, составляет 60 з.е.;

1.3.4. при обучении по индивидуальному учебному плану срок освоения ПО устанавливается не более срока получения образования, установленного для соответствующей формы обучения, при обучении по индивидуальному учебному плану лиц с ограниченными возможностями здоровья организация вправе продлить срок не более чем на один год по сравнению со сроком, установленным для соответствующей формы обучения. Объем программы ординатуры за один учебный год при обучении по индивидуальному учебному плану не может составлять более 75 з.е.

1.3.5. Организация вправе применять электронное обучение и дистанционные образовательные технологии при реализации программы ординатуры, за исключением практической подготовки обучающихся, осуществляемой в соответствии с Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования, утвержденным

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 сентября 2013 г. N620н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 ноября 2013 г., регистрационный N 30304), а также государственной итоговой аттестации.

При обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья электронное обучение и дистанционные образовательные технологии должны предусматривать возможность приема-передачи информации в доступных для них формах.

1.3.6. Реализация программы ординатуры возможна с использованием сетевой формы.

1.3.7. Образовательная деятельность по программе ординатуры осуществляется на государственном языке Российской Федерации, если иное не определено локальным нормативным актом организации.

#### **1.4. Характеристика профессиональной деятельности выпускников, освоивших ПО**

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной психиатрической помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

1.4.1. Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются: 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, предусмотренных при оказании психиатрической помощи и направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.



1.4.2. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры: профилактическая; диагностическая; лечебная; реабилитационная; психолого-педагогическая; организационно-управленческая.

Программа ординатуры включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится ординатор.

1.4.3. Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

**профилактическая деятельность:**

-предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

-проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

-проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

**диагностическая деятельность:**

-диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

-диагностика неотложных состояний; диагностика беременности;

-проведение медицинской экспертизы;

**лечебная деятельность:**

-оказание специализированной медицинской помощи;

-участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

-оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

**реабилитационная деятельность:** -проведение медицинской реабилитации;

**психолого-педагогическая деятельность:**

-формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

**организационно-управленческая деятельность:**

-применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

-организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

-организация проведения медицинской экспертизы; организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам; ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

-создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

-соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **2. Планируемые результаты освоения ПО (компетенции)**

### **2.1. Перечень компетенций**

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

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

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

-готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным или республиканским органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

**профилактическая деятельность:**

-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

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

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

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

**диагностическая деятельность**

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

**лечебная деятельность:**

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

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

**реабилитационная деятельность:**

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

**психолого-педагогическая деятельность:**

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

**организационно-управленческая деятельность:**

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

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

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

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

При разработке программы ординатуры организация вправе дополнить набор компетенций выпускников в части программы, формируемой участниками образовательных отношений.

При разработке программы ординатуры требования к результатам обучения по отдельным дисциплинам (модулям), практикам организация устанавливает самостоятельно с учетом требований соответствующих примерных основных образовательных программ.

#### **Дополнительные компетенции**

- готовность к определению тактики ведения пациентов, нуждающихся в неотложной психиатрической помощи в условиях стационара

(ДПК-1);

- готовность к определению тактики ведения пациентов, нуждающихся в психиатрической помощи в условиях амбулаторно-поликлинического приема

(ДПК-2);

- готовность к определению тактики ведения детей и подростков, нуждающихся в психиатрической помощи (ДПК-3).

## **2.2. Перечень знаний, умений и владений врача-психиатра (ординатора)**

**В результате освоения дисциплины ординатор должен знать:**

1. Общие знания:

- законодательство Российской Федерации и Кыргызской Республики в сфере здравоохранения;

- основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей здоровья населения;

- основы медицинского страхования и деятельности медицинских организаций в условиях страховой медицины;

- основы анатомии и физиологии человека, половозрастные особенности;

- основы общей патологии человека;

- основы иммунобиологии и реактивности организма;
- основы и клиническое значение лабораторной диагностики заболеваний;
- вопросы экспертизы трудоспособности и законодательства Российской Федерации и Кыргызской Республики по вопросам врачебно-трудо­вой экспертизы и социально-трудо­вой реабилитации;
- основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительной работы;
- основы современных классификаций психических расстройств;
- современные направления развития медицины.

## 2. Специальные знания:

- основы государственной системы профилактики психических расстройств;
- основы профилактики психических заболеваний и санитарно-просветительной работы в психиатрии;
  - принципы и методы формирования здорового образа жизни у населения;
  - распространенность психических заболеваний среди населения и в половозрастных группах, значение этих показателей в оценке состояния здоровья населения;
  - современные методы обследования в психиатрии;
  - клиническую классификацию психических расстройств;
  - клинику психических расстройств;
  - экспертизу в психиатрии;
  - современные методы лечения при психических расстройствах;
  - основы клинической фармакологии;
  - фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных препаратов, применяемых в психиатрии;
  - особенности лечения психических расстройств у женщин, лиц молодого и пожилого возраста;
  - основные принципы лечения неотложных состояний в психиатрии;

- общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств;
  - клинику ремиссий и рецидивов при психических расстройствах;
  - принципы и методы реабилитации больных с психическими расстройствами;
  - законодательства Российской Федерации и Кыргызской Республики в сфере психиатрии;
  - систему организации психиатрической помощи в стране;
  - задачи и структуру психиатрической службы;
  - организацию и объем медицинской помощи на догоспитальном этапе при психических расстройствах;
  - учет, отчетность медицинских организациях психиатрического профиля;
  - организацию работы неотложной психиатрической помощи;
3. Знание сопутствующих и смежных дисциплин:
- клинику, дифференциальную диагностику, терапию и профилактику наркологических заболеваний;
  - методы терапии наркологических заболеваний;
  - основы профилактики и реабилитации в наркологии;
  - организация наркологической помощи и законодательство Российской Федерации и Кыргызской Республики в сфере психиатрии и наркологии;
  - основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных и паразитарных болезней, в том числе карантинных инфекций;
- По окончании обучения врач-психиатр должен уметь:**
- грамотно выстраивать коммуникацию с пациентами, имеющими различные психические и поведенческие расстройства;
  - купировать неотложные состояния в психиатрической практике (различные виды возбуждения, эпилептический статус, осложнения при лечении нейролептиками и т.д.);

- определять и обосновывать показания для неотложной госпитализации пациентов с психическими расстройствами, его переводы в отделения многопрофильной больницы, выписки, направления на дневной стационар, на ВКК, МСЭК, СПЭК;
- собирать, получать необходимые данные о пациентах с психическими расстройствами из медицинской документации проводить их квалифицированный анализ;
- обосновывать необходимость назначения дополнительных параклинических методов обследования (лабораторных, рентгенологических, ЭЭГ, РЭГ, КТ и т.д.);
- выявлять и описывать особенности соматического и неврологического состояния больного;
- обнаруживать, квалифицировать и описывать психопатологические расстройства у больных с психическими и поведенческими расстройствами путем расспроса, наблюдения и других методов обследования;
- устанавливать с обоснованием предварительный и окончательный диагноз;
- знать основные положения и разделы современных классификаций психических и поведенческих расстройств
- выявлять жалобы, диагностические признаки, проводить дифференциальный диагноз, назначать лечение с учетом индивидуальных особенностей, при необходимости проводить профилактические мероприятия, давать рекомендации членам семьи и консультировать пациентов, имеющих следующие психические и поведенческие расстройства;
- обеспечивать преемственность терапии пациентов с психическими расстройствами в стационаре и на амбулаторном приеме.
- выявлять признаки временной, частичной и стойкой утраты трудоспособности, дифференцированно определять пригодность больных к различным формам трудовой деятельности через МСЭК.



- выявлять признаки недееспособности, и невменяемости, через СПЭЖ.
- овладеть основами топической диагностики (общие практические навыки, исключая специализированные, обязательные для врача-невропатолога).
- проводить информирование пациентов и членов семей по соблюдению прав при оказании психиатрической помощи.
- проводить психиатрическое образование пациентов и членов их семей по различным аспектам оказания психиатрической помощи.
- осуществлять лечебно-реабилитационные мероприятия с использованием программ психосоциальной реабилитации, включая медико-психологическое консультирование.

**По окончании обучения врач-психиатр должен владеть:**

- принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
- методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости);
- методикой купирования состояний психомоторного возбуждения, кататонии и эпистатуса;
- трактовкой результатов функционального обследования основных органов и систем, центральной и вегетативной нервной системы, а так же данных психического статуса пациента;
- назначением лечебных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях у пациентов с психическими расстройствами, в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи при соответствующей патологии;
- определением показаний к госпитализации пациента с психическим расстройством и её организацией;

- ведением необходимой медицинской документации, составлением планов, отчетов и проведением анализа своей работы

**По окончании обучения врач-психиатр должен владеть навыками:**

- владения основными моделями профилактики (медицинской, образовательной, психосоциальной);
- организации условий для проведения профилактической работы в образовательной среде;
- проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- организации противоэпидемических мероприятий;
- мониторинга психиатрической ситуации на участке обслуживания;
- сбора сведений о численном, возрастном, половом, профессиональном составе больных с психическими расстройствами на обслуживаемом участке;
- выявления микросредовых факторов, способствующих формированию психических расстройств;
- выявления значимых медицинских, психологических, социальных факторов, способствующих развитию психических расстройств;
- выявления поло-возрастных особенностей формирования психических расстройств;
- мониторинга профилактической деятельности врачей-психиатров и оценки эффективности профилактических программ;
- выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса;
- обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования для определения степени и тяжести поражения внутренних органов и органов ЦНС;
- опроса психического больного;

- выявления характерных признаков и особенностей симптомов и синдромов психических расстройств;
- выявления особенностей формирования психического расстройства;
- проведения дифференциальной диагностики;
- клинического обследования пациента при подозрении на инфекционное заболевание;
- организации проведения необходимых исследований при подозрении на онкологическое заболевание;
- формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней;
- организации условий для проведения освидетельствования на психическое расстройство;
- выполнения требований к заполнению актов и протоколов освидетельствования на психическое расстройство;
- проведения освидетельствования у человека, находящегося в тяжелом физическом состоянии;
- формулировки заключения при проведении освидетельствования на психическое расстройство;
- оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- планирования и организации лечебного процесса;
- разработки обоснованной схемы современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии;
- выделения в состоянии больного группы симптомов, требующих медикаментозного воздействия;
- учета фармакокинетики и фармакодинамики применяемых средств и возможности возникновения осложнений при их взаимодействии;

- обеспечения режима дозирования и частоты введения лекарственного средства;
- обеспечения эффективного и безопасного применения лекарств;
- выбора базовых лекарственных средств при лечении больного на этапе ремиссии;
- обеспечения психическому больному поддерживающего и противорецидивного лечения;
- обеспечения строгого надзора за больным в психотическом состоянии;
- купирования психомоторного возбуждения;
- введения препаратов внутривенно;
- желудочного зондирования и промывания желудка через зонд;
- фиксации позвоночника, конечностей при переломах, травмах;
- остановки кровотечения;
- введения медикаментозных средств при купировании боли в сердце;
- участия врача-психиатра в психотерапевтическом процессе, предупреждения суицидоопасных действий со стороны больного;
- мониторинга эффективности терапии больных с психическими расстройствами;
- транспортировки пациента в специализированную медицинскую организацию;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе в медицинской эвакуации;
- создания и поддержания реабилитационной среды и обеспечения реабилитационного процесса;
- осуществления основных форм и методов реабилитационного процесса;
- проведения поддерживающей и противорецидивной терапии;
- обеспечения основных компонентов реабилитации;

- консультирования пациентов и их родственников по вопросам реабилитации;
- консультирования педагогов и специалистов по вопросам индивидуальной работы с учащимися, родителями; работы с созависимыми лицами;
- осуществления методических приемов формирования специальных знаний, умений и навыков у пациентов психиатрического профиля;
- формирования способности у лиц, страдающих психическими расстройствами, к позитивным формам общения;
- коррекции эмоционально-волевой сферы и проблем поведения у пациентов психиатрического профиля;
- оптимизации способности к обучению и самообразованию у пациентов психиатрического профиля;
- коррекции взаимоотношений у пациентов психиатрического профиля в макросоциальной среде;
- формирования реальной жизненной перспективы у больного с психическими расстройствами;
- совершенствования нормативных социальных навыков у пациентов психиатрического профиля;
- оформления медицинской документации;
- ведения документации при анонимном лечении;
- обеспечения правил и порядка выдачи справок и других документов в медицинских организациях психиатрического профиля;
- организации волонтерской деятельности.

### **3. Документы, регламентирующие содержание и организацию образовательного процесса при реализации ООП специальности**

Образовательная программа высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации - программа ординатуры (далее ПО) специальности 31.08.20 – Психиатрия разработана на основании ФГОС ВО и включает обязательную часть (базовую) и часть, формируемую участниками образовательных отношений (вариативную).

Программа ординатуры состоит из следующих блоков:

Блок 1 «Дисциплины (модули)», который включает дисциплины (модули), относящиеся к базовой части программы, и дисциплины (модули), относящиеся к ее вариативной части.

Блок 2 «Практики», относящийся как к базовой части программы, так и к ее вариативной части.

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация», который в полном объеме относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации «Врач-психиатр».

#### **3.1. Календарный учебный график (Приложение 1)**

#### **3.2. Учебный план (Приложение 2)**

#### **3.3. Аннотации рабочих программ дисциплин (Приложение 3)**

#### **3.4. Программа практики (Приложение 4)**

Практики проводятся на клинических базах, с которыми заключены соответствующие договора:

1. Республиканский центр психического здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, ул. Байтик-Баатыра 1.
2. Национальный госпиталь Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, ул. Тоголок Молдо 1

#### **4. Условия реализации ОП подготовки специалиста (ресурсное обеспечение ОП)**

##### **4.1. Кадровое обеспечение ОП по специальности**

Подготовку ординаторов осуществляют:

*Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии:*

- Заведующая кафедрой Нелюбова Тамара Алексеевна - доцент, к.м.н., врач-психиатр, психотерапевт высшей категории, отличник здравоохранения.
- Ким Александр Станиславович – доцент, к.м.н., врач–психиатр высшей категории, клинический психолог
- Тен Владимир Илларионович - доцент, к.м.н., врач-психиатр высшей категории, отличник здравоохранения.
- Фетисова Наталья Петровна - доцент, к.м.н., врач-психотерапевт высшей категории.

- Пантелеева Лилия Юрьевна - доцент, к.м.н., врач-психиатр

*Кафедра неврологии и нейрохирургии и медицинской генетики:*

- Заведующая кафедрой Мусабекова Тынар Обосбековна – к.м.н., доцент.
- Шлейфер Светлана Григорьевна – к.м.н., доцент, ответственная по НИР и НИРС.

*Кафедра нормальной и патологической физиологии:*

- Заведующий кафедрой Зарифьян Анэс Гургенович – к.м.н., профессор;
- Какеев Бакир Аскарлович - доктор медицинских наук, доцент

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения:*

- Заведующий кафедрой Касиев Накен Касиевич - д.м.н., профессор;
- Сыдыков Абылгазы Сыдыкович - к.м.н., доцент;

*Кафедра терапии №2 с курсом доказательной медицины:*

- Заведующий кафедрой Сабиров Ибрагим Сабирович - профессор, д.м.н.
- Норузбаева Айгуль Мукашевна - профессор, д.м.н.

*Кафедра инфекционных болезней:*

- Заведующая кафедрой Радченко Елена Анатольевна- кандидат медицинских наук, доцент

*Кафедра базисной и клинической фармакологии:*

- Заведующая кафедрой Зурдинова Аида Аширалиевна- кандидат медицинских наук, доцент;

*Кафедра медицины катастроф:*

-Заведующий кафедрой Идирисов Аскербек Ниязбекович- кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы, отличник здравоохранения КР.

#### **4.2. Информационно-библиотечное и методическое обеспечение**

Организация располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечивается индивидуальным неограниченным доступом к одной или нескольким электронно-библиотечным системам (электронным библиотекам): сайт Федеральной электронной медицинской библиотеки Минздрава: <http://www.femb.ru/feml> и к электронной информационно-образовательной среде организации.

Электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда организации обеспечивает возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее - «Интернет»), как на территории организации, так и вне ее.

Электронная информационно-образовательная среда организации обеспечивает:



- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин (модулей), практик, к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы ординатуры по специальности;
- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;
- формирование электронного портфолио обучающихся, в том числе сохранение работ обучающегося, рецензий и оценок на эти работы со стороны любых участников образовательного процесса;
- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети «Интернет».

Функционирование электронной информационно-образовательной среды обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих. Функционирование электронной информационно-образовательной среды должно соответствовать законодательству Российской Федерации.

### **4.3. Материально-техническое обеспечение реализации ПО**

Минимально необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типо-

выми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

В случае неиспользования в организации электронно-библиотечной системы (электронной библиотеки) библиотечный фонд укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 100 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочих программах дисциплин (модулей), практик, и не менее 25 экземпляров дополнительной литературы на 100 обучающихся.

Организация обеспечена необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению).

Электронно-библиотечные системы (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда обеспечивают одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по программе ординатуры.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению.

#### **4.4. Перечень клинических баз, осуществляющих ОП**

- Республиканский центр психического здоровья МЗ КР;
- Республиканский центр наркологии МЗ КР;
- Национальный госпиталь МЗ КР, отделение неврологии и нейротравматологии;
- Национальный центр кардиологии и терапии им. М.М. Мирахимова МЗ КР;
- Республиканская инфекционная больница МЗ КР
- Кафедра медицины катастроф, мкрн. Аламудун-1, дом 1/31/5
- Кафедра базисной и клинической фармакологии, ул. Тыныстанова 1, ЦСМ №18, 2 этаж, 20 блок.
- Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, г. Бишкек ул. Ахунбаева 92а.
- Кафедра нормальной и патологической физиологии, г. Бишкек, пр. Мира 1.
- Кафедра патологической анатомии, (РЦПЗ), г. Бишкек, ул. Байтик-Баатыра 1.
- Кафедра медицины катастроф, г. Бишкек, микрорайон Аламудун-1, д.1/31/5.
- Республиканский медицинский информационный центр МЗ КР.

## **5. Нормативно-методическое обеспечение системы оценки качества освоения обучающимися ОП**

### **5.1. Фонды оценочных средств**

Для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации кафедрами созданы фонды оценочных средств.

Эти фонды включают: контрольные вопросы и типовые задания для практических занятий, зачетов и экзаменов; ситуационные задачи; перечень практических навыков и умений с критериями их оценки; тесты и компьютерные тестирующие программы; примерную тематику рефератов и т.п., а также иные формы контроля, позволяющие оценить степень освоения дисциплин образовательной программы.

#### **1. Вступительные экзамены в ординатуру:**

1.1. Вопросы к вступительным экзаменам в ординатуру – 51;

#### **2. Промежуточная аттестация ординаторов 1-го года обучения:**

2.1 . Вопросы для проведения промежуточной аттестации ординаторов 1 года обучения – 67;

2.2. Ситуационные задачи – 27;

#### **3. Промежуточная аттестация ординаторов 2-го года обучения:**

3.1. Вопросы для проведения промежуточной аттестации ординаторов 2-го года обучения – 19;

3.2. Ситуационные задачи – 20;

#### **4. Итоговая государственная аттестация:**

4.1. Вопросы для проведения ИГА ординаторов 2-го года обучения – 90;

4.2. Набор тестов для проведения ИГА ординаторов 2-го года обучения – 1000 - 1 вариант.

### **Вопросы к вступительным экзаменам в ординатуру по психиатрии**

1. Рецепторные расстройства.

2. Галлюцинации.

3. Формальные расстройства мышления.
4. Бред. Определение, критерии, классы.
5. Сверхценные идеи.
6. Количественные расстройства памяти.
7. Качественные расстройства памяти.
8. Расстройства интеллекта.
9. Расстройства настроения: депрессия, мания, дисфория.
10. Тревога. Маски. Маркеры.
11. Ступор: варианты, характеристика.
12. Возбуждение: варианты, характеристика.
13. Синдром оглушения.
14. Расстройства пищевого поведения.
15. Импульсивные влечения.
16. Делирий.
17. Методы обследования.
18. Понятие о стигме, дестигматизация.
19. Общие правила назначения психотропных препаратов.
20. Правила и принципы медицинского информирования больных с психическими расстройствами и их родственников
21. Основные показания для госпитализации в психиатрический стационар в свете Закона «Об оказании психиатрической помощи».
22. Общая классификация психотропных препаратов.
23. Антипсихотические средства.
24. Антидепрессанты (трициклические).
25. Антидепрессанты (СИОЗС).
26. Транквилизаторы.
27. Ноотропы.
28. Антиконвульсанты.
29. Нормотимики.

30. Атипичные нейролептики.
31. Синдром зависимости.
32. Интоксикация и отмена опиоидов.
33. Интоксикация и отмена каннабиоидов.
34. Общие принципы терапии и реабилитация наркозависимых.
35. Общие критерии деменции.
36. Сосудистая деменция. Деменция при болезни Альцгеймера.
37. Органическое расстройство личности.
38. Посткоммоционный синдром.
39. Общие критерии шизофрении.
40. Параноидная, гебефреническая и кататоническая шизофрения.
41. Депрессивный эпизод.
42. Биполярное аффективное расстройство. Рекуррентное депрессивное расстройство.
43. Тревожно-фобические расстройства
44. Паническая атака. Генерализованное тревожное расстройство.
45. Общие критерии диссоциативных расстройств.
46. Диссоциативные судороги, диссоциативное расстройство чувствительности.
47. Количественные расстройства сна.
48. Качественные расстройства сна.
49. Общие критерии расстройств личности. Классификация.
50. Легкая и умеренная умственная отсталость.
51. Тяжелая и глубокая умственная отсталость.

**Перечень экзаменационных вопросов промежуточной аттестации 1  
(1 полугодие I года обучения)**

1. Исторические этапы становления психиатрии как науки, основные разделы

психиатрии.

2. Основные принципы закона РФ И КР «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Показания для недобровольной госпитализации больных в психиатрический стационар.
3. Позитивные и негативные психопатологические симптомы, их значение в диагностике психических расстройств.
4. Этика и деонтология в психиатрии. Значение знаний психической патологии в работе врача общего профиля.
5. Расстройства восприятия.
6. Расстройства мышления по форме (темп, продуктивность, целенаправленность).
7. Навязчивости (обсессии, фобии, компульсии) – клиника, нозологическая принадлежность.
8. Сверхценные и бредовые идеи. Дифференциальная диагностика.
9. Бредовые идеи – определение, классификация.
10. Синдром Кандинского-Клерамбо – клиника, варианты.
11. Паранойяльный синдром – определение, клиника, нозологическая принадлежность.
12. Параноидный синдром - определение, клиника, нозологическая принадлежность.
13. Парафренный синдром - определение, клиника, нозологическая принадлежность.
14. Бред Котара – клиника, варианты, нозологическая принадлежность.
15. Депрессивные синдром – клиника, виды депрессий, нозологическая принадлежность.
16. Маниакальный синдром - клиника, виды маний, нозологическая принадлежность.
17. Апато-абулический синдром – клиника, нозологическая принадлежность.

18. Расстройства памяти: амнезии – классификация, клиника.
19. Расстройства памяти: парамнезии – виды, клиника.
20. Корсаковский синдром – клиника, нозологическая принадлежность.
21. Расстройства интеллекта (олигофрении, деменции) – общие характеристики.
22. Критерии ясности сознания, количественные и качественные расстройства сознания.
23. Количественные расстройства сознания (обнубиляция, сомноленция, сопор, кома).
24. Делирий – определение, клиника, виды, нозологическая принадлежность.
25. Сумеречное расстройство сознания – определение, клиника, эквиваленты, нозологическая принадлежность.
26. Онейроид – определение, клиника, этапы развития, нозологическая принадлежность.
27. Аменция – определение, клиника, нозологическая принадлежность.
28. Расстройства влечений.
29. Основные этапы отечественной психиатрии. С.С.Корсаков.
30. Эндогенные и экзогенные факторы этиологии психозов.
31. Шизофрения – определение, классификация по форме и типам течения (по МКБ- 10).
32. Шизофрения – определение, основные и добавочные симптомы, симптомы I ранга по Курту Шнайдеру.
33. Шизофрения, параноидная форма клиника, типы течения.
34. Шизофрения, кататоническая форма – клиника, типы течения.
35. Шизофрения, гебефреническая форма – клиника, типы течения.
36. Шизофрения, простая форма – клиника, типы течения.
37. Биполярное аффективное расстройство – клиника депрессивного эпизода, варианты депрессий.



38. Биполярное аффективное расстройство – клиника маниакального эпизода, виды маний.
39. Циклотимия. Клиника, диагностика, современные принципы терапии.

### **Ситуационные задачи**

#### **Ситуационная задача 1.**

Больная В. 36 лет обратилась к семейному врачу с жалобами на нарастающую слабость, утомляемость, ноющие боли в области сердца длительностью около часа. Боли снимаются через некоторое время после приема валокордина, но затем вновь возникают. При обследовании на ЭКГ изменений в миокарде не было обнаружено. По настоянию больной была проведена проба с дозированной физической нагрузкой (ВЭМ), которая также снижения функциональных показателей работы сердца не выявила. Тем не менее, убедить больную в отсутствии органической сердечной патологии не удалось. Приглашенный на консультацию невропатолог также расстройств со стороны неврологической сферы не обнаружил. При направленном расспросе выявляются дополнительные симптомы: отсутствие интереса в жизни, снижение аппетита, потеря веса не менее 6 килограмм за последние несколько месяцев, стойкие запоры, последние два месяца отмечает нарушения менструального цикла. Сама отмечает, что появилась крайняя неуверенность в себе, двигательная заторможенность, отмечаемая окружающими. Фон настроения по ее мнению снижен, хотя считает, что это связано с возможной серьезной патологией сердца.

Необходимо провести дифференциальную диагностику между рядом состояний и установить диагноз в соответствии с критериями МКБ-10

1. Генерализованное тревожное расстройство
2. Стенокардия напряжения
3. Депрессивный эпизод, умеренно выраженный
4. Биполярное аффективное расстройство

### **Ситуационная задача 2.**

Больная Г. 46 лет жалуется на хроническую усталость и утомляемость, снижение аппетита, ранние пробуждения, снижение веса тела, снижение работоспособности как физической, так и психической. Стало трудно выполнять свои профессиональные обязанности (работала наемным продавцом в частном магазине), появилась реальная вероятность потери рабочего места. Врач терапевт, к которому обратилась больная признаков соматической патологии на основании данных лабораторных и инструментальных обследований не обнаружила. Повышения артериального давления до настоящего времени не отмечалось. Возникали даже мысли об онкопатологии, но после консультации с онкологом по ее словам опасения уменьшились. Менопауза в 43 лет. Из анамнеза подобные снижения настроения повторялись несколько раз в последние годы и длились по нескольку недель. Каждый раз она определяла какие-то провоцирующие факторы, связанные со стрессогенными событиями. В то же время периоды повышения активности и настроения не отмечались. Последнее ухудшение состояния длится уже полтора месяца, что и заставило обратиться за помощью. Невропатолог, к которому она была направлена, сделал назначения (винпоцетин, микстура Кватера, комплексная витаминотерапия) однако облегчения состояния не отмечает. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 3.**

Больной Г. 43 лет подставлен в психиатрический стационар из отделения токсикологии ГКБСП 4 после попытки суицида (выпил большое количество таблеток). Жалобы при поступлении: слабость, заторможенность, сниженное настроение, высказывает мысли о никчемности своего существования, идеи виновности, греховности, считает, что он является обузой для всей семьи, поскольку более в течении уже почти 15 лет. Из анамнеза подобные периоды депрессии наблюдались несколько раз, длительностью до полугода. В то же

время отмечает, что были также и периоды повышенной активности, когда в течение нескольких недель успевал сделать многое, очень мало спал (2 часа в сутки), много ел. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 1.**

Больной Д. обращается к терапевту с жалобами на нарушения сна (ранние пробуждения) в течение длительного времени, снижение аппетита, вялость, снижение работоспособности. Проведенное лечение (курс витаминотерапии, биостимуляторов и физиопроцедур) облегчения не приносит. Из анамнеза такое состояние отмечается на протяжении неопределенно длительного времени («мне кажется, я таким и родился, просто в последний раз бессонница очень длительная»). В то же время сам отмечает, что бывали периоды, когда в течение нескольких недель настроение было достаточно ровное. Однако если рассматриваться прошедшее в целом, все же большая часть времени, по словам больного «проходила в пессимизме». Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 5.**

Больной Ж. 28 лет доставлен в стационар скорой психиатрической бригадой по настоянию родственников. С их слов больной в течение последних 3 недель крайне возбужден, мало спит, постоянно пытается вмешиваться во все происходящее вокруг. Днем был эпизод, когда в собственной машине ехал посреди центрального проспекта, постоянно сигналил (работники ГАИ при этом его ни разу не остановили?). Свое поведение объясняет прекрасным настроением и желанием «что-то сделать». На попытку отца отобрать и спрятать права на вождение автотранспортом отреагировал резко агрессивно. Со слов родственников до этого у больного никогда подобных состояний не отмечалось, употребление психоактивных веществ больным ими никогда не наблюдалось. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 6.**

Больная К. 55 лет обратилась в стационар по настоянию дочери. Жалобы на снижение настроения, отсутствие интересов, нарастающую слабость, при этом постоянное напряжение и ожидание чего-то страшного. Ей кажется, что с ее дочерью и внуком постоянно что-то может случиться. Из анамнеза: подобные тревожно-депрессивные эпизоды повторялись несколько раз на протяжении последних 10 лет длительностью по несколько недель. Затем спонтанно состояние несколько улучшалось. Менопауза с 43 лет. В возрасте 28 лет развод и с тех пор личная жизнь не складывалась, считала, что должна сосредоточиться на воспитании дочери. Приблизительно 8 лет назад дочь также развелась и в тот период отмечала первый эпизод снижения настроения.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 7.**

Больной Л. 36 лет доставлен в отделение скорой психиатрической бригадой. Впервые в жизни со слов родственников за последние несколько недель развилось состояние бурной активности, появились идеи величия, завышенная самооценка (считает, что он обладает исключительными способностями, люди специально стараются чинить ему всяческие препятствия). Появилась раздражительность, подозрительность. Говорит о том, что на самом деле он имеет знатное происхождение, при этом убежденность носит бредовый характер. Речь ускоренная до уровня «скачки идей». Постоянно чем-то занят, перестал следить за собой. Практически не спит ночами, появились мысли, что его преследует какая-то организация.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 8.**

Больной М. 34 лет обратился за помощью к терапевту. Жалобы на постоянные острые боли в области сердца («даже вдохнуть невозможно, т.к. боль усиливается»), отсутствие аппетита, потеря веса, заторможенность, снижение памяти, утомляемость. Отмечает, что появляется апатичность, нежелание что-либо делать. Обследование нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы не выявило. Был направлен к невропатологу, который боли в области сердца связывал с остеохондрозом грудного отдела позвоночника. Однако последующие терапевтические процедуры (массаж, иглотерапия, мануальная терапия) состояние не улучшили. На приеме: малоподвижен, вял, немногословен, говорит тихим голосом, не всегда четко понимает суть задаваемых вопросов. Ранее подобные состояния не помнит. Четко связать с какими-либо внешними событиями свое состояние затрудняется. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 9.**

Больная Н. 33 лет обратилась с жалобами на усталость, разбитость, снижение работоспособности. По ее словам все эти нарушения связаны с постоянным недосыпанием (обычно трудно засыпать, а по утрам просыпается в 4 часа и больше уснуть не может). Трудно сосредоточиться на профессиональных обязанностях, ей кажется, что на работе все считают ее больной и она может лишиться своего места. Это очень важно, поскольку живет одна, замужем никогда не была и никакой помощи со стороны родственников не имеет. Настроение снижено, часто плачет, но как она считает, это также связано с ее плохим самочувствием. В течение последнего месяца резко похудела (на 6 кг.). За исключением диссомнии и астении больше никаких жалоб не предъявляет. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 10.**

Жалобы больного: снижение интереса к жизни, неспособность получать удовлетворение от вещей, которые ранее приносили удовольствие (вкусная пища, рыбалка, чтение детективов). Отмечает также повышенную утомляемость и нежелание что-либо делать. При этом настроение по его словам «обычное». Кроме того, беспокоит неспособность к сосредоточению, трудность концентрации внимания, появилось чувство неуверенности в себе. Аппетит и сон, по словам больного, пока в норме. Больше никаких жалоб не предъявляет. Такое состояние, начавшееся 2 недели назад, не может связать с чем-либо. Ранее таких расстройств также не отмечает.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 11.**

Больной А. 34 лет отмечает у себя в течение последних нескольких лет перепады настроения. Обычно эпизоды повышенного настроения длятся 2-3 дня, когда он чувствует себя хорошо, спит меньше чем обычно, появляется повышенная работоспособность, многое успевает сделать. Однако это состояние быстро кончается. В то же время отмечает также периоды снижения настроения (до недели), когда ему кажется, что он ни на что не способен, резко снижается работоспособность, плохо спит. Между этими состояниями настроение субъективно относительно удовлетворительное. Но все равно без всяких внешних причин настроение вновь начинает меняться в стороны снижения или повышения.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 12.**

Больная Б. 37 лет обращается к семейному врачу по поводу ноющих болей в области сердца после стресса. Обследование патологии со стороны сердца не

выявило. При направленном расспросе отмечает, что появились мысли о нежелании жить (причину объяснить не может). Кроме того, отмечается утрата интересов в жизни, слабость и утомляемость. Такое состояние длится уже третью неделю. Сон и аппетит не нарушены, работоспособность по ее мнению не снизилась. Однако есть ощущение какой-то бесперспективности (ей кажется, что у нее какое-то заболевание, которое будет прогрессировать и вылечить его не удастся). По сути, этим и ограничивается круг предъявляемых жалоб. Связать свое состояние с какими-то стрессовыми событиями не удается, считает, что все дело в нарушениях сердечной деятельности. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Перечень экзаменационных вопросов промежуточной аттестации 2 (2 полугодие I года обучения)**

1. Тревожно-фобические расстройства, особенности, клинические варианты
2. Агорафобия, диагностические критерии
3. Паническое расстройство, диагностические критерии, терапия
4. Картина типичной панической атаки и тактика ведения больного
5. Генерализованное тревожное расстройство, определение, диагностические критерии
6. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Значение в общесоматической практике
7. Обсессивно-компульсивное расстройство, диагностические критерии, клинические варианты
8. Посттравматическое стрессовое расстройство, диагностические критерии
9. Расстройства адаптации, диагностические критерии, основные клинические варианты
10. Диссоциативные расстройства, общие критерии диагностики
11. Соматизированное расстройство, диагностические критерии
12. Ипохондрическое расстройство, диагностические критерии

13. Хроническое соматоформное болевое расстройство, диагностические критерии, терапевтическая тактика.
14. Общие характеристики рубрики F 5.
15. Нервная анорексия. Определение, диагностические критерии
16. Нервная булимия. Определение, критерии
17. Бессонница неорганической природы. Диагностические критерии
18. Гиперсомния неорганической природы, критерии
19. Парасомнии. Клинические варианты и критерии.
20. Половая дисфункция не обусловленная органическим расстройством. Природа, клинические варианты.
21. Общие характеристики расстройств рубрики F 6.
22. Общие критерии специфических расстройств личности
23. Хронические изменения личности, клинические варианты.
24. Расстройства привычек и влечений. Природа, клинические проявления.
25. Расстройство половой идентификации и сексуальных предпочтений.
26. Легкая умственная отсталость, критерии
27. Умеренная умственная отсталость, критерии
28. Тяжелая и глубокая умственная отсталость

### **Ситуационные задачи.**

#### **Ситуационная задача 1.**

Больной а. 28 лет обращается с жалобами на усиленные сердцебиения, тахикардию, колющие боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, потливость, слабость, затрудненное дыхание. Из анамнеза указанные жалобы появились приблизительно 6 месяцев назад. При направленном расспросе выявляется, что указанные жалобы возникают в связи с определенными ситуациями: страх перед открытыми пространствами, страх большого скопления незнакомых людей. Старается избегать подобных ситуаций, однако это сделало невозможным выполнение профессиональных обязанностей (работал



реализатором на вещевом рынке). Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 2.**

Больная Б. 34 лет обратилась с жалобами на нарушения сна (трудности засыпания в течение последних 2 недель). По ее словам «хроническое недосыпание» приводит к постоянному внутреннему напряжению, снижению работоспособности. Кроме того в течение длительного времени беспокоит неспособность расслабиться, внутренний дискомфорт, страхи за свое сердце, постоянное ожидание, что что-то внезапное может случиться, когда она будет идти по улице. Заметила, что в привычной домашней обстановке состояние улучшается. Постепенно практически перестала выходить на улицу, даже за мелкими хозяйственными покупками. Неоднократные обращения к семейному врачу какой-либо соматической патологии не выявили, что еще больше усиливает непонимание со стороны мужа и его родственников, которые считают, что ничего серьезного с ней не происходит. Как бы то ни было, работу (учитель в средней школе) ей пришлось оставить. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 3.**

Больной В. 14 лет явился на прием к врачу в сопровождении матери. Жалобы на нестабильность АД, гипергидроз, усиленные сердцебиения, слабость, которые возникают всякий раз перед устным ответом у доски в классе. Появились тики. Все расстройства появились приблизительно около 3 месяцев назад. Мать вынуждена обратиться к врачу, поскольку ребенок стал отказываться ходить в школу, стесняться ходить в гости к одноклассникам. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

#### **Ситуационная задача 4.**

Больной К. 36 лет обращается с жалобами на боли в области сердца, колющего характера, слабость, внутренне напряжение, возникающие всякий раз, когда приходится летать на самолете, ехать в лифте или легковой автомашине. Указанные жалобы появились приблизительно 3 месяца назад, когда в авиакатастрофе погиб один из его родственников. Логически понимает, необоснованность своих страхов, однако практически перестал ездить в метро, летать на самолете, при езде на личной автомашине, вне зависимости от погоды, стало необходимо открывать боковое стекло. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

#### **Ситуационная задача 5.**

Больная Т. 36 лет в течение последних 6 месяцев жалуется на приступы страха, сопровождающихся слабостью, онемением конечностей, снижением АД, нарушения засыпания. Такие приступы возникают внезапно, вне связи с какими-либо событиями, длятся около 30 минут и проходят самостоятельно. Частота приступов в последнее время – один раз в сутки обычно в ночное время. Консультация и обследование у невропатолога (включая ЭЭГ) патологии не выявило. Вынуждена бросить работу, поскольку в любое время боялась возникновения приступа. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

#### **Ситуационная задача 6.**

Больная П. 34 лет доставлена в психиатрический стационар по экстренным показаниям в связи с развившейся остро бредовой симптоматикой (бред преследования и физического ущерба). На следующий день симптоматика спонтанно регрессировала и больная смогла рассказать о том, что произошло. Возвращаясь вечером домой с работы, она подверглась нападению с целью грабежа. С трудом вырвалась и, забежав домой, закрыла все двери, шторы, вы-

ключила свет, телевизор, телефон. Ей казалось, что в дом могут ворваться грабители. Муж и ребенок ничего не могли понять. Всю ночь не спала, караулила около окна. Утром мужу удалось вызвать скорую психиатрическую бригаду. До этого никогда серьезные психические расстройства у больной не наблюдались, на диспансерном учете не состояла. Была выписана из стационара без каких-либо медицинских рекомендаций. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 7.**

Больная П. 28 лет жалуется на нарушения сна, утомляемость, слабость, усиленные сердцебиения, кошмарные сновидения, отсутствие желаний, снижение памяти. Стала трудно общаться с окружающими, выполнять свои повседневные обязанности. Указанные нарушения возникли приблизительно около 3 месяцев назад. До этого приблизительно полгода назад была свидетелем трагической гибели своего мужа (муж скончался на ее руках после серьезной автокатастрофы, поскольку не было возможности своевременно оказать медицинскую помощь – жили в отдаленной горной местности). После этого в течение некоторого времени (период похоронного обряда, поминок) машинально выполняла все соответствующие обязанности. Фон настроения был снижен, но по ее словам пока не осознавала потери. Состояние резко ухудшилось вне связи с какими-либо событиями. Постоянно стали сниться эпизоды трагедии, навязчивые воспоминания, стала меньше обращать внимание на детей. Ей кажется, что состояние ее никогда не изменится в лучшую сторону, появились мысли о нежелании жить, но удерживало чувство привязанности к маленьким детям. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 8.**

Больная В. 47 лет. Жалобы на снижение настроения, слабость, утомляемость, нарушения сна, снижение аппетита, отсутствие желания что-либо делать. Состояние развилось после похорон матери три недели назад. Обследование у семейного врача соматической патологии не выявили. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 9.**

Больная Б. 42 лет жалуется на хроническое чувство усталости, нарушения сна, снижение аппетита. По словам больной похудела. Снижена работоспособность. Состояние связывает с ситуацией развода с мужем, с которым прожили вместе более 20 лет. Считает, что муж «предал» ее после стольких лет совместной жизни. Состояние длится уже более года, что вынудило больную обратиться за помощью.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 10.**

Больная С. 38 лет обратилась с жалобами на усиленные сердцебиения и колющие боли в области сердца, одышку, не связанную с физическими нагрузками, гипергидроз, нарушения сна и аппетита, постоянное внутренне напряжение, неспособность расслабиться, снижение настроения, апатию, нежелание что-либо делать. Отмечает дисменорею. Подобное состояние длится уже около 4 месяцев и связано со стрессом (неожиданно узнала о факте измены мужа, который оказывается в течении длительного времени поддерживал отношения с другой женщиной и даже имел ребенка). Состояние не позволяло выполнять в полном объеме профессиональные обязанности, что заставило обратиться к врачу. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 11.**

Больной К. обращается с жалобами на потливость, усиленные сердцебиения, внутреннее напряжение, неспособность расслабиться. Подобные жалобы появились два года назад, когда после похорон близкого друга, скончавшегося от сердечной недостаточности, придя домой, впервые почувствовал усиленные сердцебиения и перебои в работе сердца. Обращение к терапевту четких представлений о природе своего заболевания не дало. Назначенное лечение оказалось малоэффективным. Предполагает, что у него, возможно, какое-то серьезное соматическое заболевание, но кто может оказать эффективную помощь не знает. Со временем добавили жалобы на плохое засыпание, утомляемость, периодически колющие боли в области сердца, нестабильность артериального давления. Вынужден поменять место работы на более легкий труд (стал работать охранником на котельной).

Необходимо квалифицировать состояние с точки зрения диагностических критериев МКБ-10.

### **Ситуационная задача 12.**

Больная Л. Предъявляет жалобы на постоянное чувство внутреннего напряжения, колющие боли в области сердца, появляющиеся при эмоциональном напряжении, выраженная слабость и утомляемость. Считает, что эти нарушения формировались постепенно в течении длительного времени, но связать с чем-либо начало своего заболевания не может. Из анамнеза длительная ситуация стресса, связанная с алкоголизацией мужа, который считает, что проблем у него нет и лечиться отказывается. Постоянные жалобы жены он расценивает как симуляцию, поскольку многочисленные обследования у различных специалистов четких данных о какой-либо соматической патологии не выявили. В последние несколько месяцев отмечаются снижение настроения, нарастающую усталость. Длительное лечение у разных

невропатологов и кардиологов по поводу вегето-сосудистой дистонии облегчения состояния не приносят. Сама больная даже не представляет, чем она больна. Возможно у нее такое особое заболевание, которое чрезвычайно трудно четко диагностировать и, в особенности лечить.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 13.**

Больной А. неоднократно обращается к кардиологу по поводу лечения сердечной недостаточности. Считает, что у него был инфаркт миокарда, который врачи вовремя не диагностировали. Много читал специальной литературы относительно ишемической болезни сердца. Появившиеся усиленные сердцебиения, нарастающая слабость, перебои в работе сердца расценивает как проявление нарастающей сердечной недостаточности. Многочисленные обследования у разных кардиологов признаков рубцовых изменений в миокарде не обнаружили. Однако это не убедило больного, поскольку периодически у него отмечается слабость и боли в области сердца (не связанные с физической нагрузкой, длительностью до получаса, облегчение отмечается при приеме валидола). Считает, что до настоящего времени сталкивается с недостаточно квалифицированными кардиологами, которые не могут поставить явный диагноз и назначить своевременную терапию. Вынужден бросить работу, поскольку боится, что в любой момент возможен повторный ИМ.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 14.**

Больная Б. обращается с жалобами на боли в эпигастральной области, отрыжку, потерю аппетита, изжогу. Указанные жалобы появились приблизительно около года назад, когда скончался отец больной от рака желудка. Сильно переживала эту ситуацию, а через несколько недель почувствовала у себя отмеченные ранее жалобы. Испугалась, что у нее также рак желудка, по

поводу чего неоднократно обращалась к терапевтам и онкологам. Их уверения в том, что со здоровьем у нее относительно все в порядке успокоения не принесли. Считала, что врачи специально скрывают от нее ее «ужасный» диагноз, поскольку «так принято среди врачей». Нарастает снижение настроения и степень убежденности негативных последствий рака желудка. Отмечает раздражение и неприязнь в отношении врачей, которые, несмотря на то, что постоянно говорят о важности своевременного начала лечения, никак не могут поставить четкий диагноз и начать лечение. Появились мысли, что у нее уже неоперабельная форма, что еще больше приводит к депрессии. Данные инструментальных методов обследования, приводимые врачами, ее не убедили, поскольку она больше ориентируется на свои ощущения. Много читала литературы о «своем заболевании».

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 15.**

Больная К. 24 лет обратилась к своему семейному врачу с жалобой на появившуюся несколько месяцев назад отрыжку воздухом, которая возникает вне зависимости от приема пищи. Стала стесняться этого, ограничила круг общения. Одновременно появились мысли, что отрыжка является признаком достаточно серьезной желудочной патологии. Обследование у врача (гастроскопия) какой-либо патологии не выявил. Самостоятельно обратилась к хирургу, который также нарушений не обнаружил. В настоящее время не знает к кому еще можно обратиться (консультировалась также с эндокринологом по поводу возможного зоба, ЛОР врачом, гастроэнтерологом – все безрезультатно). Тем не менее, симптом остается. Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

**Перечень экзаменационных вопросов промежуточной аттестации 3  
(1 полугодие II года обучения)**

1. Эпилепсия, определение, эпилепсия идеопатическая и симптоматическая
2. Классификация эпилептических припадков
3. Клиника парциальных приступов
4. Картина большого судорожного припадка (тонико-клонический)
5. Эпилептический статус, коррекция.
6. Принципы лечения эпилепсии
7. Клинико-диагностические особенности типичного и атипичного алкогольного опьянения.
8. Клинические проявления на разных стадиях развития алкоголизма.
9. Признаки патологического опьянения, диагностика, принципы терапии.
10. Клиническая характеристика стадий алкогольного делирия.
11. Клинико-диагностические особенности алкогольного галлюциноза.
12. Изменения личности при алкоголизме.
13. Принципы терапии алкоголизма.
14. Определение и классификация наркоманий.
15. Клиническая картина при опишной наркомании.
16. Клинические проявления гашишизма.
17. Кокаиновая наркомания, клинико-диагностические особенности.
18. Клиническая картина амфетаминовой зависимости.
19. Зависимость от транквилизаторов, клинико-диагностические и терапевтические аспекты.

**Ситуационные задачи**

**Ситуационная задача 1.**

В подъезде дома обнаружен 15 – летний подросток, лежащий без сознания. При осмотре: дыхание угнетено, зрачки «точечные», не реагирует на болевые



раздражители, брадикардия. В области локтевых сгибов по ходу вен многочисленные уплотнения и мелкие кровоизлияния в местах.

Дайте квалификацию состояния.

### **Ситуационная задача 2.**

Врач бригады скорой помощи фиксирует у пациента 23 лет тремор, расширение зрачков, насморк, частое чихание, кашель и обильное слезотечение. Пациент беспокоен, тревожен, пытается массировать мышцы конечностей, жалуется на тянущие боли в суставах конечностей, расстройство стула, бессонницу. При осмотре в области локтевых сгибов по ходу вен многочисленные уплотнения.

Установить предварительный диагноз, обозначить тактику дифференциальной диагностики.

### **Ситуационная задача 3.**

Больной Т. 28 лет. В течение полугода систематически употребляет кокаин. На момент осмотра врача высказывает жалобы на наплыв устрашающих видений - змей, насекомых с чувством ужаса, страха ними. Критика к переживаемому частичная. Описанные расстройства развились в течение 18 часов после ряда повторных инъекций наркотика в течение одного дня.

Такое состояние скорее всего может быть квалифицировано как:

- А. Кокаиновое опьянение
- Б. Кокаиновый делирий
- В. кокаиновый параноид
- Г. кокаиновая абстиненция
- Д. Кокаиновая агитация

#### **Ситуационная задача 4.**

Больной М., 36 лет, жалуется на бессонницу в течение 8 месяцев. По назначению врачей принимал снотворные препараты периодически, затем постоянно. В течение последних 2-х месяцев доза препаратов увеличилась, но без прежнего эффекта. Сам больной отмечает, что без снотворных препаратов чувствует постоянную усталость, раздражительность, «чувство тяжести». В то время как при их употреблении появляется ощущение прилива энергии, повышается активность, работоспособность. Не заметил, как доза снотворных повысилась, но без снотворного эффекта. Решил бросить принимать данные снотворные средства, но на следующий день у больного возникли необъяснимая тревога, страх. Появились дрожь в конечностях, мышечные подергивания, общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, нарушилось восприятие окружающих предметов и пространства. Повысилось артериальное давление, хотя при вставании с кровати отмечалось резкое падение АД. Позднее развились 2 судорожных припадков.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

#### **Ситуационная задача 5.**

Больной Т. 35 лет находится в отделении психиатрической больницы с жалобами на ощущения шевеления, ползания червей под поверхностью кожи. При осмотре выявляются множественные расчесы в местах локализации болезненных ощущений. Со слов родственников, больной в течение последнего года злоупотребляет наркотическими веществами.

Данные проявления являются типичными для:

- А. Героиновой наркомании
- Б. Кокаиновой наркомании
- В. Алкоголизма
- Г. Барбитуровой токсикомании

### Ситуационная задача 6.

Больной 46 лет, автомеханик. Злоупотребляет алкоголем 20 лет. Около 15 лет опохмеляется, в последние 8 лет отмечаются запои до 5 дней. К настоящему времени перешел на суррогаты, крепленые вина. Изменился по характеру: перестал интересоваться работой, часто менял места работы, долго не удерживался, стал безразличным, холодным по отношению к детям, жене. Много лет конфликтные отношения с женой из-за злоупотребления алкоголем. В течение последних 3 лет стал замечать, что жена часто уходит из дома, «якобы проводит время с подружками, но на самом деле ходит в рестораны», изменила к нему отношение. Требовал объяснений, выяснял, где она была, если вовремя не приходила. Ответам жены не верил. Стал подозревать, что она ему изменяет, начал следить за ней. Дома возникали частые ссоры, доходящие до рукоприкладства, угрожал убить ее и «хахаля». Видел жену часто о чем то думающей, заплаканной, что подтверждало его подозрения. Требовал от нее признаний, находил доказательства ее неверности – «кровать была измята»; на постельном белье находил подозрительные пятна. Во время ссор угрожал жене расправой. Дома на стене повесил топор в надежде запугать жену. В последнее время пришел к выводу, что изменяет ему со всеми сослуживцами. После того, как подал на развод, жена сообщила о его поведении в психиатрический диспансер.

Психический статус: ориентирован, Подробно рассказывает о поведении жены, непоколебимо убежден, что жена ему изменяет. Чтобы не убить ее и не отвечать за это, считает необходимым развестись. Себя считает здоровым, а поместили его в больницу жена и ее любовники, чтобы «развратничать». После долгих уговоров согласился полечить «нервы». В отделении поведение спокойное, упорядоченное. На свиданиях с женой, если никто не наблюдает, требует от нее признаний, оскорбляет ее, угрожает расправой.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 7.**

В психиатрическую больницу в 2 часа утра был доставлен больной М. 40 лет. По объективным данным, часто выпивает спиртное последние 3 года ( 2-3 раза в неделю). Заболел остро, три часа тому назад, после того, как жена застала больного сидящим на кухне и выпивающим из горлышка бутылки, не спал, был возбужден, «заговаривался», ползал по полу.

Была вызвана скорая помощь, врач которой описывает состояние больного: дезориентирован, испытывает зрительные устрашающие галлюцинации, отрывочные бредовые идеи преследования, страх, тревогу. Находится в состоянии психомоторного возбуждения. Жалуется на тошноту, боли в животе, отмечаются фибриллярные подергивания век, мышц лица, миоз, гипергидроз, гиперсаливация. АД – 130/90. Температура – 37,2 С.

Оцените психопатологическое состояние:

### **Ситуационная задача 8.**

Диагностируйте состояние.

В приемный покой наркологического стационара доставлен больной Д, 26 лет., который был обнаружен лежащим на тротуаре. В больницу доставлен на носилках. Контакту недоступен. Лежит неподвижно, на внешние и болевые раздражители не реагирует. Из рта - запах алкоголя. В ротовой полости – остатки рвотных масс. Кожные покровы бледные, цианотичные. Кожа влажная. Температура 35 С, артериальное давление – 90/50 мм.рт.ст., дыхание поверхностное, редкое (8-10 в мин.). Реакция зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы отсутствуют. Отмечаются тонические судороги жевательных и затылочных мышц.

### **Ситуационная задача 9.**

Квалифицируйте состояние и поставьте нозологический диагноз.

Больной 37 лет, автослесарь. С 20 лет злоупотребляет спиртным, появились запои по 5-7 дней. После одного из запоев, внезапно вечером услышал голоса соседей из-за стены, которые грозили убийством, ругали за пьянство, за вред, который причиняет семье. Утром голоса исчезли, но к вечеру возобновились вновь. По словам жены в это время стал возбужденным, испытывал страх, плакал. Была вызвана специализированная психиатрическая бригада.

При осмотре: ориентирован, уверяет, что он здоров. Слышит мужские и женские голоса, которые называют его пьяницей, развратником. Грозят смертельной казнью. Другие голоса защищают его, приглашают выпить. Испытывает страх, боится, что с ним расправятся.

После госпитализации и назначении терапии через день состояние больного стало улучшаться. Исчезли голоса, страх, появилась критика к своему состоянию. В то же время, обнаруживал внушаемость, легкость в оценках, хвастливость, склонность к неуместным шуткам.

Соматическое состояние – без грубой патологии.

Неврологически – тремор рук, повышенная рефлекторная возбудимость.

### **Ситуационная задача 10.**

Пациент Л., 27 лет, признался что после первого приема кокаина почувствовал прилив энергии, самоуверенность, ощущение творческой одаренности и небывалой сообразительности, с проникновенностью и особой глубиной собственных мыслей.

Такое состояние следует расценить как:

- А. Кокаиновый делирий
- Б. Кокаиновая абстиненция
- В. Кокаиновый параноид
- Г. Кокаиновую деперсонализацию
- Д. Кокаиновое опьянение

### **Ситуационная задача 11.**

В стационар поступил юноша 19 лет в связи с возбужденным состоянием. В приемном покое не узнавал окружающих, не знал, где он находится, говорил об «инопланетянах», но более подробных сведений собрать не удалось. Со слов матери известно что в последнее время изменился в поведении – стал скрытным, иногда приходил домой веселый, возбужденный, смеялся без видимого повода, но запаха ацетона не замечала. Повысился аппетит.

При осмотре – зрачки узкие, походка неустойчивая, АД 90/60 мм.рт.ст., температура нормальная. Со стороны внутренних органов без особенностей. После инъекции препаратов спал, утром психическое состояние изменилось. Ориентирован полностью, рассказал о пережитом накануне эпизоде. Вечером, будучи в компании, употреблял вещество, после которого ему стало весело, хохотал, а затем почувствовал, что оказался «то ли на летающей тарелке, то ли в ракете и был в космосе, кругом будто было голубое небо и яркие звезды». Как привезли в больницу, не помнит. Утром больной контактен, поведение правильное. Критичен.

Определите психопатологическое состояние:

### **Ситуационная задача 12.**

Скорой помощью доставлен в стационар подросток 10 лет в возбужденном состоянии. Не ориентирован, продуктивному контакту не доступен. Удалось выяснить, что видит на стенке картинки, как «мультяшки», содержание которых может сам «заказывать». Совершает движения, пытаясь поймать их на стене, залезает на стол. В отделении быстро успокоился, уснул, спал всю ночь. Утром психотических расстройств нет.

Такое состояние следует расценить как:

- А. Кокаиновый делирий
- Б. Алкогольный делирий
- В. Токсикоманический делириозный психоз

- Г. Кетаминовая интоксикация
- Д. Первитиновая интоксикация

### **Ситуационная задача 13.**

Больная Ж. 37 лет находится на экспертизе по поводу употребления кокаина. Для исключения заболевания врачу важно учитывать возможность следующих способов введения наркотика, кроме:

- А. Внутривенного
- Б. Перназального
- В. курения
- Г. перорального
- Д. перректального

### **Ситуационная задача 14.**

Врач бригады скорой помощи фиксирует у пациента тремор, расширение зрачков, насморк, частое чихание, кашель и обильное слезотечение. Пациент беспокоен, тревожен, пытается массировать мышцы конечностей, жалуется на тянущие боли в суставах конечностей, расстройство стула, бессонницу. При осмотре в области локтевых сгибов по ходу вен многочисленные уплотнения и мелкие кровоизлияния в местах.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 15.**

В приемный покой наркологического стационара поступил больной Л., 38 лет. Накануне перед поступлением в стационар выпивал с родственниками. В ходе выпивки возникла ссора, был избит родственниками, потерял сознание.

В отделение на вторые сутки у больного остро изменилось психическое состояние: окружающих называл вымышленными именами, говорил, что находится на работе, на месте не удерживался, постоянно стремился куда-то идти, инструкции выполнял с принуждением, видел вокруг себя множество мух, паутину, вспышки огня. Под влиянием лечения данное состояние было купировано.

В дальнейшем, находясь в отделении в течение месяца, оставался бестолковым, был несколько эйфоричен. Плохо ориентировался в обстановке, не находил своей палаты, своей постели, не узнавал врача. В то же время, точно указывал имена своих близких, правильно называл даты, рассказывал о своей работе. Был обследован невропатологом, без констатации неврологической симптоматики.

Оцените настоящий статус больного:

### **Ситуационная задача 16.**

Обследуемый, 46 лет, монтер, образование 7 классов. Начал выпивать с 16 лет в компании рабочих. После службы в армии продолжал работать монтером на заводе, как и раньше, выпивал “с получки и аванса”. Однако с работой справлялся, замечаний не имел, так как пил в свободные от работы дни и не более 200-250 мл водки. Примерно к 26-27 годам стал выпивать значительно больше, но рвота как раньше не наступала. Почти постоянно стали возникать мысли о выпивке, а при малейших неприятностях тянуло разрядиться с помощью выпивки. К 30-32 годам стал пить по 5-7 дней подряд до 600-800 мл в день. Стал опохмеляться, так как после выпивки на другой день беспокоили слабость, дрожание в руках, головные боли, подавленно-тревожное настроение, предчувствие какого-то несчастья. Часто менял место работы. Семью не завел, сожительствовал с собутыльницами. К 35-36 годам стал выпивать до 1 л. водки в день, употреблял и суррогаты. При возможности мог пить ежедневно до 1 месяца, пропивал вещи. В пьяном виде получил ушиб головы, но



к врачам не обращался “отлежался дома”. В пьяном виде становиться раздражительным, грубым, конфликтным. Неоднократно попадал в мед.вытрезвитель, получал 5 суток ареста за хулиганство. На другой день после пьянства часто не помнит своих высказываний и поступков, совершенных в пьяном виде накануне. По характеру становиться все более раздражительным, вспыльчивым, грубым, эгоистичным, особенно это заметно во взаимоотношениях с родственниками.

В 37 лет на фоне нескольких дней вынужденного воздержания от приема спиртных напитков развилась бессонница, затем возникло неправильное поведение со страхом, тревогой и обманами восприятия – видел страшные физиономии, прыгавших на него крыс и мышей, слышал угрожающие голоса.

В приведенном случае основными признаками хронического алкоголизма являются все, кроме:

- А. Запойное пьянство
- Б. Похмельный синдром
- В. Нарастание толерантности
- Г. Алкогольная невропатия
- Д. Алкогольный делириозный психоз
- Е. Палимпсесты

### **Ситуационная задача 17.**

Пациент 50 лет, с детских лет тихий и спокойный по характеру. После 8 класса начал выпивать под влиянием друзей по 200-250 мл вина. Иногда после этого отмечалась рвота. Хотя не испытывал от выпивок удовольствия, отказаться не мог опасаясь осуждения со стороны товарищей. После демобилизации работал на стройке и выпивал до 3-4 раз в месяц по 200-300 мл водки. Рвота после выпивок возникать перестала. В возрасте 24 лет женился и после этого в течение полугода не пил. Потом стал снова выпивать как прежде.

Иногда на другой день не мог вспомнить отдельные моменты предшествующего вечера. Пытался воздерживаться от выпивок, давал обещания жене, но выпив одну стопку, не мог потом остановиться. Стал за день выпивать бутылку водки.

В пьяном виде становился грубым, раздражительным, конфликтным из-за чего стали нарушаться семейные взаимоотношения, имел замечания на работе. После семейных конфликтов были попытки воздерживаться от выпивок, которые длились всего 1-1,5 месяцев. В такие моменты чувствовал себя “как не в своей тарелке”. К вечеру “разгуливался” и долго не мог заснуть и рано потом пробуждался. Продолжал, таким образом, пить и обратился за медицинской помощью по настоянию жены.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 18.**

В приемном покое мужчина 29 лет предъявляет жалобы на страх, ощущение надвигающейся смерти, прерывистый сон со страшными сновидениями. Имеют место озноб, тремор, пото-и слюноотделение. Со слов больного известно, что в течение года систематически принимает кокаин. Данное состояние развилось спустя 2 дня после вынужденной отмены.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 19.**

Психический статус пациента 39 лет: в контакте многословен, развязен, позерствует, хвастлив, заявляет, что может выпить 1 л. водки и даже больше, но “никогда не валялся”. Опохмеление отрицает. Жалоб на здоровье никаких не предъявляет. Госпитализацию объясняет тем, что “уступил требованиям родственников”, так как “не хотел с ними ссориться”.

В отделении режим не нарушает, выполняет назначения врача. Легко внушаем и легко соглашается на любые предложения. При общении стремится представить себя в лучшем свете, обо всем говорит с легкостью. О родственниках и семье не вспоминает, а при напоминании говорит о них без теплоты.

Соматический статус: в легких везикулярное дыхание, тоны сердца чистые, несколько приглушены. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/80. Печень и селезенка не пальпируется.

Неврологический статус: сухожильные рефлексы равномерно оживлены с расширением рефлексогенных зон. Отмечается стойкий красный рефлексорный дермографизм.

Установить диагноз, обозначить тактику терапии.

### **Ситуационная задача 20.**

При обследовании пациент после употребления наркотика отмечает появление ощущений волн тепла в теле, сухости во рту, зуда кожи лица на фоне общей умиротворенности, покоя, наплыва грез, ярких картин, окончивающихся сном в течение 3-4 часов.

Определите описанное состояние:

- А. Интоксикация гашишем
- Б. Героиновая интоксикация
- В. Острая интоксикация опиумом
- Г. Гашишный психоз
- Д. Кокаиновый психоз

## **5.2.Итоговая государственная аттестация выпускников**

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения примерной программы ординатуры по специальности 31.08.20 - Психиатрия проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача-психиатра в соответствии с формируемыми компетенциями:

**1 Этан** – Компьютерное тестирование. Предлагаются 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изучаемых дисциплин. Результаты считаются положительными при правильном решении более 70% вопросов.

**2 Этан** – Оценка практических умений и навыков. Практические навыки оцениваются в психиатрическом отделении у больного по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного и инструментального обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования.

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как «зачтено» или «не зачтено». Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно. При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

Критерии оценки:

Отлично – ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Хорошо – ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

**3 Этап** – Собеседование. Проводится по ситуационным задачам и теоретическим вопросам. Оцениваются знания по основным разделам психиатрии, уделяется внимание основным неотложным состояниям.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности «Психиатрия». В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить звание (квалификацию) специалиста «врач-психиатр» или «Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста «врач-психиатр». Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

### **Экзаменационные вопросы к итоговой государственной аттестации по психиатрии**

1. Основные методы обследования в психиатрии.
2. Соматизированное, ипохондрическое расстройство: диагностические критерии, клиническая характеристика, дифференциальный диагноз, лечение.
3. Острая интоксикация, синдром зависимости и отмены в результате употребления алкоголя: диагностические критерии, клиническая картина, принципы терапии.
4. Патология ощущений, психосенсорные расстройства.
5. Маниакальный эпизод: диагностические критерии, виды, клиническая характеристика, лечение.
6. Антипсихотики (нейролептики).
7. Иллюзии, галлюцинации.
8. Обсессивно-компульсивное расстройство: диагностические критерии, варианты, клиническая характеристика, лечение.

9. Психические расстройства при эпилепсии, их клиническая характеристика и лечение.
10. Расстройства воли и влечений.
11. Депрессивный эпизод: диагностические критерии, варианты, клиническая характеристика, лечение.
12. Генерализованные эпилептические припадки: классификация, клиническая характеристика, лечение.
13. Расстройства мышления по содержанию.
14. Деменция при болезни Альцгеймера, Пика: диагностические критерии, клиническая характеристика, дифференциальный диагноз, течение.
15. Антидепрессанты (тимолептики).
16. Галлюцинаторно-бредовые синдромы.
17. Тревожно-фобические расстройства: диагностические критерии, виды, клиническая характеристика, лечение.
18. Нормотимики.
19. Расстройства памяти.
20. Паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство: диагностические критерии, дифференциальный диагноз, клиническая характеристика, лечение.
21. Побочные действия и осложнения психофармакотерапии, их коррекция.
22. Психиатрия: предмет, задачи, разделы. Причины психических расстройств.
23. Расстройства приема пищи: диагностические критерии, виды, клиническая характеристика, лечение.
24. Анксиолитики (транквилизаторы).
25. Основные показания для неотложной и плановой госпитализации в психиатрический стационар.

26. Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни: общие диагностические критерии, клиническая характеристика вариантов, принципы терапии.
27. Диссомнии: диагностические критерии, клиническая характеристика вариантов, лечение.
28. Критерии нарушенного сознания.
29. Органическое расстройство личности: диагностические критерии, клиническая характеристика, принципы терапии.
30. Острая интоксикация, синдром зависимости и отмены в результате употребления опиоидов, принципы терапии.
31. Доказательная медицина: принципы, методы, проблемы.
32. Расстройства привычек и влечений: диагностические критерии, виды, клиническая характеристика, лечение.
33. Острая интоксикация, синдром зависимости и отмены в результате употребления каннабиноидов, принципы терапии.
34. Особенности и принципы построения МКБ-10.
35. Реакция на тяжелый стресс: диагностические критерии, клиническая характеристика, лечение.
36. Фокальные эпилептические припадки: классификация, клиническая характеристика, лечение.
37. Основные этапы развития психиатрии.
38. Органический амнестический синдром и делирий, не обусловленные алкоголем или другими психоактивными веществами: диагностические критерии, клиническая характеристика, принципы терапии.
39. Расстройства сексуального предпочтения: диагностические критерии, виды, клиническая характеристика, принципы терапии.
40. Эмиль Крепелин и его систематика.

41. Хронические (аффективные) расстройства настроения: диагностические критерии, виды, клиническая характеристика, лечение.
42. Амнестический синдром (Корсаковский психоз), вызванный употреблением психоактивных веществ: диагностические критерии, дифференциальный диагноз, принципы терапии.
43. Современные направления психиатрии.
44. Параноидное, диссоциальное расстройства личности: диагностические критерии, особенности взаимодействия с пациентами, принципы терапии.
45. Классификация и эффекты психотропных препаратов.
46. Общая характеристика рубрики F 3.
47. Эмоционально-неустойчивое, зависимое расстройства личности: диагностические критерии, особенности взаимодействия с пациентами, принципы терапии.
48. Умственная отсталость: диагностические критерии, клиническая характеристика различных степеней умственной отсталости, принципы реабилитации.
49. Формальные расстройства мышления.
50. Хронические изменения личности после переживания катастрофы и после психической болезни: диагностические критерии, клиническая характеристика, принципы терапии.
51. Острая интоксикация, синдром зависимости и отмены в результате употребления седативных или снотворных веществ, принципы терапии.
52. Общая характеристика рубрики F 4.
53. Клинические признаки психопатий по П.Б.Ганнушкину. Общие критерии специфических расстройств личности.
54. Острая интоксикация, синдром зависимости и отмены в результате употребления стимуляторов, включая кофеин, принципы терапии.
55. Основы учения «о неврозах» (невротических расстройствах).
56. Ступор: клиническая характеристика вариантов, лечение.



57. Психотические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ: диагностические критерии, клиническая характеристика вариантов, принципы терапии.
58. Общая характеристика рубрики F 6.
59. Шизотипическое расстройство, хронические бредовые расстройства: диагностические критерии, клиническая характеристика, принципы терапии.
60. СПЭ: виды, задачи.
61. Общая характеристика расстройств рубрики F 1.
62. Нарушения адаптации: диагностические критерии, клиническая характеристика вариантов, лечение.
63. Шизоидные, ананкастные расстройства личности: диагностические критерии, особенности взаимодействия с пациентами, принципы терапии.
64. Правовые и юридические аспекты оказания психиатрической помощи. Закон КР «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
65. Возбуждение: клиническая характеристика, купирование различных видов возбуждения.
66. Парасомнии: диагностические критерии, клиническая характеристика вариантов, лечение.
67. Общая характеристика расстройств рубрики F 2.
68. Диссоциативные (конверсионные) расстройства: общие диагностические критерии, клиническая характеристика и лечение других диссоциативных расстройств.
69. Общие правила назначения психотропных средств. Факторы, которые необходимо при этом учитывать.
70. Общая характеристика расстройств рубрики F 0.

71. Диагностические критерии, дифференциальный диагноз, клиническая характеристика различных видов диссоциативных (конверсионных) расстройств, их лечение.
72. Критерии (формула) невменяемости и недееспособности.
73. Общие критерии деменции.
74. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностические критерии, клиническая характеристика, принципы терапии.
75. Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием: диагностические критерии, виды, клиническая характеристика, лечение.
76. Симптомы первого и второго ранга по К. Шнайдеру. Общие критерии шизофрении.
77. Биполярное аффективное расстройство: диагностические критерии, клиническая характеристика вариантов, лечение.
78. Расстройства половой идентификации: диагностические критерии, виды, клиническая характеристика, принципы терапии.
79. Понятие о психической норме и ее границах.
80. Ананкастные, тревожные расстройства личности: диагностические критерии, особенности взаимодействия с пациентами, принципы терапии.
81. Военно-врачебная экспертиза при психических расстройствах.
82. Дополнительные методы обследования в психиатрии.
83. Острые и транзиторные психические расстройства: диагностические критерии, клиническая характеристика вариантов, лечение.
84. Постэнцефалический и посткоммоционный синдромы: диагностические критерии, клиническая характеристика, принципы терапии.
85. Общая характеристика расстройств рубрики F 5.
86. Шизофрения: формы, типы течения, лечение.
87. Эпилептический статус: клиническая характеристика, тактика врача.
88. Основные формы отклоняющегося поведения.

89. Особенности сосудистой деменции, диагностические критерии, клиническая характеристика вариантов, лечение.
90. Соматоформная вегетативная дисфункция и хроническое соматоформное болевое расстройство: диагностические критерии, клиническая характеристика, дифференциальный диагноз, лечение.

## **Набор тестов для проведения ИГА ординаторов 2-го года обучения**

1. МКБ-10 носит описательный феноменологический синдромальный подход: (выбрать верное утверждение)

1.да

2.нет

2. МКБ-10 ориентирована на нозологический подход: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

3. В МКБ-10 по сравнению с предыдущими классификациями широкое разнообразие диагностических разделов и рубрик: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

4. В МКБ-10 основные диагностические рубрики не включают подрубрики и варианты: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

5. МКБ-10 придерживается только одного конкретного направления в психиатрии: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

6. МКБ-10 основана на лучших достижениях многих школ и направлений психиатрии: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

7. Каждое расстройство в МКБ-10 сопровождается подробным его описанием: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

8. В МКБ-10 не приводятся указания по дифференциальной диагностике каждого расстройства: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

9. В МКБ-10 каждое расстройство сопровождается перечислением четких диагностических критериев: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

10. МКБ-10 служит своеобразным языком общения врачей разных стран, т.к. применяется во многих странах мира: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

11. Основные принципы построения МКБ-10 включают: (исключить неверный ответ)

1.группирование расстройств по этиологическому принципу

2.описательный клинический принцип

3.принцип отказа от понятий психическая норма и патология

4.принцип акцептуальности (т.е. сознательного отказа от какой-то ведущей теоретической основы)

5.принцип разделения расстройств на эндогенные и психогенные

12. Психические и поведенческие расстройства описанные в главе V в практике семейного врача: (выбрать правильный ответ)

1.встречаться не будут

2.встречаются крайне редко

3.до 90% неглубоких психических расстройств будут встречаться у врачей интернистов

4.встречаются только в практике психиатров и возможно невропатологов

13. Основной особенностью описания расстройств главы V состоит в том: (выбрать правильный ответ)

1.отказ от понятия «болезнь» и замена его понятием «расстройство»

2.более широкий круг описанных расстройств

3.применение буквенно-цифровой индексации

4.МКБ-10 практически полностью повторяет МКБ-9

14. МКБ-10 распространяется только на пространстве СНГ и восточной Европы: (выбрать правильный ответ)

1. да, верно
2. включается также и Западная Европа
3. по всему миру

15. В главе V (F) МКБ-10 приводятся только глубокие психотические расстройства: (выбрать правильный ответ)

1. да
2. включаются также экзогенно-органические нарушения
3. включены все виды психических и поведенческих расстройств
4. включаются также и большинство неврологических расстройств

F0

Тесты первого уровня

0.1. Делирий сопровождается вегетативными нарушениями: (выбрать верный ответ)

1. да
2. нет

0.2. Больных с органическими психическими расстройствами следует в обязательном порядке, независимо от симптоматики, направлять в специализированный психиатрический стационар: (выбрать верный ответ)

1. да
2. нет

0.3. При делирии родственники больного обычно обращаются за помощью в связи со спутанностью сознания или возбуждением больного: (выбрать верный ответ)

1. да
2. нет

0.4. При делирии симптомы развиваются медленно и обычно не видоизменяются: (выбрать верный ответ)

1. да
2. нет

0.5. Делирий может развиваться у больных, госпитализированных в стационар по поводу какого-либо соматического заболевания: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.6. Родственников больного с делирием необходимо предупредить, что странное поведение и речь, наблюдающиеся у больного, являются симптомами заболевания, требующего обязательного врачебного вмешательства: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.7. При делирии может развиваться неконтролируемое возбуждение, что требует обязательной госпитализации в психиатрический стационар: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.8. Для сосудистой деменции характерно ступенчатое, с периодами улучшений течение расстройства: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.9. При сосудистой деменции первичными проявлениями являются личностные расстройства и потеря критики: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.10. Деменция при болезни Альцгеймера является: (выбрать верный ответ)

1.обратимой

2.необратимой

0.11. Деменция при болезни Альцгеймера может сочетаться с сосудистой деменцией: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.12. Для болезни Альцгеймера характерны преходящие ишемические эпизоды: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.13. При органическом расстройстве личности могут наблюдаться когнитивные нарушения: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.14. Главным отличием постэнцефалитического синдрома от органического личностного расстройства является его обратимость: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.15. Постэнцефалитический синдром, как правило, сопровождается резидуальными неврологическими симптомами: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.16. Посткоммоционному синдрому соответствует неврологический диагноз “энцефалопатия”: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.17. Для деменции характерно помрачнение сознания: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.18. Различают болезнь Альцгеймера с ранним и поздним началом (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.19. При болезни Альцгеймера происходят специфические морфологические изменения: (выбрать верный ответ)

1.да



2.нет

0.20. Деменция при ВИЧ-инфекции обычно быстро прогрессирует до уровня тяжелой деменции, мутизма и смерти: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.21. Деменция при болезни Альцгеймера обычно развивается раньше, чем сосудистая деменция: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.22. При посткоммоционном синдроме больные обычно предъявляют жалобы на головные боли, головокружение, утомляемость, раздражительность, трудности в выполнении умственных задач, снижение памяти: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.23. К вегетативным симптомам делирия относятся: (исключить неверный ответ)

1.запоры

2.тахикардия

3.тахипноэ

4.гипергидроз

5.колебания АД с тенденцией к его подъему

0.24. Средняя продолжительность делирия: (выбрать верный ответ)

1.несколько минут

2.несколько часов

3. 3-7 дней

4.15-20 дней

5.несколько месяцев

0.25. Делирий встречается при: (исключить неверный ответ)

1.сосудистых нарушениях

2.ЧМТ

3.интоксикациях

- 4. биполярном аффективном расстройстве
- 5. инфекционных заболеваниях

0.26. В клинике делирия наблюдаются: (исключить неверный ответ)

- 1. яркие, устрашающие зрительные галлюцинации
- 2. тактильные галлюцинации
- 3. угрожающие слуховые галлюцинации
- 4. мегаломанические экспансивные бредовые идеи
- 5. бредовые идеи персекуторного характера

0.27. Наиболее характерными психопатологическими нарушениями при органических расстройствах являются: (выбрать верный ответ)

- 1. эмоциональные нарушения
- 2. волевые нарушения
- 3. наличие галлюцинаций и бреда
- 4. когнитивные нарушения
- 5. моторные нарушения

0.28. Деменция является: (выбрать верный ответ)

- 1. преходящим органическим расстройством
- 2. рецидивирующим органическим расстройством
- 3. прогрессирующим органическим расстройством

0.29. Причинами органических психических расстройств являются: (исключить неверный ответ)

- 1. ЧМТ
- 2. тяжелые интоксикации
- 3. нейроинфекции
- 4. хронический эмоциональный стресс
- 5. атрофические церебральные заболевания

0.30. При делирии могут наблюдаться следующие симптомы: (исключить неверный ответ)

- 1. дезориентировка
- 2. нарушения сна (сонливость днем, возбуждение ночью)
- 3. возбуждение
- 4. мания
- 5. зрительные галлюцинации или иллюзии

0.31. При консультировании пациента с делирием и его семьи следует: (исключить лишнее)

- 1.предпринять меры для предупреждения опасных действий со стороны пациента как в отношении себя, так и других людей
- 2.поддерживать контакт со знакомыми людьми, что может уменьшить спутанность
- 3.не контролировать состояние и поведение больного, в этом нет необходимости
- 4.обеспечить частые напоминания о времени и месте для снижения спутанности
- 5.при наличии неконтролируемого возбуждения госпитализировать больного в психиатрический стационар

0.32. При деменции консультация психиатра необходима: (исключить неверный ответ)

- 1.если отмечается неконтролируемое возбуждение
- 2.если имеет место неожиданное возникновение или ухудшение памяти
- 3.не реже 1 раза в месяц, независимо от состояния пациента и имеющейся симптоматики
- 4.для назначения лекарственной терапии, если есть показания
- 5.для решения вопроса о возможности помещения больного в специализированный стационар или дом престарелых

0.33. Неврологические симптомы, характерные для болезни Альцгеймера следующие: (исключить неверный ответ)

- 1.анизокория
- 2.афазия
- 3.апраксия
- 4.агнозия
- 5.акатизия

0.34. Если в семье кто-то страдает болезнью Альцгеймера, то остальным следует придерживаться следующих правил: (исключить неверный ответ)

- 1.сохранять привычную домашнюю обстановку
- 2.сохранять привычный для больного распорядок дня

- 3.обеспечить систему ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему помещений и предметов
- 4.еженедельно приглашать психиатра на консультацию, независимо от состояния больного
- 5.обеспечить необходимый уход и надзор

0.35. Критериями сосудистой деменции являются: (исключить неверный ответ)

- 1.обычно острое начало и ступенчатое ухудшение
- 2.наличие специфических морфологических изменений
- 3.неравномерность поражения корковых функций, когда некоторые из них нарушены, а другие относительно сохранены
- 4.наличие очаговых неврологических симптомов
- 5.данные анамнеза и обследований, свидетельствующие о цереброваскулярной патологии, этиологически связанной с развитием деменции

0.36. Для деменции при болезни Альцгеймера характерно: (исключить неверный ответ)

- 1.постепенное начало
- 2.неуклонное прогрессирование
- 3.ступенчатое, с периодами улучшений течение заболевания
- 4.раннее исчезновение критики и личностные изменения
- 5.специфические морфологические изменения

0.37. Посткоммоционный синдром характеризуется наличием следующих диагностических критериев: (исключить неверный ответ)

- 1.в анамнезе ЧМТ с потерей сознания перед развитием симптоматики до 4 недель
- 2.наличие деменции
- 3.жалобы на головные боли, головокружение, снижение памяти, трудности в сосредоточении, утомляемость, бессонницу
- 4.снижение толерантности к стрессам, алкоголю
- 5.озабоченность имеющимися симптомами и страх хронического поражения мозга до развития ипохондрии

## Эпилепсия

0.38. Эпилепсия всегда сопровождается выраженными расстройствами личности: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.39. Парциальные припадки никогда не переходят в генерализованные: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.40. При простых парциальных припадках сознание нарушено: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.41. При сложных парциальных припадках сознание нарушено: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.42. Парциальные эпилептические припадки начинаются локально, и очаг чаще всего располагается в височных долях мозга: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.43. При генерализованных эпилептических припадках всегда обнаруживается очаг на ЭЭГ: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.44. Аура может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.45. Наиболее распространенными типами генерализованных эпилептических припадков являются «большие припадки» (grand mal) и «малые припадки» (petit mal): (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.46. Миоклонические и атонические («акинетические») припадки относятся к парциальным эпилептическим припадкам: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.47. Генерализованный большой эпилептический припадок начинается с клонических судорог: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.48. Эпилептический статус (status epilepticus) – это состояние, при котором следует один за другим эпилептический припадок, но между ними сознание у больного не нарушено: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.49. Во время абсанса больной теряет равновесие и падает: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.50. Причину эпилепсии всегда можно установить: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.51. Депрессия, тревога и низкая самооценка, повышенный суицидальный риск обычны для больных эпилепсией: (выбрать верный ответ)

1.да

2.нет

0.52. У больного эпилепсией преимущественно с большими развернутыми припадками могут быть продромальные явления в виде недомогания, головных болей, головокружения, развивающиеся за несколько дней до развития приступа: (выбрать верный ответ)

- 1.да
- 2.нет

0.53. Все больные эпилепсией подлежат инвалидизации: (выбрать верный ответ)

- 1.да
- 2.нет

0.54. Больной эпилепсией может работать, но требуются ограничения по трудоустройству: (выбрать верный ответ)

- 1.да
- 2.нет

0.55. Большой эпилептический припадок всегда развивается после ауры: (выбрать верный ответ)

- 1.да
- 2.нет

0.56. Прогностическое значение при эпилепсии имеют характер и частота припадков: (выбрать верный ответ)

- 1.да
- 2.нет

0.57. Больной эпилепсией должен наблюдаться и лечиться только у психиатра или невропатолога, но не у семейного врача: (выбрать верный ответ)

- 1.да
- 2.нет

0.58. Симптоматические судорожные припадки возникают при : (исключить неверный ответ)

- 1.нейроинфекциях
- 2.ЧМТ
- 3.генуинной эпилепсии

4.интоксикациях

5.опухолях головного мозга

0.59. Конституционально-генетический фактор (наследственность) для развития эпилепсии: (выбрать верный ответ)

1.обязателен

2.является предрасполагающим фактором

3.не играет никакой роли

0.60. Психические расстройства у больных эпилепсией: (выбрать верный ответ)

1.не развиваются

2.развиваются у всех

3.развиваются примерно у 30%

0.61. Аура длится: (выбрать верный ответ)

1.несколько секунд

2.несколько минут

3.несколько часов

0.62. К генерализованным эпилептическим припадкам относят: (исключить неверный ответ)

1.большие припадки – grand mal

2.малые припадки – petit mal

3.акинетические припадки

4.эпилептический статус – status epilepticus

5. аура

0.63. Большой эпилептический припадок включает: (исключить неверный ответ)

1.тонические судороги

2.клонические судороги

3.миоклонические судороги

0.64. В среднем большой эпилептический припадок длится: (выбрать верный ответ)

1.несколько секунд

2. 1- 5 минут



3. 20-30 минут
4. 1 час
5. несколько часов

0.65. Во время большого эпилептического припадка: (исключить неверный ответ)

1. зрачки расширены
2. отсутствуют корнеальные рефлексы
3. сознание не нарушено
4. возможно прикусывание языка и непроизвольное мочеиспускание
5. нарастает мышечный тонус

0.66. При абсансах: (исключить неверный ответ)

1. больной внезапно утрачивает контакт с окружающими
2. падает
3. зрачки расширены
4. кожные покровы бледнеют
5. сознание нарушено

0.67. Симптоматическая “вторичная” эпилепсия развивается на фоне (исключить неверный ответ)

1. расстройства обмена веществ
2. биполярного аффективного расстройства
3. цереброваскулярных заболеваний
4. ЧМТ
5. дегенеративных заболеваний головного мозга

0.68. Резко утрачивается мышечный тонус при: (выбрать верный ответ)

1. абсансе
2. миоклоническом припадке
3. атоническом припадке
4. большом эпилептическом припадке
5. сложном парциальном эпилептическом припадке

0.69. При консультировании родственников больного с эпилепсией следует объяснить им, что: (выбрать верный ответ)

1. больной эпилепсией должен быть изолирован от семьи, так как представляет социальную опасность

- 2.эпилепсия – это редко встречающееся “уникальное” заболевание
- 3.эпилепсия всегда приводит к тяжелым изменениям личности и слабоумию
- 4.они должны помочь больному функционировать “как все” и контролировать прием поддерживающей терапии
- 5.изолировать больного от любого вида деятельности и помочь ему пройти ВТЭК для определения группы инвалидности

0.70. Для абсансов характерно: (исключить неверное утверждение)

- 1.относятся к малым припадкам (petit mal)
- 2.внезапная потеря контакта с окружающим
- 3.зрачки расширены
- 4.потеря сознания длится обычно до 5 минут
- 5.в течение припадка больной может оставаться неподвижным, но могут наблюдаться и двигательные автоматизмы

0.71. Что из перечисленного не имеет прогностического значения при эпилепсии: (выбрать верный ответ)

- 1.возраст больного
- 2.локализация очага
- 3.частота припадков
- 4.характер припадков
- 5.преморбидные особенности личности

0.72. Какая из форм нарушения сознания характерна для эпилепсии?: (выбрать верный ответ)

- 1.делирий
- 2.оглушение
- 3.сумеречное нарушение сознания

F 3. Депрессивные расстройства.

3.1. Депрессия редко встречается в практике семейного врача (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.2. Снижение настроения является основной жалобой депрессивных больных на приеме у семейного врача (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.3 Депрессия обычно протекает атипично среди пациентов семейного врача (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.4. Обычно больные четко осознают наличие у себя депрессии (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.5. Семейный врач всегда должен направлять больных к психотерапевту при обнаружении признаков депрессии у своих пациентов (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.6. Диагностикой депрессивных расстройств должен заниматься только врач-психиатр или психотерапевт (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.7. Семейный врач имеет право выставлять диагноз депрессии (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.8. Семейный врач имеет право назначать терапию антидепрессантами в случае необходимости (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.9. Наиболее часто на приеме у семейного врача диагностируется легкая степень выраженности депрессивных расстройств (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.10. Умеренно выраженная депрессия никогда не встречается на приеме у семейного врача (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.11. Наиболее часто в семейной практике отмечаются соматизированные варианты депрессии (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.12. Соматизированная депрессия может проявляться разнообразными алгическими неспецифическими расстройствами (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.13. Тяжелая депрессия нередка в практике семейного врача (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.14. Депрессивные расстройства в практике семейной медицины как правило связаны с высоким суицидальным риском у больных (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.15. При выявлении отчетливой суицидальной настроенности семейный врач обязательно назначает консультацию психотерапевта (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.16. При обнаружении признаков депрессии любого уровня вызывается скорая психиатрическая бригада и больной транспортируется в стационар (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.17. Семейный врач должен полностью самостоятельно лечить депрессию любой выраженности (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.18. Все больные с депрессией обязательно должны ставиться на учет в специализированный психиатрический стационар (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.19. Депрессивные больные представляют социальную опасность для других пациентов семейного врача (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.20. Обычно депрессия в практике семейной медицины носит невыраженный характер и ее не следует принимать во внимание (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.21. Депрессивные расстройства среди пациентов семейного врача в специальной терапии не нуждаются (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.22. При легкой депрессии отмечается высокий суицидальный риск (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.23. Депрессия может проявляться расстройствами сна (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.24. Депрессия в практике семейного врача никогда не сопровождается суицидальными тенденциями (выбрать правильное)

- а. Да
- б. Нет

3.25. Депрессия в практике семейного врача характеризуется (выбрать правильный ответ)

- а. выраженным суицидальным риском
- б. отчетливым снижением настроения
- в. атипичностью клинической картины
- г. тяжелым течением

3.26. Как правило, на приеме у семейного врача больные предъявляют (исключить неверный ответ)

- а. соматизированные жалобы
- б. неспецифические алгические жалобы
- в. жалобы на отчетливое снижение настроения
- г. жалобы на расстройства сна
- д. признаки головных болей напряжения

3.27. Основными критериями депрессии являются (исключить неверный ответ)

- а. снижение настроения
- б. риск суицида
- в. утрата интересов и способности испытывать удовольствие
- г. снижение энергичности, утомляемость, снижение активности

3.28. Наиболее частыми жалобами больных с депрессией на приеме у семейного врача являются (исключить неверный ответ)

- а. снижение работоспособности
- б. нарушения сна
- в. потеря аппетита и снижение веса тела
- г. галлюцинаторные расстройства
- д. полиморфные болевые ощущения

3.29. Диагностические критерии депрессии согласно МКБ-10 подразделяются на следующие группы (исключить неверный ответ)

- а. основные критерии
- б. дополнительные
- в. признаки соматизации
- г. психотическая симптоматика

3.30. Выделяют следующие уровни депрессии (исключить неверный ответ)

- а. легкий депрессивный эпизод
- б. умеренный депрессивный эпизод
- в. тяжелый депрессивный эпизод
- г. глубокий депрессивный эпизод

3.31. Для легкого депрессивного эпизода характерны следующие критерии (выбрать правильный ответ)

- а. 2 А + 2 Б на протяжении не менее 2 недель
- б. 2А+3Б на протяжении не менее 2 недель
- в. 3А+4Б на протяжении менее 2 недель

3.32. При умеренном депрессивном эпизоде необходима регистрация следующих критериев (выбрать правильный ответ)

- а. 2А+2Б на протяжении не менее 2 недель
- б. 2А+3Б на протяжении не менее 2 недель
- в. 3А+3-4Б на протяжении менее 2 недель

3.33. К признакам соматизации депрессии относят следующие симптомы (исключить неверный ответ)

- а. утяжеление симптомов в утренние часы
- б. расстройства сна
- в. снижение аппетита и потеря веса тела
- г. появление суицидальной настроенности
- д. стойкие запоры и дискинезии

3.34. Среди расстройств сна для депрессии наиболее характерными являются (выбрать правильный ответ)

- а. нарушения засыпания
- б. полная потеря сна
- в. ранние пробуждения (на 2 и более часов раньше, чем обычно)
- г. тревожные сновидения с прерывистым сном
- д. сомнабулизм

3.35. Для депрессии характерны следующие соматизированные расстройства (исключить неверный ответ)

- а. снижение либидо вплоть до импотенции
- б. дисменореи вплоть до аменореи
- в. снижение показателей общего обмена
- г. появление разнообразных, неопределенных алгических и сенестопатических ощущений
- д. повышение веса тела

3.36. Депрессия в практике семейного врача, как правило (исключить неверный ответ)

- а. протекает атипично
- б. сопровождается высоким суицидальным риском
- в. имеет маскированный соматизированный характер
- г. имеет легкий или умеренный уровень
- д. нуждается в коррекции

3.37. Согласно критериям МКБ-10 дополнительные признаки депрессии включают (исключить неверный ответ)

- а. снижение способности к сосредоточенности и вниманию
- б. снижение самооценки и чувства уверенности в себе
- в. идеи виновности и уничижения
- г. мрачное пессимистическое видение будущего
- д. идеи или действия по самоповреждению или суициду
- е. резкое снижение интеллектуальных способностей

3.38. При депрессии в жалобах больного на приеме у семейного врача отмечается (исключить неверный ответ)

- а. признаки астении, снижения работоспособности
- б. нарушения сна
- в. появление галлюцинаторно-бредовой симптоматики
- д. утрата аппетита и снижение веса тела



3.39. Согласно критериям МКБ-10 при легкой или умеренной депрессии длительность симптоматики должна сохраняться непрерывно на протяжении (выбрать правильный ответ)

- а. недели
- б. не менее 2 недель
- в. на протяжении нескольких дней

3.40. Наиболее частыми симптомами "маскированной депрессии" являются (исключить неверный ответ)

- а. кардиалгии
- б. боли в области живота
- в. краниалгии
- г. повышение веса тела

3.41. Медикаментозное вмешательство необходимо при сохранении депрессивной симптоматики (выбрать правильный ответ)

- а. во всех случаях при обнаружении депрессии
- б. при сохранении симптоматики на протяжении 2 недель
- в. на протяжении месяца

3.42. В практике семейного врача депрессия лечится (выбрать правильный ответ)

- а. в специальной терапии не нуждается
- б. только психотерапевтически
- в. в основном медикаментозно с использованием антидепрессантов
- г. неспецифическими методами (массаж, иглотерпия, физиотерапия)
- д. средствами народной медицины

3.43. При депрессии в практике семейного врача отмечается (выбрать правильный ответ)

- а. отчетливый интеллектуально-мнестический дефект
- б. сочетание с бредовыми расстройствами
- в. соматизация аффекта
- г. чередование с эпизодами маниакального подъема настроения

3.44. Классическая депрессивная триада (аффект тоски, интеллектуальная и двигательная заторможенность) встречается у семейного врача (выбрать правильный ответ)

- а. достаточно часто
- б. практически всегда
- в. только при тяжелом депрессивном эпизоде
- г. как правило, не встречается

3.45. Депрессивные нарушения обычно разделяются на (исключить неверный ответ)

- а. эпизодические
- б. рекуррентные
- в. хронические
- г. неспецифические

3.46. Семейный врач обычно для подтверждения диагноза депрессии (выбрать правильный ответ)

- а. проводит дополнительные инструментальные и лабораторные обследования
- б. обращается с запросом в Республиканский центр психического здоровья
- в. вызывает скорую психиатрическую бригаду
- г. учитывает все критерии МКБ-10

3.47. Суицидальный риск среди депрессивных пациентов семейного врача (выбрать правильный ответ)

- а. выявляется практически всегда
- б. не встречается никогда
- в. проявляется обычно в форме пассивной суицидальности

3.48. Депрессия в практике семейного врача обычно (выбрать правильный ответ)

- а. как правило лечится достаточно легко психотерапевтически
- б. требует применения электросудорожной терапии
- в. требует использования антидепрессантов
- г. обязательно должна сочетаться с комплексной витаминотерапией

## Тесты третьего уровня

- 3.49. Основные признаки депрессии включают (исключить неверные ответы)
- а. снижение настроения
  - б. ангедонию
  - в. суицидальную настроенность
  - г. признаки соматизации
  - д. анергию
- 3.50. Обычно депрессия в практике семейного врача (выбрать правильные ответы)
- а. является причиной дифференциально-диагностических трудностей
  - б. крайне редкая диагностическая находка
  - в. приводит к хронизации, резистентности и утяжелению течению интеркуррентных соматических расстройств
  - г. приводит к деменции
  - д. встречается часто
- 3.51. На приеме у семейного врача наиболее часто встречается (выбрать правильные ответы)
- а. соматизированная депрессия
  - б. тяжелая депрессия
  - в. умеренно выраженная депрессия
  - г. легкая депрессия
- 3.52. Рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется следующими признаками (исключить неверные ответы)
- а. непрерывным течением
  - б. преимущественно эндогенными причинами
  - в. повторными периодами депрессии при отсутствии упоминания об эпизодах мании в анамнезе больного
  - г. присоединением психотической симптоматики
  - д. наблюдается чаще среди женщин после 40 лет
- 3.53. Аффективные хронические расстройства включают (выбрать правильные ответы)
- а. циклотимию

- б. рекуррентное депрессивное расстройство
- в. дистимию
- г. смешанное тревожно-депрессивное расстройство
- д. биполярное аффективное расстройство

3.54. Семейный врач должен (выбрать правильные ответы)

- а. уметь диагностировать признаки депрессии
- б. иметь основные навыки использования антидепрессантов
- в. иметь навыки психотерапии депрессивных расстройств
- г. уметь качественно работать с суицидальной настроенностью

3.55. Основными критериями направления депрессивного больного на консультацию к психотерапевту для семейного врача являются (исключить неверные ответы)

- а. выявление суицидальной настроенности
- б. тяжелая депрессия
- в. резистентность депрессии при попытках самостоятельной медикаментозной коррекции
- г. легкий или умеренный уровень депрессии
- д. консультация необходима во всех случаях депрессии

3.56. Основными направлениями современного патоморфоза депрессии являются (исключить неверные ответы)

- а. атипичность клинической картины
- б. тенденция к преобладанию тяжелой депрессии
- в. соматизация депрессии
- г. отчетливо выраженный компонент суицидальности
- д. тенденция к хронизации депрессии

3.57. Признаками ангедонии являются (выбрать правильные ответы)

- а. неспособность испытывать чувство удовольствия от предметов или занятий ранее приносивших удовлетворение
- б. отсутствие желания заниматься любимым делом
- в. слабость и повышенная утомляемость
- г. снижение настроения
- д. суицидальная настроенность

- 3.58. Основными признаками анергии являются (выбрать правильные ответы)
- а. повышенная утомляемость
  - б. снижение активности
  - в. отсутствие чувства удовольствия
  - г. неспособность к сосредоточенности и вниманию
  - д. нарушения сна

#### Модуль 4

#### Тема 2: Невротические, связанные со стрессом и соматоформные Расстройства в практике семейного врача.

#### Тесты первого уровня

- 4.1. Соматоформные расстройства часто встречаются в практике семейного врача (выбрать правильное)
- а. да      б. нет
- 4.2. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства наиболее часто встречаются в практике семейного врача (выбрать правильное)
- а. да      б. нет
- 4.3. Для всех расстройств рубрики F 4 характерна психогенная природа (выбрать правильное)
- а. да      б. нет
- 4.4. Тревога – это чувство неопределенной опасности (выбрать правильное)
- а. да      б. нет
- 4.5. Тревога всегда является признаком психического расстройства (выбрать правильное)
- а. да      б. нет

4.6. Тревожно-фобические расстройства редко встречаются у семейного врача (выбрать правильное)

а. да      б. нет

4.7. Основным симптомом обсессивно-компульсивного расстройства является формирование навязчивых идей (выбрать правильное)

а. да      б. нет

4.8. Паническое расстройство встречается только при выраженном стрессе (выбрать правильное)

а. да      б. нет

4.9. Генерализованное тревожное расстройство является признаком глубокого психического нарушения (выбрать правильное)

а. да      б. нет

4.10. Генерализованное тревожное расстройство может встречаться в практике семейного врача (выбрать правильное)

а. да      б. нет

4.11. Основным симптомом панического расстройства является пароксизмальные приступы вегетативной тревоги (выбрать правильное)

а. да      б. нет

4.12. Острая реакция на стресс обычно протекает как на психотическом, так и на невротическом уровне в зависимости от интенсивности стрессора и адаптационных возможностей индивида (выбрать правильное)

а. да      б. нет

4.13. Расстройство адаптации проявляется в нарушении обычного функционирования человека в ситуации стрессового воздействия (выбрать правильное)

а. да      б. нет

4.14. Расстройство адаптации обычно имеет неоратимый характер (выбрать правильное)

а. да      б. нет

4.15. Соматоформные расстройства встречаются только на приеме у психотерапевта (выбрать правильное)

а. да            б. нет

4.16. Соматоформные расстройства встречаются в практике семейного врача достаточно часто (выбрать правильное)

а. да            б. нет

4.17. Соматоформные расстройства легко распознаются, поэтому их диагностика не представляет затруднений (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

4.18. Соматоформное расстройство является грубым психическим нарушением (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

4.19. Ипохондрическое расстройство достаточно часто имеет место в практической деятельности семейного врача (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

4.20. Основным признаком соматизированного расстройства являются повторяющиеся соматизированные жалобы больного, не имеющие достаточного морфологического обоснования (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

4.21. При диагностике соматоформных расстройств больной направляется на дальнейшее лечение к психиатру (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

4.22. Соматоформное расстройство имеет психогенную природу (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

4.23. Соматоформные расстройства должны диагностироваться и лечиться семейными врачами (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

4.24. Соматоформные расстройства могут рассматриваться как форма симуляции больного (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

#### Тесты второго уровня

4.25. Тревожно-фобические расстройства наиболее часто встречаются в практической деятельности (выбрать правильный ответ)

- а. психиатра
- б. психотерапевта
- в. семейного врача
- г. ни одна из вышеперечисленных категорий.

4.26. Тревожно-фобические расстройства включают (исключить неверный ответ)

- а. агарофобию
- б. паническое расстройство
- в. социофобии
- г. специфические (изолированные) фобии

4.27. Для агарофобии характерны (исключить неверный ответ)

- а. появление признаков тревоги в определенных ситуациях
- б. вторичное присоединение депрессии
- в. длительный период психофизического дискомфорта
- г. снижение порога судорожной готовности

4.28. Паническое расстройство характеризуется (исключить неверный ответ)

- а. повторяющимися приступами выраженной тревоги
- б. отсутствием связи панических атак с определенными ситуациями
- в. наличие отчетливого органического дефекта головного мозга
- г. формированием ожидания приступов
- д. выраженными вегетативными признаками тревоги

4.29. Паническое расстройство обычно приходится дифференцировать (исключить неверный ответ)

- а. с многими urgentными терапевтическими состояниями (атипичный ИМ,



- прободная язва, гипертонический криз и т.д.)
- б. с динамическими нарушениями мозгового кровообращения
  - в. с обострением шизофренического процесса
  - г. с агарофобией

4.30. Генерализованное тревожное расстройство характеризуется (исключить неверный ответ)

- а. хронической тревогой
- б. отсутствием связи тревоги с определенными ситуациями
- в. обязательным последующим присоединением соматических расстройств
- г. признаками вегетативного дисбаланса

4.31. Генерализованное тревожное расстройство может протекать (выбрать правильный ответ)

- а. в течении месяца
- б. в течении недели
- в. в течении 2 недель
- г. имеет ундулирующее течение и длится годами

4.32. Основными жалобами при генерализованном тревожном расстройстве являются (выбрать правильный ответ)

- а. прогрессирующие расстройства памяти
- б. соматизированные симптомы хронической тревоги
- в. снижение интеллектуальных способностей
- г. периодически возникающие расстройства сознания
- д. судорожные пароксизмальные нарушения.

4.33. При обнаружении генерализованного тревожного расстройства семейный врач (выбрать правильный ответ)

- а. вызывает скорую психиатрическую бригаду
- б. обязательно должен изолировать больного от окружающих, поскольку есть социальная опасность с его стороны
- в. должен обязательно выявить причину тревоги
- г. может попытаться купировать тревогу и вегетативный дисбаланс медикаментозными средствами

4.34. Основными симптомами панического расстройства являются (исключить неверный ответ)

- а. панические атаки
- б. пароксизмальные судорожные расстройства
- в. формирование невроза ожидания приступов
- г. формирование охранительных форм поведения
- д. длительный период психофизического дистресса

4.35. При панической атаке наблюдается обычно(исключить неверный ответ)

- а. внезапное чувство жара
- б. выраженные вегетативные признаки острой тревоги
- в. отсутствие связи с определенными событиями или явлениями
- г. потеря сознания и судороги
- д. панический страх смерти

4.36. Согласно критериям МКБ-10 агарофобия включает (исключить неверный ответ)

- а. навязчивый страх открытых пространств и большого скопления людей
- б. бредовое восприятие окружающей обстановки
- в. страх потери контроля в общественном месте
- г. формирование избегающего поведения.

4.37. Паническая атака обычно длится (исключить неверный ответ)

- а. несколько минут
- б. в среднем 10-30 минут
- в. может продолжаться несколько часов
- г. несколько дней

4.38. Паническое расстройство может (выбрать правильный ответ)

- а. сопровождаться агарофобией
- б. сочетаться с бредовыми расстройствами
- в. приводить к выраженному снижению интеллекта
- г. как правило, приводить к инфаркту миокарда
- д. приводить к развитию шизофрении

4.39. Больные соматоформными расстройствами обычно встречаются на приеме у врачей (выбрать правильный ответ)

- а. психиатра
- б. исключительно у психотерапевтов

- в. семейного врача
- г. патологоанатома

4.40. При соматоформной вегетативной дисфункции наблюдается (исключить неверный ответ)

- а. симптомы, связанные с дисфункцией определенного органа или системы
- б. отсутствуют достаточные морфологические обоснования жалоб
- в. длительный анамнез безуспешного лечения у врачей-интернистов
- г. обязательно регистрируется органический дефект головного мозга

4.41. Соматизированное расстройство (выбрать правильный ответ)

- а. проявляется многочисленными хронизированными соматическими симптомами без достаточного физического обоснования
- б. является латентной стадией серьезных соматических заболеваний
- в. легко поддается разубеждению, достаточно провести обследования
- г. являются проявлением бредовых расстройств
- д. возникают только при наличии органического дефекта мозга

4.42. При хроническом соматоформном болевом расстройстве наблюдается (исключить неверный ответ)

- а. хронический болевой синдром без достаточных морфологических обоснований
- б. наличие психологических проблем, связанных с болью
- в. безуспешность терапии обычными анальгетиками
- г. ипохондрический бред

4.43. Посттравматическое стрессовое расстройство обычно (исключить неверный ответ)

- а. возникает непосредственно после травматического воздействия
- б. возникает после латентного периода (от нескольких недель до нескольких месяцев) после стресса
- в. имеет волнообразное течение с благоприятным прогнозом
- г. может переходить в хроническое изменение личности
- д. наблюдается у любого человека при интенсивном стрессе

4.44. Соматизированное расстройство характеризуется (исключить неверный ответ)

- а. отсутствие критического отношения к своему состоянию
- б. неопределенностью диагноза
- в. функционированием нозофлического симптомокомплекса
- г. обязательным сочетанием с серьезными соматическими расстройствами

4.45. Соматоформные расстройства характеризуются (исключить неверный ответ)

- а. повторяющимися физическими симптомами без достаточного морфологического обоснования
- б. постоянными требованиями больного установить четкий соматический диагноз
- в. преобладанием тревоги из-за отсутствия четкого диагноза
- г. постепенным формированием бредовой симптоматики

4.46. При острой реакции на стресс отмечается (исключить неверный ответ)

- а. отсутствие видимых признаков психопатологических нарушений в преморбидном периоде
- б. длительность от нескольких часов до трех суток
- в. затяжное ундулирующее течение
- г. сниженная индивидуальная стресстолерантность

4.47. Основными вегетативными проявлениями панической атаки являются (исключить неверный ответ)

- а. внезапная слабость и тахикардия
- б. ощущения сужения сознания ("предобморочное состояние")
- в. затруднения дыхания, особенно фазы вдоха
- г. нарушение терморегуляции
- д. снижение памяти

4.48. Обсессивно-компульсивное расстройство (выбрать правильный ответ)

- а. является проявлением грубого интеллектуально-мнестического дефекта
- б. является проявление выраженного органического мозгового дефекта
- в. трансформируется в бред и далее в шизофрению
- г. возникает только у лиц с выраженным истерическим радикалом личности
- д. является формой тревожного реагирования определенных личностей

Тема 3: Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F 5).

5.1. Основными расстройствами, включенными в рубрику (F 5) являются (исключить неверный ответ)

- а. расстройства приема пищи
- б. расстройства сна неорганической природы
- в. половые дисфункции, не обусловленные органическими причинами
- г. специфические расстройства личности

5.2. При нервной анорексии наблюдается (выбрать правильный ответ)

- а. органическое повреждение центра голода в головном мозге
- б. подсознательный отказ от приема пищи в связи с искаженным образом тела
- в. выраженные органические нарушения верхнего отдела ЖКТ
- г. ипохондрический бред

5.3. Основными критериями нервной анорексии являются (исключить неверные ответы)

- а. потеря веса, вызываемая самим пациентом различными способами
- б. страх перед ожирением, приобретающий сверщенный характер
- в. наследственная недостаточность ферментативных систем
- г. присоединение общего эндокринного расстройства алиментарного характера
- д. органическое нарушение гортани

5.4. При нервной анорексии вес тела обычно сохраняется как минимум на 15% ниже среднестатистической нормы для данного роста и конституции (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

5.5. Нервная анорексия возникает чаще всего у девочек в пубертатном периоде (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

5.6. Нервная анорексия легко поддается рациональному разубеждению врачами (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

5.7. Нервная булимия является синонимом нервной анорексии (выбрать правильный ответ)

а. да                      б. нет

5.8. При нервной булимии отмечаются (исключить неверный ответ)

а. повторяющиеся приступы переедания с непреодолимой тягой к пище

б. чрезмерная озабоченность проблемами своего веса

в. страх похудения

г. эпизоды анорексии в анамнезе

5.9. При нервной булимии больной стремится противодействовать повышению веса различными способами (выбрать правильный ответ)

а. да                      б. нет

5.10. Основными причинами расстройств приема пищи при нервной анорексии или булимии являются психологические факторы (выбрать правильный ответ)

а. да                      б. нет

## Модуль 5

### Тема 1: Расстройства сна и головные боли напряжения.

#### Тесты первого уровня

5.11. Обычно причинами расстройств сна неорганической природы являются психогенные факторы (выбрать правильный ответ)

а. да                      б. нет

5.12. В большинстве случаев диссомния носит вторичный характер и только в 15% случаев отмечается первичная диссомния (выбрать правильный ответ)

а. да                      б. нет

5.13. Расстройства сна являются одной из наиболее часто предъявляемых жалоб на приеме у семейного врача (выбрать правильный ответ)

а. да                      б. нет

5.14. Расстройства сна обычно больными не рассматриваются как психическое нарушение (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

5.15. Расстройства сна всегда являются признаком глубокого психического нарушения (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

5.16. Диссомнии всегда связаны с органическим дефектом головного мозга (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

5.17. Диссомнии должны лечить только врачами психиатрами (выбрать правильный ответ)

а. да            б.нет

5.18. Основными причинами бессоницы неорганической природы являются аффективные нарушения (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

5.19. Нарушения сна в значительной степени снижают качество жизни больного (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

5.20. Обычно больные стараются скрывать расстройства сна на приеме у семейного врача (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

5.21. Нарушения сна обычно тяжело переносятся больными (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

5.22. Диссомнии на приеме у семейного врача как правило являются следствием злоупотребления ПАВ (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

5.23. Краниалгия достаточно часто предъявляемая жалоба на приеме у семейного врача (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

5.24. Краниалгия всегда является свидетельством органического мозгового дефекта (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

5.25. Краниалгия всегда должна лечиться невропатологом (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

5.26. Причиной краниалгии могут быть стрессогенные факторы (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

5.27. Наиболее частым вариантом краниалгии на приеме у семейного врача является головная боль напряжения (выбрать правильный ответ)

а.да      б. нет

5.28. Основной причиной головной боли напряжения является наличие нерешенных психологических проблем с соответствующими эмоциональными нарушениями (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

5.29. Головная боль напряжения свидетельствует о выраженной органической недостаточности мозга (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

5.30. Головная боль напряжения обычно должна лечиться семейными врачами медикаментозно ненаркотическими анальгетиками (выбрать правильный ответ)

а.да      б. нет

Тесты второго уровня



5.31. Основными причинами диссомнии могут быть (исключить неверный ответ)

- а. эмоциональный стресс
- б. наследственная предрасположенность
- в. органические нарушения головного мозга
- г. соматические расстройства с болевым синдромом
- д. воздействие определенных химических веществ

5.32. Согласно критериям МКБ-10 для бессоницы неорганической природы характерно (исключить неверный ответ)

- а. продолжительность нарушений несколько дней
- б. связь с ситуацией эмоционального стресса
- в. формирование страха неудачи засыпания
- г. продолжительность нарушений не менее месяца

5.33. Бессонница неорганической природы рассматривается как (выбрать правильный ответ)

- а. следствие органической мозговой недостаточности
- б. психогенно спровоцированная субъективная неудовлетворенность продолжительностью и качеством сна
- в. ситуационно обусловленные периоды потери сна (ночная смена, смена часовых поясов)
- г. проявление шизофрении на ранних этапах
- д. фактор, приводящий к развитию бредовой симптоматики

5.34. Бессонница неорганической природы обычно проявляется в жалобах (исключить неверный ответ)

- а. на нарушения процесса засыпания
- б. поверхностный сон с частыми пробуждениями
- в. неудовлетворенность продолжительностью и качеством сна
- г. отсутствие чувства отдыха от сна
- д. галлюцинации

5.35. Основными проявлениями расстройств сна неорганической природы являются (исключить неверный ответ)

- а. бессонница неорганической природы
- б. гиперсомния неорганической природы
- в. расстройства режима сна и бодрствования неорганической природы
- г. парасомнии
- д. делирий неорганической природы

5.36. Основными диагностическими критериями бессонницы неорганической природы согласно критериям МКБ-10 являются (исключить неверный ответ)

- а. неудовлетворенность качеством и продолжительностью сна
- б. отсутствие органических причин бессонницы
- в. расстройства сна не менее 3 раз в неделю на протяжении не менее месяца
- г. длительный период просоночного состояния и дневная сонливость
- д. постоянная озабоченность последствиями бессонницы

5.37. Бессонница неорганической природы обычно лечится (исключить неверный ответ)

- а. исключительно гипнотиками
- б. транквилизаторами и антидепрессантами
- в. комплексно медикаментозными и психотерапевтическими методами

5.38. Основными критериями гиперсомнии неорганической природы согласно критериям МКБ-20 являются (исключить неверный ответ)

- а. дневная сонливость
- б. снижение количества сна
- в. длительный просоночный период
- г. отсутствие органических причин нарушений
- д. ежедневные нарушения на протяжении не менее месяца

5.39. Расстройства режима сна-бодрствования неорганической природы проявляются (исключить неверный ответ)

- а. извращением формулы сна (дневная сонливость и бессонница ночью)
- б. длительный период психофизического дистресса вследствие диссомнии
- в. связь нарушений с внешними факторами (ночные смены, кормление

новорожденных, смена часовых поясов и т.д.)

г. связь нарушений с периодами эмоционального напряжения

5.40. К парасомниям неорганической природы относят согласно критериям МКБ-10 (исключить неверный ответ)

а. снохождения

б. ужасы во время сна

в. кошмары

г. галлюцинации

5.41. Основными причинами парасомний являются (выбрать правильный ответ)

а. бредовая симптоматика

б. гипногогические галлюцинации

в. эмоциональное перенапряжение

г. эпилепсия

5.42. Диссомнические расстройства неорганической природы обычно (выбрать правильный ответ)

а. легко поддается разубеждению

б. лечится физиотерапевтическими методами

в. достаточно быстро проходит сама собой

г. должна лечиться семейными врачами совместно с психотерапевтами

д. проходит только после устранения органической дисфункции мозга

5.43. Головная боль напряжения обычно рассматривается как (выбрать правильный ответ)

а. форма соматизации реакции на стресс

б. свидетельство глубокой органической недостаточности мозга

в. основной признак ипохондрического бреда

г. признак нарушений внутренних структур мозга

д. наследственная патология

- 5.44. Головная боль напряжения (исключить неверный ответ)
- а. может рассматриваться как вариант хронического соматоформого болевого расстройства
  - б. форма эмоционально-стрессового реагирования
  - в. передается по наследству
  - г. как правило связана с наличием психологических проблем
- 5.45. При головных болях напряжения обычно отмечается (исключить неверный ответ)
- а. упорные головные боли, резистентные к обычным анальгетикам
  - б. связь болей со стрессом
  - в. отчетливые признаки сосудистой недостаточности мозга
  - г. защитное напряжение перикраниальных мышц
- 5.46. Причинами головной боли напряжения могут быть (исключить неверный ответ)
- а. нерешенные психологические проблемы
  - б. нарушения кровоснабжения головного мозга
  - в. избыточный прием стандартных анальгетиков или транквилизаторов
  - г. тревожные расстройства
- 5.47. Боли при головной боли напряжения характеризуются как (исключить неверный ответ)
- а. сжимающие, стягивающие, сдавливающие по типу обруча или каски
  - б. спровоцированные физической нагрузкой
  - в. более интенсивные в затылочно-теменной области
  - г. сочетающиеся с другими признаками стрессового реагирования
- 5.48. Для диагностики головной боли напряжения значимыми являются следующие признаки (исключить неверный ответ)
- а. сдавливающий или сжимающий характер болей
  - б. стрессогенная провокация болей
  - в. отсутствие выраженных органических причин болей
  - г. наличие признаков сосудистой недостаточности мозга
  - д. защитное напряжение и болезненность перикраниальных мышц.
- 5.49. Головная боль напряжения обычно (исключить неверный ответ)
- а. носит вторичный характер

- б. носит первичный характер
- г. связана со стрессогенной провокацией
- д. может носить эпизодический или хронический характер

5.50. При эпизодической головной боли напряжения длительность болевого синдрома составляет (выбрать правильный ответ)

- а. несколько часов подряд
- б. несколько дней
- в. не менее двух недель
- г. не менее месяца

5.51. Хроническая головная боль напряжения длится (выбрать правильный ответ)

- а. несколько часов
- б. несколько дней
- в. две недели
- г. не менее месяца

5.52. Головная боль напряжения должна лечиться (выбрать правильный ответ)

- а. исключительно психиатрами
- б. семейными врачами
- в. только невропатологами
- г. только стационарно
- д. не нуждается в специальной терапии

5.53. Основными средствами терапии головной боли напряжения являются (исключить неверный ответ)

- а. сочетание психотерапии и медикаментозной терапии
- б. применение миорелаксантов
- в. использование антидепрессантов
- г. дополнительные немедикаментозные методы (иглотерапия, массаж)
- д. наркотические анальгетики

5.54. Головные боли напряжения обычно (исключить неверный ответ)

- а. легко снимаются при беседе с больным
- б. лечатся посредством коррекции мозговой гемодинамики

- в. резистентны к обычным ненаркотическим анальгетикам
- г. проходят сами собой через месяц
- д. возникают только при наличии наследственной предрасположенности

## Модуль 5

### Тема 2. Специфические расстройства личности (F 6)

#### Тесты первого уровня

6.1. Специфические расстройства личности являются прогрессирующим психическим расстройством (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

6.2. Специфические расстройства личности являются преходящим нарушением (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

6.3. Специфические расстройства личности как правило имеют органическую природу (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

6.4. Специфические расстройства личности имеют определенную наследственную предрасположенность (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

6.5. Специфические расстройства личности могут встречаться в практике семейного врача (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

6.6. Основным содержанием специфических расстройств личности являются врожденные аномалии характер (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

6.7. Специфические расстройства личности имеют стрессогенную природу (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет

6.8. Специфические расстройства личности имеют приобретенный характер (выбрать правильный ответ)

а. да                                  б. нет

6.9. Специфические расстройства личности встречаются только в детском и подростковом возрасте (выбрать правильный ответ)

а. да                                  б. нет

6.10. С возрастом специфические расстройства личности компенсируются и самостоятельно разрешаются (выбрать правильный ответ)

а. да                                  б. нет

6.11. В ситуации стресса может отмечаться декомпенсация специфических расстройств личности (выбрать правильный ответ)

а. да                                  б. нет

6.12. Специфические расстройства личности могут радикально вылечиваться (выбрать правильный ответ)

а. да                                  б. нет

6.13. Раннее специфические развития личности обозначались термином психопатии (выбрать правильный ответ)

а. да                                  б. нет

6.14. Основной особенностью аномалий характера при специфических расстройствах личности является их несовпадение с существующими социо-культуральными нормативами поведения (выбрать правильный ответ)

а. да                                  б. нет

6.15. Аномалии характера остаются относительно неизменными от рождения до конца жизни при специфических расстройствах личности (выбрать правильный ответ)

а. да                                  б. нет

6.16. Специфические расстройства личности могут носить приобретенный характер (выбрать правильный ответ)

а. да                                  б. нет

6.17. Хронические изменения личности носят приобретенный характер (выбрать правильный ответ)

а. да                                      б. нет

6.18. Хронические изменения личности в основном проявляются в виде изменений характера и поведения (выбрать правильный ответ)

а. да                                      б. нет

6.19. Хронические изменения личности имеют наследственную предрасположенность (выбрать правильный ответ)

а. да                                      б. нет

6.20. При хронических изменениях личности всегда отмечается органическая недостаточность головного мозга (выбрать правильный ответ)

а. да                                      б. нет

#### Тесты второго уровня

6.21. Специфические расстройства личности это: (выбрать правильный ответ)

а. заболевания головного мозга вследствие специфических инфекций

б. врожденные аномалии характера, проявляющиеся в нарушениях поведения

в. Личностные расстройства при шизофрении или эпилепсии

г. нарушения характера вследствие соматических заболеваний

6.22. Специфические расстройства личности обычно носят (выбрать правильный ответ)

а. врожденный характер

б. приобретенный характер

в. формируются под воздействием социальных факторов

6.23. Специфические расстройства личности имеют (выбрать правильный ответ)

а. прогрессирующее течение

б. носят врожденный характер без особой динамики состояния



- в. начинают прогрессировать в пубертатный период
- г. проявляются в позднем возрасте

6.24. Осевыми признаками специфических расстройств личности являются (исключить неверный ответ)

- а. стабильность нарушений поведения на протяжении всей жизни
- б. тотальность проявлений аномалий характера в широком круге жизненных ситуаций
- в. постепенное снижение критических способностей
- г. трудности социальной адаптации

6.25. Специфические расстройства личности обычно диагностируют в позднем детстве, хотя они носят врожденный характер (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет
- в. только у мальчиков подросткового возраста

6.26. Под стабильностью специфических расстройств личности понимают (выбрать правильный ответ)

- а. отсутствие динамики аномалий характера на протяжении всей жизни
- б. терапевтическую резистентности аномалий поведения
- в. хроническое прогрессивное течение
- г. сохранение симптоматики на протяжении не менее года

6.27. Тотальность проявлений специфических расстройств личности означает (выбрать правильный ответ)

- а. нарушение практически всех психических функций
- б. проявление аномалий поведения в широком круге жизненных ситуаций
- в. сочетание психических и соматических проявлений
- г. неизменность аномалий характера на протяжении ряда лет

6.28. Нарушение социальной адаптации при специфических расстройствах личности связано (выбрать правильный ответ)

- а. со снижением интеллектуальных функций
- б. с нарушениями памяти
- в. с трудностью адаптации к социальным нормам
- г. с социально-бытовыми условиями

6.29. Основными психическими функциями страдающими при специфических расстройствах личности являются (исключить неверный ответ)

- а. эмоциональная сфера
- б. волевая сфера
- в. интеллектуально-мнестическая сфера
- г. сознание
- д. контроль побуждений

6.30. Сознание и интеллект при специфических расстройствах личности обычно (выбрать правильный ответ)

- а. не страдают
- б. сознание как правило искажено
- в. наблюдаются интеллектуальные расстройства
- г. страдают и сознание и интеллект

6.31. Основными диагностическими критериями специфических расстройств личности согласно МКБ-10 являются (исключить неверный ответ)

- а. врожденный характер аномалий поведения
- б. вовлеченность нескольких сфер психической деятельности (аффективность, возбудимость, контроль побуждений и др.)
- в. хронический характер аномалий поведения
- г. пролонгированная ситуация личностного дистресса
- д. постепенное нарастание деградации личности

6.32. Основными проявлениями специфических расстройств личности являются (выбрать правильный ответ)

- а. аномалии поведения, не совпадающие с принятыми нормами поведения
- б. постепенное снижение критики своего состояниями
- в. нарастающая конфликтность
- г. нарастающая аутизация

6.33. Специфические расстройства личности чаще наблюдаются (выбрать правильный ответ)

- а. среди женщин
- б. среди мужчин
- в. только в детском возрасте
- г. у лиц обоего пола
- д. только в зрелом возрасте

6.34. При специфических расстройствах личности снижение адаптации возникает в основном за счет (выбрать правильный ответ)

- а. нарушения понимания устной и письменной речи
- б. нарушения коммуникации с окружающими
- в. нарушения интеллекта
- г. аффективных расстройств

6.35. В практике семейного врача специфические расстройства личности (выбрать правильный ответ)

- а. не встречаются
- б. могут встречаться в связи с соматическими проблемами
- в. встречаются в случаях выраженных соматических расстройств
- г. связаны с ипохондрическими жалобами

6.36. Основными клиническими вариантами специфических расстройств личности по МКБ-10 являются (исключить неверный ответ)

- а. шизоидное
- б. параноидное
- в. диссоциальное
- г. аффективное
- д. эмоционально-неустойчивое

6.37. Клинические варианты специфических расстройств личности по МКБ-10 являются (исключить неверный ответ)

- а. истерическое (гистрионическое)
- б. маниакально-депрессивное
- в. тревожное (уклоняющееся)
- г. зависимое
- д. смешанное расстройство личности

6.38. Хронические изменения личности обычно (выбрать правильный ответ)

- а. носят врожденный характер
- б. носят приобретенный характер
- в. бывают у генетически предрасположенных лиц
- г. наблюдаются при серьезных органических повреждениях мозга

6.39. Наиболее частыми причинами хронических изменений личности являются (исключить неверный ответ)

- а. хроническое изменение личности после переживания катастроф
- б. хроническое изменение личности после черепно-мозговых травм
- в. хронические изменения личности после психической болезни

6.40. Изменения личности после черепно-мозговых травм обычно шифруются (выбрать правильный ответ)

- а. в рубрике органические расстройства
- б. в рубрике невротические расстройства
- в. в рубрике расстройства поведения зрелой личности

6.41. Хронические изменения личности обычно имеют какую-то динамику состояния (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет
- в. только при сочетании с органическими дефектами головного мозга
- г. только в детском возрасте

6.42. Специфические расстройства личности обычно (выбрать правильный ответ)

- а. достаточно легко лечатся психотерапевтическими методами
- б. полностью не вылечиваются
- в. лечатся только медикаментозными методами
- г. требуют длительного интенсивного лечения

6.43. При хронических изменениях личности симптоматика в основном состоит (исключить неверный ответ)

- а. из признаков органической мозговой недостаточности
- б. нарушений системы межличностных взаимоотношений
- в. повторяющихся эпизодов переживаний ситуации стресса
- г. эмоциональных реакций на ситуацию своей неадаптивности

6.44. Специфические изменения личности отличаются от хронических изменений личности (исключить неверный ответ)

- а. это аналогичные понятия и нет необходимости их разделять
- б. первые носят наследственный конституциональный характер
- в. и те и другие проявляются в нарушениях поведения

г. хронические изменения личности носят приобретенный характер

## Модуль 5

### Тема 3: Умственная отсталость (F 7)

#### Тесты первого уровня

7.1. Категория МКБ-10 "Умственная отсталость" соответствует прежней категории "Олигофрения" (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.2. Умственная отсталость может возникать только в зрелом возрасте (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.3. Умственная отсталость это состояние задержанного или неполного развития психики, прежде всего интеллекта (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.4. Умственная отсталость носит исключительно наследственный характер (выбрать правильный ответ)

а.да            б. нет

7.5. Умственная отсталость может носить приобретенный в раннем детстве характер (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.6. Умственная отсталость с возрастом регрессирует (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.7. Умственная отсталость не имеет значительной динамики на протяжении всей жизни (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.8. Умственная отсталость имеет прогрессирующее течение (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.9. В МКБ-10 категория "Умственной отсталости" включает в себя прежние категории "Олигофрении" и "Задержки психического развития" (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.10. Умственная отсталость часто сопровождается признаками других соматических и психических расстройств (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.11. Умственная отсталость по степени выраженности разделяется на 4 диагностические категории (легкая, умеренная, тяжелая и глубокая)(выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.12. Легкая умственная отсталость соответствует прежней категории "дебильности" (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.13. При легкой умственной отсталости возможны ограниченные навыки обучения по специальной программе (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.14. При умеренной умственной отсталости больные полностью необучаемы (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.15. При тяжелой умственной отсталости возможно усвоение простейших профессиональных навыков (выбрать правильный ответ)

а. да            б. нет

7.16. При глубокой умственной отсталости больные не имеют возможности самостоятельного передвижения (выбрать правильный ответ)

а. да          б. нет

7.17. Как правило, при глубокой умственной отсталости регистрируются и соматоневрологические дефекты развития (выбрать правильный ответ)

а. да          б. нет

7.18. При легкой умственной отсталости необходимо назначение опеки (выбрать правильный ответ)

а. да          б. нет

7.19. При умеренной умственной отсталости необходима опека и надзор (выбрать правильный ответ)

а. да          б. нет

7.20. Умственная отсталость излечима (выбрать правильный ответ)

а. да          б. нет

7.21. При тяжелой умственной отсталости необходимы опека, надзор и уход (выбрать правильный ответ)

а. да          б. нет

7.22. Основными препаратами при лечении умственной отсталости являются нейролептики (выбрать правильный ответ)

а. да          б. нет

7.23. При соответствующих социальных условиях и социальной поддержке легкая умственная отсталость может компенсироваться (выбрать правильный ответ)

а. да          б. нет

7.24. При умственной отсталости сознание обычно искажено (выбрать правильный ответ)

а. да          б. нет

Тесты второго уровня

7.25. Основными причинами умственной отсталости являются (исключить неверный ответ)

- а. хромосомные аберрации, наследственные фето- и энзимопатии
- б. родовые травмы головного мозга
- в. эпилепсия
- г. микседема

7.26. При умственной отсталости обычно наблюдаются дефекты (исключить неверный ответ)

- а. интеллекта
- б. речи
- в. когнитивных функций
- г. сознания

7.26. Среди эндогенных факторов развития умственной отсталости выделяют (исключить неверный ответ)

- а. хромосомные аберрации (например болезнь Дауна)
- б. наследственные фетопатии
- в. наличие в роду шизофрении
- г. иммунная несовместимость матери и плода

7.27. К экзогенным факторам развития умственной отсталости относят (исключить неверный ответ)

- а. родовые травмы
- б. травмы головного мозга в первый год жизни новорожденного
- в. рано перенесенные инфекции головного мозга (менингит)
- г. хронические соматические заболевания

7.28. При легкой умственной отсталости определенные психические функции остаются относительно сохранными (исключить неверный ответ)

- а. механическая память
- б. эмоциональная сфера
- в. сознание
- г. интеллект



7.29. При легкой умственной отсталости коэффициент интеллекта находится в диапазоне (выбрать правильный ответ)

- а. 70-89
- б. 50-69
- в. 35-49
- г. 20-34
- д. 0-19

7.30. Основными признаками умственной отсталости являются (исключить неверный ответ)

- а. нарушение абстрактно-логического мышления
- б. отсутствие динамики состояния
- в. преобладание конкретного мышления
- г. преходящие нарушения сознания

7.31. Согласно МКБ-10 умственная отсталость по степени выраженности подразделяется (исключить неверный ответ)

- а. задержка психического развития
- б. легкая УО
- в. умеренная УО
- г. тяжелая УО
- д. глубокая УО

7.32. Лица с легкой умственной отсталостью (выбрать правильный ответ)

- а. нуждаются в интенсивной медикаментозной терапии
- б. неизлечимы, поэтому никакого вмешательства не нужно
- в. нуждаются в социальной адаптации и педагогической коррекции
- г. должны подвергаться нависельственной стерилизации

7.33. Лица с умеренной умственной отсталостью обычно нежизнеспособны (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. вполне жизнеспособны
- в. жизнеспособны только при особых условиях ухода

7.34. Коэффициент интеллекта при умеренной умственной отсталости (выбрать правильный ответ)

- а. 50-69
- б. 35-49
- в. 20-34
- г. 0-19

7.35. Лица с легкой умственной отсталостью (выбрать правильный ответ)

- а. должны обучаться во вспомогательной школе
- б. обучаются в общей школе, но дублируют каждый класс
- в. необучаемы
- г. могут обучаться в общей школе

7.36. При легкой умственной отсталости лица могут самостоятельно адаптироваться к жизни (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. только при тщательном тренинга в привычных условиях
- в. полностью неспособны к самостоятельной адаптации
- г. нуждаются в постоянном уходе

7.37. При легкой степени умственной отсталости возможно приобретение только простых профессиональных навыков (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет
- в. им доступен широкий круг профессий
- г. они полностью нетрудоспособны

7.38. Речь при легкой умственной отсталости (исключить неверный ответ)

- а. достаточно развита для обиходного общения
- б. в речи не используются обычно абстрактные понятия
- в. словарный запас позволяет им поддерживать беседу и обмениваться информацией
- г. речь слишком скудная для общения

7.39. Для лиц с легкой умственной отсталостью характерно (исключить неверный ответ)

- а. усвоение навыков самообслуживания
- б. самостоятельная адаптация в привычных условиях

- в. усвоение простых трудовых и профессиональных навыков
- г. обучение в общеобразовательной школе
- д. ограниченные возможности к социальной адаптации

7.40. При легкой умственной отсталости лечение (выбрать правильный ответ)

- а. медикаментозная терапия транквилизаторами и ноотропами
- б. включает применение нейролептиков
- в. к регрессии интеллектуального дефекта не приводит
- г. эффективно при добавлении психотерапии

7.41. При умеренной умственной отсталости (исключить неверный ответ)

- а. речь усваивается замедленно и в неполном объеме
- б. речь характеризуется аграмматизмами и косноязычием
- в. речь не усваивается
- г. словарный запас обеспечивает только ограниченное общение в быту

7.42. Усвоение школьных навыков при умеренной умственной отсталости (выбрать правильный ответ)

- а. полностью невозможно
- б. резко ограничено элементарными навыками чтения и письма
- в. при правильном лечении усваивается программа начальной школы
- г. не нарушено

7.43. При умеренной умственной отсталости обычно (исключить неверный ответ)

- а. усваиваются простые навыки самообслуживания
- б. усваиваются простейшие трудовые навыки
- в. возможны упрощенные навыки общения
- г. возможна самостоятельная адаптация
- д. необходимы опека и надзор

7.44. Коэффициент интеллекта притяжелой умственной отсталости составляет (выбрать правильный ответ)

- а. 50-69 баллов
- б. 35-49
- в. 20-34
- г. 0-19 баллов

7.45. При тяжелой умственной отсталости (исключить неверный ответ)

- а. обучаемость невозможна
- б. отмечается выраженная степень моторной недостаточности
- в. часто отмечаются преходящие нарушения сознания
- г. регистрируются признаки органического дефекта мозга или его аномального развития

7.46. При глубокой умственной отсталости коэффициент интеллекта составляет (выбрать правильный ответ)

- а. 50-69 баллов
- б. 35-49 баллов
- в. 20-34 балла
- г. 0-19 баллов

7.47. При глубокой умственной отсталости (исключить неверный ответ)

- а. усваиваются простые навыки самообслуживания
- б. неспособны самостоятельно передвигаться
- в. возможно лишь рудиментарные формы невербальной коммуникации
- г. речь отсутствует
- д. регистрируются соматические и неврологические дефекты развития, часто несовместимые с жизнью

7.48. Лица с умственной отсталостью обычно (выбрать правильный ответ)

- а. неспособны к самостоятельной адаптации
- б. нуждаются в длительном лечении
- в. всегда помещаются в специализированные интернаты
- г. всегда нежизнеспособны

### Модуль 3

Тема: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) F 1

#### Тесты первого уровня

1.1. Все расстройства рубрики F 1 имеют экзогенный характер (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.2. Все расстройства рубрики F 1 вызываются веществами, относящимися к группе психоактивных (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.3. Психоактивные вещества преимущественно действуют на головной мозг, вызывая нарушения психических функций (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.4. Психоактивные вещества аналогичны понятию психотропные вещества (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.5. Психоактивные вещества обладают способностью формировать механизмы зависимости (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.6. Психоактивные вещества обладают эйфоризирующим действием (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.7. Возможно лабораторное подтверждение факта использования психоактивных веществ (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.8. Понятие "психоактивные вещества" включает в себя то, что раньше обозначалось как наркотические и токсикоманические вещества (выбрать правильный ответ)

а. да    б. нет

1.9. В МКБ-10 никотинсодержащие вещества включаются в группу психоактивных (выбрать правильный ответ)

а. да    б. нет

1.10. Психоактивные вещества могут иметь эндогенную природу (выбрать правильный ответ)

а. да    б. нет

1.11. Острая интоксикация – это состояние, развивающееся после приема ПАВ, с соответствующими сдвигами в психическом функционировании (выбрать правильный ответ)

а. да    б. нет

1.12. Расстройства, связанные с острой интоксикацией ПАВ, носят стойкий характер и являются следствием регулярного злоупотребления (выбрать правильный ответ)

а. да    б. нет

1.13. Острая интоксикация ПАВ может сопровождаться осложнениями (выбрать правильный ответ)

а. да    б. нет

1.14. Синдром зависимости является осевым при аддиктивных состояниях (выбрать правильный ответ)

а. да    б. нет

1.15. При хронической алкогольной зависимости развиваются только механизмы психической зависимости (выбрать правильный ответ)

а. да    б. нет

1.16. Алкогольная зависимость является состоянием, имеющим медицинские, социальные и юридические последствия (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.17. Алкоголь в определенной концентрации постоянно может присутствовать в крови – т.н. "эндогенный алкоголь" (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.18. Основное всасывание алкоголя происходит в желудке и тонком кишечнике (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.19. Расщепление алкоголя происходит в желудке (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.20. В расщеплении алкоголя основное значение имеет желудочный сок (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.21. Алкоголь расщепляется (гидролизуется) в печени (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.22. Расщепление определенной части алкоголя может происходить в мышечных тканях (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.23. Диагноз острой алкогольной интоксикации может выставляться работниками ГАИ (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.24. При хронической алкогольной интоксикации толерантность к алкоголю обычно повышается (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.25. При хроническом злоупотреблении алкоголем обычно формируется физическая и психическая зависимость (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.26. При острой алкогольной интоксикации легкой степени наблюдаются обычно тотальные алкогольные амнезии (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.27. Легкое алкогольное опьянение напоминает кратковременный экзогенно спровоцированный гипоманиакальный эпизод (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.28. Рвотный рефлекс может рассматриваться как физиологический защитный механизм при чрезмерном потреблении алкоголя (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.29. При умеренной алкогольной интоксикации появляется дизартрия, дискоординация и эмоциональная лабильность (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.30. Для алкогольной интоксикации характерна эйфоризация (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.31. При алкогольной интоксикации обычным является формирование галлюциноза (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.32. Алкогольные психозы обычно возникают на высоте чрезмерной интоксикации (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.32. Алкогольный делирий достаточно редкий вариант алкогольных психозов (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет



1.33. При алкогольном делирии сознание больного сохраняется ясным (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.34. При алкогольном галлюцинозе преобладают истинные зрительные галлюцинации (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.35. Сознание при алкогольном галлюцинозе ясное (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.36. Алкогольные психозы являются свидетельством органического дефекта головного мозга или алкогольной энцефалопатии (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.37. Существуют медикаментозные препараты, которые четко снимают алкогольную зависимость (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.38. Алкогольная зависимость формируется только в зрелом возрасте (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.39. Химическая зависимость от ПАВ может легко самостоятельно преодолеваться больным (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.40. Химическая зависимость от ПАВ является болезненным процессом (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.41. Психоактивные вещества обладают способностью вызывать эйфорию (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.42. Как правило, структура эйфории одинакова при использовании различных ПАВ (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.43. Все виды ПАВ характеризуются состоянием острой интоксикации (опьянение) при их употреблении (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.44. В формировании химической зависимости всегда отмечается синдром измененной реактивности на действие ПАВ (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.45. Все ПАВ характеризуются формированием состояния отмены (абстиненции) (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.46. В структуре химической зависимости от ПАВ практически всегда отмечается наличие обсессивного влечения (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.47. При использовании некоторых ПАВ возможно отсутствие изменения толерантности (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.48. При использовании ПАВ расстройства восприятия наблюдаются всегда (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.49. При использовании некоторых ПАВ могут не отмечаться сомато-вегетативные сдвиги (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.50. При использовании ПАВ основным мотивом является только эйфория (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.51. Изменение толерантности к ПАВ наступает только у предрасположенных лиц (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.52. Изменение толерантности к действию ПАВ возможно только после исчезновения защитных физиологических реакций (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.53. При хронической химической зависимости обычно наблюдается изменение картины опьянения (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.54. При психической зависимости от ПАВ влечение носит компульсивный (непреодолимый) характер (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.55. Употребление ПАВ при химической зависимости может носить эпизодический характер (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.56. Полного исчезновения защитных физиологических реакций при зависимости от ПАВ не наступает (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.57. Синдром отмены является свидетельством сформировавшейся патологической адаптации организма к действию ПАВ (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.58. Синдром отмены протекает приблизительно одинаково при употреблении различных ПАВ (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.59. Синдром отмены включает только совокупность сомато-вегетативных и неврологических нарушений в ситуации отсутствия ПАВ (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

1.60. Состояние отмены легко может сниматься психотерапевтическими методами (выбрать правильный ответ)

а. да      б. нет

## Тесты второго уровня

1.61. Основными обязанностями семейного врача при химической зависимости от ПАВ являются (исключить неверный ответ)

- а. первичный скрининг лиц с проблемами зависимости
- б. навыки проведения санпросвет работы по проблемам химической зависимости
- в. навыки купирования состояния отмены
- г. навыки дифференциальной диагностики соматических расстройств с сомато-вегетативными сдвигами при химической зависимости

1.62. Зависимость от ПАВ может возникать (выбрать правильный ответ)

- а. только у определенных предрасположенных индивидов
- б. только в зрелом возрасте
- в. только у мужчин
- г. у любого человека

1.63. Психоактивные вещества обычно характеризуются (исключить неверный ответ)

- а. способностью вызывать эйфорический эффект
- б. формированием специфических механизмов зависимости
- в. специфической химической структурой, общей для всех ПАВ
- г. специфическим воздействием на психику

1.64. Химическая зависимость от ПАВ приводит (исключить неверный ответ)

- а. медицинским последствиям
- б. социальным последствиям
- в. политическим последствиям
- г. юридическим последствиям

1.65. Проблема зависимости от ПАВ является (исключить неверный ответ)

- а. медицинской проблемой
- б. социальной проблемой
- в. юридической проблемой
- г. личной проблемой человека с зависимостью

1.66. Расстройства, связанные с злоупотреблением ПАВ (исключить неверный ответ)

- а. носят экзогенный характер
- б. связаны с наследственной предрасположенностью
- в. включают только психические нарушения
- г. всегда связаны с органическим мозговым дефектом

1.67. При употреблении ПАВ психические расстройства характеризуются (исключить неверный ответ)

- а. наследственной отягощенностью
- б. неконтролируемостью психической деятельности
- в. рассогласованностью психических функций
- г. протопатичностью ощущений (особой глубиной и иррациональностью)

1.68. Согласно МКБ-10 при зависимости от ПАВ выделяют (исключить неверный ответ)

- а. состояние острой интоксикации
- б. промежуточное состояние зависимости
- в. синдром зависимости
- г. состояние отмены
- д. психотическое расстройство

1.69. Острая интоксикация при химической зависимости характеризуется (исключить неверный ответ)

- а. возникновением непосредственно после приема ПАВ
- б. преходящим характером
- в. нарушением различных показателей психического функционирования
- г. необратимыми соматическими нарушениями

1.70. Категория МКБ-10 "Употребление с вредными последствиями" означает (исключить неверный ответ)

- а. вредные последствия для психической сферы
- б. последствия для соматической сферы

- в. формирование генетического дефекта
- г. исключение из данной категории похмелья, синдрома зависимости и психотических расстройств

1.71. Синдром зависимости от ПАВ (исключить неверный ответ)

- а. состоит из комплекса физиологических и психических расстройств, при которых прием ПАВ занимает доминирующее положение в жизни больного
- б. невозможно купировать
- в. является основной причиной невозможности самостоятельного отказа от приема ПАВ
- г. делает прием ПАВ болезненным состоянием

1.72. В МКБ-10 категория "Психотическое расстройство" при злоупотреблении ПАВ означает (исключить неверный ответ)

- а. оно может возникать в момент употребления ПАВ
- б. может наблюдаться непосредственно после приема ПАВ
- в. должно полностью регрессировать в течении 6 месяцев с момента возникновения
- г. наблюдается при приеме ПАВ у больных шизофренией

1.73. Алкогольная зависимость (выбрать правильный ответ)

- а. развивается всегда при употреблении спиртных напитков
- б. является болезненным состоянием
- в. всегда связана с наследственной предрасположенностью
- г. обусловлена только психической зависимостью

1.74. Алкогольная зависимость может приводить к (исключить неверный ответ)

- а. деградации личности
- б. необратимым негативным соматическим последствиям
- в. в негативным социальным последствиям
- г. специфичным генетическим дефектам

1.75. Непосредственно при приеме алкоголя могут наблюдаться (исключить неверный ответ)

- а. нарушения функции вестибулярного аппарата

- б. парез сосудодвигательного центра
- в. угнетение тормозных процессов в коре головного мозга
- г. резкое снижение интеллекта
- д. усиление перистальтики желудка и выброс желудочного сока

1.76. Прием пищи обычно (исключить неверный ответ)

- а. удлиняет срок резорбции алкоголя (всасывания)
- б. пища адсорбирует до 40% принятого алкоголя
- в. может выводить часть алкоголя из организма в неизменном виде
- г. по мере расщепления пищи алкоголь высвобождается и возникает отставленная резорбция

1.77. При диагностике острой алкогольной интоксикации играют роль (исключить неверный ответ)

- а. координационные пробы
- б. клинические проявления интоксикации
- в. вид и количество спиртных напитков
- г. лабораторные данные о концентрации алкоголя в крови

1.78. Диагноз алкогольной интоксикации может быть выставлен (исключить неверный ответ)

- а. работниками ГАИ
- б. врачами наркологами
- в. врачами психиатрами
- г. при отсутствии наркологов – любым врачом
- д. при отсутствии врачей – фельдшером, прошедшим специализацию

1.79. Основными клиническими проявлениями алкогольной интоксикации являются: (исключить неверный ответ)

- а. дискоординация
- б. дизартрия
- в. помрачение сознания
- г. снижение критики

д. снижение продуктивности мышления

1.80. Традиционно различают следующие степени острой алкогольной интоксикации (исключить неверный ответ)

- а. легкая
- б. средняя (умеренная)
- в. тяжелое
- г. токсическое

1.81. При легком алкогольном опьянении отмечаются следующие клинические проявления (исключить неверный ответ)

- а. ощущение психофизического комфорта
- б. повышение настроения
- в. наркотическая амнезия периода опьянения
- г. речевая ажитация
- д. повышение аппетита и либидо

1.82. При умеренном алгольном опьянении наблюдается (исключить неверный ответ)

- а. эмоциональная лабильность
- б. дизартрия и дискоординация
- в. лабильность аффекта с фиксацией на каких-то темах
- г. резкое снижение критики
- д. оглушение сознания до уровня сопора

1.83. При тяжелом алкогольном опьянении наблюдается (исключить неверный ответ)

- а. симптомы глубокого оглушения (до сопора)
- б. преобладание вегетативных и неврологических нарушений
- в. двигательное возбуждение
- г. наркотическая амнезия

1.84. Патологическое опьянение (исключить неверный ответ)

- а. наблюдается только при алкогольной интоксикации
- б. приводит к полному отрыву от реальной действительности
- в. протекает с сумеречным помрачением сознания
- г. заканчивается терминальным сном и амнезией
- д. бывает только у больных эпилепсией



1.85. В законодательном порядке в нашей республике (исключить неправильный ответ)

- а. не регламентируется нормы потребления спиртных напитков
- б. не регламентируются норма приобретения
- в. не регламентируется хранение спиртных напитков
- г. не регламентируется производствой с сбыт спиртных напитков

1.86. Алкоголь может обладать следующими свойствами (исключить неверный ответ)

- а. эйфоризирующим
- б. атарактическим (снимающим стресс)
- в. антисептическим
- г. галлюциногенным

1.87. Концентрация алкоголя в крови 0,01-0,03 промили считается физиологической (т.н. эндогенный алкоголь) (выбрать правильный ответ)

- а. да
- б. нет
- в. только у определенных лиц
- г. да, но в более высоких концентрациях

1.88. Алкогольные психозы (выбрать правильный ответ)

- а. являются следствием непосредственного действия массивных доз алкоголя на мозг
- б. обычно возникают на высоте интоксикации
- в. могут возникать только у мужчин
- г. являются следствием действия продуктов неполного распада спирта (альдегидов) на головной мозг

1.89. К алкогольным (метаалкогольным) психозам обычно относят (исключить неверный ответ)

- а. алкогольный делирий
- б. алкогольный галлюциноз
- в. патологическое опьянение
- г. алкогольные энцефалопатии

1.90. Алкогольные психозы (исключить неверный ответ)

- а. возникают после прекращения приема алкоголя на высоте похмелья
- б. свидетельствуют об энцефалопатии
- в. формируются только при употреблении суррогатов алкоголя
- г. формируются после длительного периода злоупотребления алкоголем

1.91. Наиболее частой формой алкогольных психозов является (выбрать правильный ответ)

- а. алкогольный галлюциноз
- б. алкогольный параноид
- в. корсаковский психоз
- г. алкогольный делирий

1.92. При алкогольном делирии в клинической картине основное место занимают (выбрать правильный ответ)

- а. бредовые расстройства
- б. расстройства памяти
- в. истинные зрительные галлюцинации и иллюзии
- г. психические автоматизмы

1.93. При алкогольном делирии ("белой горячке") наблюдается (исключить неверный ответ)

- а. микроскопические, зоопсихические зрительные галлюцинации
- б. галлюцинаторный бред
- в. аффект тревоги и страха
- г. двигательное возбуждение
- д. слуховой галлюциноз

1.94. Обычно при алкогольном делирии наблюдается (исключить неверный ответ)

- а. возникновение делирия через несколько часов или дней после прекращения приема алкоголя на высоте похмельного синдрома
- б. усиление симптоматики в вечернее и ночное время
- в. дезориентация в месте и времени, с сохранением самоориентации
- г. кататонические расстройства
- д. частичная амнезия после выхода из делирия

- 1.95. Алкогольный делирий может наблюдаться (выбрать правильный ответ)
- а. только при наличии выраженного интеллектуального дефекта
  - б. только у мужчин
  - в. только у женщин
  - г. у любого при длительном периоде злоупотребления алкоголем
- 1.96. При наличии алкогольного делирия основные терапевтические мероприятия включают (исключить неверный ответ)
- а. помещение больного в специализированный стационар
  - б. проведение дезинтоксикации
  - в. мероприятия по восстановлению гемодинамики и метаболизма головного мозга
  - г. проведение электросудорожной терапии
- 1.97. Алкогольный делирий имеет (выбрать правильный ответ)
- а. хроническое прогрессивное течение
  - б. ундулирующее течение с обострением симптоматики в вечернее и ночное время
  - в. эпизодическое течение
  - г. пароксизмальное течение
- 1.98. При алкогольном галлюцинозе наблюдается (исключить неверный ответ)
- а. истинные зрительные галлюцинации
  - б. истинные слуховые галлюцинации
  - в. галлюцинаторный бред
  - г. ясное сознание
  - д. острое и хроническое течение
- 1.99. При алкогольном галлюцинозе обычно наблюдаются (исключить неверный ответ)
- а. галлюцинации контрастного содержания
  - б. императивные галлюцинации
  - в. комментирующие галлюцинации
  - г. истинные зрительные галлюцинации
- 1.100. При алкогольном галлюцинозе возможно (выбрать правильный ответ)
- а. галлюцинаторный бред
  - б. кататонические расстройства

- в. деменция
- г. амнестические расстройства

1.101. При хроническом алкогольном галлюцинозе (исключить неверный ответ)

- а. галлюцинации могут сохраняться на протяжении ряда лет
- б. формируется частичная критика к своему состоянию
- в. галлюцинации сопровождаются выраженными аффективными нарушениями
- г. больные как бы привыкают к голосам

1.102. При алкогольном параноиде наблюдается (исключить неверный ответ)

- а. первичный бред
- б. возможны немногочисленные нарушения восприятия
- в. нарушение сознания
- г. острое или хроническое течение

1.103. Основными симптомами корсаковского психоза являются (исключить неверный ответ)

- а. фиксационная амнезия
- б. парамнезии
- в. признаки полиневрита
- г. возможны ретро- и антерградная амнезия
- д. слуховые галлюцинации

1.104. Основными соматическими осложнениями хронического злоупотребления алкоголем являются (исключить неверный ответ)

- а. гепатиты
- б. кардиомиопатия
- в. циррозы
- г. формирование генетического дефекта
- д. эндокринные расстройства

1.105. Наиболее распространенными формами зависимости от ПАВ в нашем регионе являются (исключить неверное)

- а. алкогольная зависимость
- б. опиная (героиновая)

- в. кокаиновая
- г. гашишная

1.106. Основными формами употребления опийных перпаратов являются (исключить неверный ответ)

- а. внутривенное введение
- б. курение смолы (кальян)
- в. внутримышечное
- г. добавление к национальным блюдам

1.107. Условно выделяются наркотические вещества со следующими эффектами (исключить неверный ответ)

- а. седативным
- б. стимулирующим
- в. гипнотическим
- г. психоделическим эффектом

1.108. Синдром психической зависимости от ПАВ включает (исключить неверный ответ)

- а. obsessive влечение
- б. способность достигать психологический комфорт в состоянии интоксикации
- в. состояние отмены

1.109. Синдром зависимости включает (исключить неверный ответ)

- а. острую интоксикацию
- б. синдром измененной реактивности организма на ПАВ
- в. синдром психической зависимости
- г. синдром физической зависимости

1.110. Синдром измененной реактивности к действию ПАВ включает (исключить неверный ответ)

- а. изменение формы потребления
- б. изменение толеранности
- в. изменение формы потребления

- г. появление психических автоматизмов в состоянии интоксикации
- д. исчезновение защитных физиологических реакций

1.111. Изменение формы потребления ПАВ означает (исключить неверный ответ)

- а. формирование перестройки организма (патологической адаптации)
- б. исчезновение защитных реакций
- в. формирование систематического приема
- г. прием приобретает вынужденный характер

1.112. При зависимости от ПАВ (исключить неверный ответ)

- а. толерантность не меняется
- б. толерантность на первой стадии нарастает
- в. на заключительных этапах толерантность снижается
- г. сроки установления максимальной толерантности зависят от вида ПАВ

1.113. В качестве защитных физиологических реакций могут выступать (исключить неверный ответ)

- а. рвота
- б. икота
- в. резь в глазах
- г. экстрасистолия
- д. профузный пот

1.114. По мере развития хронической химической зависимости изменение формы опьянения проявляется (выбрать правильный ответ)

- а. в инверсии основного действия ПАВ
- б. в повышении толерантности
- в. в состоянии отмены
- г. в формировании судорожного синдрома

1.115. Obsessive влечение к ПАВ (исключить неверный ответ)

- а. проявляется в постоянных мыслях о приеме ПАВ
- б. проявляется в виде судорожного компонента
- в. определяет эмоциональный фон больного
- г. является самым терапевтически резистентным симптомом

д. характеризуется борьбой мотивов

1.116. Способность достигать психического комфорта в интоксикации означает (выбрать правильный ответ)

- а. нормализацию показателей психического функционирования в состоянии интоксикации
- б. эйфорический эффект
- в. нормализацию физиологических показателей
- г. прояснение помраченного сознания

1.117. В структуре синдрома физической зависимости различают (исключить неверный ответ)

- а. компульсивное влечение к ПАВ
- б. способность достигать физический комфорт в интоксикации
- в. нарастание толерантности
- г. состояние отмены

1.118. Состояние отмены при хронической зависимости от ПАВ (исключить неверный ответ)

- а. может развиваться не при всех видах ПАВ
- б. формируется постепенно
- в. возникает через некоторое время после прерывания приема препарата
- г. клиническая картина зависит от вида ПАВ
- д. возникает на высоте интоксикации

1.119. К опиоидам относят следующие ПАВ (исключить неверный ответ)

- а. опий-сырец
- б. морфин
- в. героин
- г. омнопон
- д. марихуану

1.120. Острая интоксикация опиийными препаратами (выбрать правильный ответ)

- а. может возникать не у всех
- б. наблюдается уже на терапевтических дозах (1,0-1% р-ра морфия)
- в. возможна только на начальных стадиях зависимости
- г. протекает с выраженным возбуждением

1.121. Острое опийное опьянение как правило (исключить неверный ответ)

- а. протекает с выраженной эйфорией
- б. наблюдается только у новичков
- в. обычно развивается на начальных этапах пофазно
- г. может длиться несколько часов

1.122. Основными физиологическими проявлениями в острой опийной интоксикации являются (исключить неверный ответ)

- а. сужение зрачков
- б. двигательное возбуждение
- в. бледность и сухость кожи и слизистых
- г. гипотензия и брадикардия

1.123. В состоянии опийной интоксикации больной обычно (выбрать правильный ответ)

- а. полностью оторван от реальности и неконтактен
- б. больной дисфоричен
- в. развивается судорожный синдром
- г. больной малоподвижен, погружен в грезы

1.124. Острая опийная интоксикация обычно (исключить неверный ответ)

- а. дает выраженную эйфорию
- б. при отсутствии помех заканчивается сном
- в. протекает с грезоподобными фантазиями
- г. как правило не сопровождается физиологическими сдвигами

1.125. Основным физиологическим защитным рефлексом при опийной зависимости является (выбрать правильный ответ)

- а. зуд на кончике носа, в области подбородка или лба
- б. тошнота и рвота
- в. профузный пот
- г. икота



1.126. По мере нарастания толерантности при опиной зависимости суточная доза может возрасти по сравнению с начальной (выбрать правильный ответ)

- а. незначительно
- б. не меняется
- в. возрастает в 100-200 раз
- г. возрастает, но очень кратковременно

1.127. Состояние отмены при опиной зависимости (выбрать правильный ответ)

- а. не возникает
- б. протекает латентно
- в. протекает только с психическими расстройствами
- г. сопровождается интенсивными психическими и физическими нарушениями
- д. является кратковременным

1.128. Состояние отмены при опиной зависимости развивается (выбрать правильный ответ)

- а. не у всех
- б. уже через 8-12 часов после последней инъекции
- в. на высоте интоксикации
- г. очень медленно

1.129. Первыми признаками состояния отмены при опиной зависимости являются (исключить неверный ответ)

- а. расширение зрачков
- б. слезотечение
- в. насморк с чиханием
- г. боли в суставах
- д. нарушение сна и анорексия

1.130. Длительность острого периода нелеченного состояния отмены при опиной зависимости составляет (выбрать правильный ответ)

- а. несколько часов
- б. от 2 до 8 суток
- в. 1,5-2 месяца

д. несколько месяцев

1.131. Гашишная зависимость (выбрать правильный ответ)

- а. является одной из самых распространенных в нашем регионе
- б. регистрируется редко
- в. наблюдается только в подростковом возрасте
- г. не дает выраженной эйфории

1.132. Основной формой потребления гашиша являются (выбрать правильный ответ)

- а. курение (в чистом виде или в смеси с табаком)
- б. внутривенное введение
- в. добавление в национальные блюда в виде приправы
- г. вдухание порошка

1.133. В момент острой гашишной интоксикации наблюдаются (исключить неверный ответ)

- а. эйфория
- б. разнообразные расстройства восприятия
- в. изменение сознания (сужение, оглушение, сумеречное помрачение)
- г. псевдореминисценции

1.134. Основными проявлениями расстройств восприятия при острой гашишной интоксикации являются (исключить неверный ответ)

- а. нарушение восприятия пространства, размеров, цветов и т.д.
- б. яркость и эмоциональная насыщенность восприятия
- в. полное отсутствие восприятия
- г. парадоксальность восприятия

1.135. Основными вегетативными проявлениями острой гашишной интоксикации являются (исключить неверный ответ)

- а. гиперемия кожи и склер
- б. расширение зрачков
- в. сухость и першение во рту и глотке
- г. сужение зрачков

1.136. При выходе из гашишного опьянения обычно наблюдается (выбрать правильный ответ)

- а. судорожные расстройства
- б. булимия и полидипсия
- в. бредовые расстройства
- г. полная амнезия

1.137. Считается, что в нашем регионе гашишная зависимость (выбрать правильный ответ)

- а. практически отсутствует
- б. проявляется только в виде психологической зависимости
- в. возможно присоединение физической зависимости и состояния отмены
- г. может рассматриваться как вредная привычка

1.138. Основными проявлениями состояния отмены при гашишной зависимости в нашем регионе являются (исключить неверный ответ)

- а. расширение зрачков
- б. обильное слезо- и слюноотечение
- в. появление сенестопатий
- г. выраженные миалгии

1.139. Наиболее специфичным расстройством в состоянии отмены при гашишной зависимости является (выбрать правильный ответ)

- а. появление сенестопатий
- б. судорожный синдром
- в. формирование бредовых расстройств
- г. мышечные боли

1.140. На конечных стадиях гашишной зависимости обычно толерантность (выбрать правильный ответ)

- а. повышается
- б. снижается
- в. не меняется

## 6. Список разработчиков ООП

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	Нелюбова Тамара Алексеевна	К.м.н., доцент	Зав. кафедрой мед. психологии, психиатрии психотерапии	ГОУ ВПО КРСУ
2	Ким Александр Станиславович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры мед. психологии, психиатрии и психотерапии	ГОУ ВПО КРСУ
3	Полетаев Владислав Валерьевич		Ст. преподаватель кафедры мед. психологии, психиатрии и психотерапии	ГОУ ВПО КРСУ
По методическим вопросам				
1.	Зарифьян Анэс Гургенович	К.м.н., профессор	Декан медицинского факультета КРСУ	ГОУ ВПО КРСУ
2.	Тыныстановна Стелла Эркиновна		Зав. отделом последипломного медицинского образования и трудоустройства КРСУ	ГОУ ВПО КРСУ