

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения ПМР

К.В.Албул

2025г.



СОГЛАСОВАНО

Ученым советом факультета

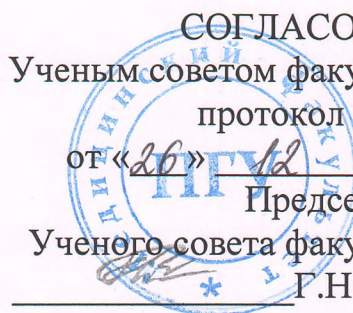
протокол № 6

от «26» 12 2024г.

Председатель

Ученого совета факультета

Г.Н.Самко



ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского профессионального
образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.21 ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – психиатр-нарколог

Трудоемкость: 108 часов-3з.е.

Сроки проведения: с 30 июня 2025г. по 12 июля 2025г.

Тирасполь, 2024

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 667 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от 28 11 2024г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии [подпись] Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

« 10 » 12 2024 г. (протокол № 4)

Председатель УМК [подпись] (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

« 26 » 12 2024 г. (протокол № 6)

Председатель УС [подпись] (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент

[подпись] Шуканова М.Ю.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
 - 4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
 - 4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
 - 4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
 - 6.1 Критерии оценки результатов тестирования
 - 6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
 - 6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
 - 7.1 Тестирование
 - 7.2 Практические навыки.
 - 7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач – психиатр-нарколог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология» завершается присвоением квалификации " врач – психиатр-нарколог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

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

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) 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 - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью 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 - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

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

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.21 «Психиатрия-наркология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Психиатрия-наркология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2,
2 этап - оценка практических навыков и умений	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки результатов тестирования

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично»,

«хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестирование: Приложение 1

7.2. Практические навыки: Приложение 2

7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Тюльпин, Ю. Г. Психические болезни с курсом наркологии [Текст] : [учеб. для мед. училищ и колледжей]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 484 с. : ил.
2. Иванец, Н. Н. Психиатрия и медицинская психология [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования] / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 895 с.
3. Психиатрия [Электронный ресурс] : национальное руководство / гл. ред. : Т. Б. Дмитриева и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1000 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
4. Шабанов, П. Д. Наркология [Электронный ресурс] : рук. для врачей / П. Д. Шабанов Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 830 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

Дополнительная литература:

1. Сергеев, И. И. Психиатрия и наркология : учеб. для студентов мед. вузов / И. И. Сергеев, Н. Д. Лакошина, О. Ф. Панкова. - М. : МЕДпресс-информ, 2009. - 750 с.
2. Наркология : нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; Т. В. Агибалова и др. ; под ред. Н. Н. Иванца и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 719 с. : ил. + CD. - (Национальные руководства).

3. Психиатрия : учеб. для студентов мед. вузов / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко, И. И. Сергеев. - 4-е изд. - Москва : МЕДпресс-информ, 2008. - 566 с.
4. Обухов, С. Г. Психиатрия : учеб. пособие / С. Г. Обухов ; под ред. Ю. А. Александровского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 346 с.
5. Хритинин, Д. Ф. Лекции по психиатрии [Текст] : [учеб. пособие для мед. вузов]. - Москва : Медицина, 2011. - 159 с.
6. Цыганков, Б. Д. Психиатрия [Текст] : учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 381 с.
7. Цыганков, Б. Д. Психиатрия [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 496 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
8. Иванец, Н. Н. Наркология [Электронный ресурс] : [учеб. пособие для высш. проф. образования] / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 232 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
9. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику : пер. с нем. - 2-е изд., испр. - М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2007. - 493 с. : табл. - (Классика и современность. Психиатрия).
10. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику [Электронный ресурс] : пер. с нем. / Э. Крепелин. - 4-е изд. (эл.). - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - 493 с. - (Классика и современность. Психиатрия). - <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
11. Нельсон, А. И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии [Электронный ресурс] / А. И. Нельсон. - 2-е изд. (эл.). - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - 369 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
12. Острые психические расстройства в интенсивной терапии [Текст] : практическое руководство для анестезиологов-реаниматологов, хирургов, неврологов и психиатров / [Г. Н. Авакян, М. В. Алексеев, О. Б. Букаев и др.] ; под ред. Б. Р. Гельфанда, В. Н. Краснова. - Москва : МИА, 2014. - 226 с.

1. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления

- а) повышенный аппетит
- б) нарушение сна
- в) расторможение влечений
- г) все перечисленные
- д) ни одно из перечисленных

2. Навязчивое чувство антипатии характеризуется

- а) возникающим, помимо воли и вопреки действительному отношению, чувству неприязни, ненависти, отвращения к человеку
- б) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства
- в) невозможностью избавиться от него
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

3. Навязчивые влечения характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) появления вопреки разуму, воли и чувству
- б) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие
- в) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного
- г) возникновения при этом страха, связанного с представлением о возможности подобных действий
- д) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления чуждого влечения

4. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
- б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
- в) наличия конкретного содержания
- г) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
- д) возможности быть всеохватывающим

5. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая

- а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей
- б) восприятие окружающей обстановки как безжизненной
- в) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя
- г) ощущение наблюдения себя как бы со стороны
- д) возможность утраты чувств, возможной утраты собственного Я

6. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме

- а) ощущения нереальности окружающего
- б) отчуждения мыслей, отчуждения чувств
- в) отчуждения действий, поступков
- г) отчуждения представлений, воспоминаний
- д) восприятия их как искусственно созданных воздействием извне

7. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая

- а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью
- б) убежденность в существующем заболевании
- в) подавленное настроение с сеностопатиями и мыслями о неизлечимой болезни
- г) бредовую убежденность в существовании несуществующей болезни
- д) разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения

8. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме

- а) твердой убежденности в некоем заболевании
- б) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т. д.
- в) наличия системы доказательств заболевания
- г) упорного требования обследования
- д) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения

9. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) несоответствия действительности
- б) доступности исправления, устранения путем убеждения
- в) искажения отражения действительности
- г) полного овладения сознания
- д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

10. Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) напряженного предчувствия надвигающейся катастрофы

- б) возникновения этого состояния после "кристаллизации бреда"
- в) необъяснимого мучительного беспокойства
- г) приобретения окружающим иного смысла
- д) восприятия себя и окружающего мира измененным

11. Истинным галлюцинациям свойственно

- а) непроизвольное возникновение представлений
- б) проецирование их вовне
- в) яркость, неотличимость от реальных предметов
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

12. Истинные зрительные галлюцинации могут быть

- а) бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой
- б) с величиной видений натуральной, уменьшенной, увеличенной
- в) бесцветные, цветные
- г) подвижные или неподвижные
- д) все перечисленные

13. Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) характера сделанности
- б) наличия вызываемых, показываемых видений, картин
- в) возникновения при нарушениях сознания
- г) бесформенности или отчетливой формы
- д) простоты или сценopodobности

14. Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме

- а) возникновения "внутренних", "сделанных", "мысленных" голосов
- б) звучания мыслей
- в) громких мыслей
- г) содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т. д.
- д) ощущения, что языком больного произносятся слова, фразы

15. Галлюцинаторный вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется

- а) преобладанием псевдогаллюцинации
- б) небольшим удельным весом психических автоматизмов
- в) незначительным удельным весом бреда преследования и воздействия
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

16. Бредовый вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется

- а) преобладанием бредовых идей воздействия и преследования
- б) большим удельным весом психических автоматизмов
- в) относительной слабостью выраженности псевдогаллюцинаторных расстройств
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

17. Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме

- а) состояния обездвиженности
- б) сохранения любого изменения позы
- в) резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу
- г) появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях
- д) исчезновения восковой гибкости в обратном порядке

18. Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме

- а) резчайшего мышечного напряжения
- б) постоянного пребывания в одной и той же позе
- в) явлений восковой гибкости
- г) пребывания чаще во внеуротробной позе
- д) появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях)

19. Импульсивные действия проявляются всем перечисленным, кроме

- а) характера сделанности
- б) совершения действия без контроля сознания
- в) возникновения при глубоком нарушении психической деятельности
- г) внезапного и стремительного начала
- д) немотивированного и бессмысленного действия

20. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме

- а) острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком
- б) бессмысленных двигательных возбуждений
- в) влечений, подчиняющих себе поведение больного
- г) сопровождающихся подавлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний

д) неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства

21. Онейроидная кататония проявляется

- а) экстатическим, импульсивным, гебефреническим возбуждением
- б) ступором с явлениями восковой гибкости, ступорозными состояниями
- в) онейроидным помрачением сознания
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

22. Третья стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) наплыва зрительных, обычно сценopodobных галлюцинаций
- б) хаотического беспорядочного возбуждения в пределах постели
- в) резкого двигательного возбуждения со страхом и тревогой
- г) наличия светлых промежутков с астенией
- д) усиления галлюцинаторных расстройств к вечеру

23. Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая

- а) совершение профессиональных движений
- б) хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
- в) невнятное бессвязное бормотание
- г) развитие на высоте возбуждения хореоформных гиперкинезов
- д) возможность развития карфологии

24. Профессиональный делирий проявляется

- а) более глубоким, чем при обычном делирии помрачением сознания
- б) преобладанием возбуждения в виде автоматизированных двигательных актов под наплывом галлюцинаций
- в) глубокой дезориентировкой в окружающей обстановке и отсутствием реакции на окружающее
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

25. Этапами развития онейроида являются все перечисленные, кроме

- а) экспансивного онейроида
- б) ориентированного онейроида
- в) фантастически-иллюзорного онейроида
- г) грезоподобного онейроида
- д) острой парафрении

26. Начальный этап развития онейроида проявляется

- а) лабильностью аффекта
- б) преобладанием пониженного настроения с оттенком капризности немотивированной тревоги, либо повышенного настроения с оттенком восторженности, экзальтации
- в) возникновении расстройства сна: чередования необычайно ярких сновидений с бессонницей, нарушениями аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

27. Этап острой фантастической парафрении проявляется всем перечисленным, кроме

- а) фантастических видоизменений предшествующих психических расстройств
- б) появления астенических расстройств
- в) приобретения фантастического содержания реальных событий
- г) возникновения фантастического ретроспективного бреда
- д) возникновения манихейского бреда

28. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются

- а) амбулаторные автоматизмы
- б) fuga или транс
- в) сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне)
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

29. Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами ("психотическая" форма) проявляется всем перечисленным, кроме

- а) сопровождается галлюцинациями, бредом и измененным аффектом
- б) возникает относительно постепенно
- в) восприятие больными окружающего искажено существованием бредовых расстройств
- г) слова и действия больных отражают существование патологических переживаний
- д) наблюдается грезоподобный бред с преобладанием визуализированных фантастических представлений

- 30. Особенности сумеречного помрачения сознания с продуктивными расстройствами является все перечисленное, исключая**
- а) оно бывает непрерывным и альтернирующим
 - б) продолжительность от нескольких часов до недель
 - в) амнезия после выхода из него бывает частичной, ретардированной или полной
 - г) отношение как к чуждым действиям, совершенным в период помрачения сознания
 - д) ориентированность в месте и времени
- 31. Эпилептическое состояние сопровождается**
- а) изменениями в сердечно-сосудистой системе
 - б) повышением температуры и другими сомато-вегетативными расстройствами
 - в) изменениями биохимии крови
 - г) ничем из перечисленного
 - д) всем перечисленным
- 32. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает следующие основные принципы**
- а) раннее начало лечения
 - б) комплексность терапевтических мер
 - в) применение дозированного наркоза
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
- 33. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме**
- а) абсансов
 - б) пропульсивных (акинетических)
 - в) ретропульсивных
 - г) импульсивных (миоклонических)
 - д) парциальных (джексоновских)
- 34. Абсансы (кратковременные состояния с внезапным выключением сознания) разделяются на**
- а) слабые просты
 - б) средние сложные
 - в) с автоматизированными действиями
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
- 35. К разновидностям пропульсивных припадков относятся все перечисленные, исключая**
- а) кивки
 - б) салам-припадки
 - в) клевки
 - г) амиотонические
 - д) молниеносные
- 36. Антероградная амнезия характеризуется**
- а) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
 - б) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
 - в) правильным поведением больных в этот, затем забытый период
 - г) ни одним из перечисленных утверждений
 - д) всеми перечисленными утверждениями
- 37. Фиксационная амнезия характеризуется**
- а) потерей способности запоминать
 - б) отсутствием памяти на текущие события
 - в) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
- 38. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая**
- а) ложные воспоминания
 - б) действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
 - в) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
 - г) патологические воображения в форме воспоминаний
 - д) сделанные воспоминания
- 39. Расстройство побуждений проявляется**

- а) повышением волевой активности
- б) понижением волевой активности
- в) отсутствием побуждений
- г) извращением волевой активности
- д) всем перечисленным

40. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме

- а) пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности
- б) скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности
- в) ослабления внимания, обеднения мышления
- г) ограничения общения вследствие снижения откликаемости
- д) повышения мышечного тонуса

41. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций
- б) однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
- в) трудности отделения главного от второстепенного
- г) жалоб на утрату способности к мышлению
- д) ощущения ослабления умственных способностей

42. Бессвязность мышления (инкогеренция) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) утраты способности к образованию ассоциативных связей, речи в виде беспорядочности набора слов
- б) наличия произвольно возникающего непрерывного и неуправляемого потока мыслей, наплыва образов, представлений
- в) утраты способности к отражению действительности в ее связях и отношениях
- г) потери способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу
- д) хаотически образующихся бессмысленных связей в мышлении

43. Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
- б) утраты способности отделения главного от второстепенного
- в) утраты способности отделения существенного от несущественного
- г) выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью
- д) снижения продуктивности мышления

44. Сужение объема мышления характеризуется всем перечисленным, исключая

- а) крайнюю ограниченность содержания мышления, обеднение темы
- б) сужение круга представлений
- в) нарушение целенаправленности мышления
- г) уменьшение подвижности мыслительных процессов
- д) затруднение переключения с одной темы на другую

45. Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме

- а) неожиданной остановки, перерыва мыслей
- б) внезапной блокады мыслей
- в) возникновения при кратковременном нарушении сознания
- г) того, что больные замолкают, утратив нить мысли
- д) возникновения при ясном сознании

46. Искажённое, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие определяется как

- а) ретардация
- б) асинхрония развития
- в) акселерация

47. К возможным причинам психического дизонтогенеза относится

- а) генетические факторы
- б) экзогенно-органические факторы
- в) длительное неблагоприятное воздействие микро-социально-психологического фактора
- г) разнообразные сочетания тех и других

48. Запаздывание или приостановка психического развития определяется как

- а) асинхрония развития
- б) акселерация
- в) ретардация
- г) высвобождение более ранних форм нервно-психического реагирования

49. Недоразвитие отдельных психических функций и форм познавательной деятельности - речи, счетных операций, пространственной ориентации можно отнести

- а) к общей (тотальной) ретардации

- б) к асинхронии психического развития
 - в) к дизонтогенезу по типу парциальной ретардации
- 50. Вариантом дизонтогенеза, соответствующим психическому инфантилизму, является**
- а) асинхрония
 - б) акселерация
 - в) тотальная психическая ретардация
 - г) парциальная психическая ретардация
- 51. За маской гиперкинетического синдрома с повышенной активностью, говорливостью, приподнятым настроением у детей может скрываться**
- а) гипомания
 - б) субдепрессия
 - в) гиперкомпенсаторные реакции
 - г) бредовая настроенность
- 52. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома с двигательной расторможенностью, неустойчивостью настроения, повышенной раздражительностью, церебрастеническими и невротоподобными расстройствами у детей следует оценить как**
- а) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома
 - б) энцефалопатический вариант гиперкинетического синдрома
 - в) гиперкинетический синдром при детской шизофрении
- 53. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома, при котором двигательная расторможенность и повышенная отвлекаемость сочетаются с личностными особенностями истероидного круга у детей, следует расценить как**
- а) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома
 - б) энцефалопатический вариант
 - в) гиперкинетический синдром при шизофрении
- 54. Основным признаком отличия страхов сверхценного содержания от навязчивых страхов является**
- а) содержание страхов отражает определенные объекты, вызвавшие недуг
 - б) представления об устрашающих объектах доминируют в сознании
 - в) ребенок убежден в обоснованности страхов и не пытается их преодолеть
- 55. Бредовый характер страхов помогает определить у ребенка следующий признак**
- а) страхи возникают вне зависимости от психотравмирующей ситуации
 - б) страхи обнаруживают склонность к постоянству
 - в) страхи не корректируются
 - г) бредовые страхи сочетаются с симптомами психотического уровня, например, с галлюцинациями
 - д) имеют значение все перечисленные признаки
- 56. Наиболее характерным признаком реактивных (ситуационных) уходов у детей является**
- а) нарушение влечений
 - б) аутистическая тенденция к одиночеству
 - в) личностные реакции протеста
- 57. К основным признакам мутизма как реакции протеста у детей следует отнести**
- а) в основе мутизма лежат сверхценные переживания (обида, ущемленное самолюбие и т. п.)
 - б) мутизм возникает в связи с психической травмой
 - в) мутизм сочетается с другими невротическими расстройствами
 - г) верно все перечисленное
- 58. Психопатологическую сущность состояния, при котором недовольство мнимым физическим недостатком усиливается, влияя на все поведение подростка и приобретая характер некорректируемого и даже нелепого убеждения (миловидная девушка утверждает, что у нее безобразная внешность) , следует оценить как**
- а) сверхценную дисморфофобию
 - б) навязчивую дисморфофобию
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
- 59. Состояние подростка в случае, если его увлечение вопросами биологии приобретает чрезмерный характер и возникает на основе воспитания односторонних интересов к биологии, следует оценить как**
- а) увлечение паранойяльного характера
 - б) увлечение сверхценного характера

в) навязчивые интересы и увлечения

60. Синдром односторонних интересов и увлечений наиболее часто наблюдается

- а) в дошкольном возрасте
- б) в младшем школьном возрасте
- в) в пубертатном периоде
- г) в юношеском возрасте

61. Выраженное, стойкое снижение аппетита с периодическим отказом от еды и рвотами у детей грудного возраста, а также у детей раннего и дошкольного возраста при резких изменениях режима питания, перекормливании, принудительном кормлении следует классифицировать как

- а) истинную анорексию
- б) психическую анорексию
- в) психологически понятную реакцию здорового ребенка

62. Состояние ребенка определяется высокой истощаемостью психических процессов наряду с повышенной раздражительностью, гиперстезией по отношению к физическим и психическим раздражителям. Его можно расценить как

- а) апато-абулический синдром
- б) субдепрессию
- в) астению

63. Длительное (недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как

- а) астенический синдром
- б) неврозоподобный синдром
- в) фобический синдром
- г) депрессивный синдром

64. После перенесенного гриппа у ребенка появилось стойкое снижение настроения с эмоциональной слабостью, истощаемостью внимания, вегетативно-сосудистой лабильностью. Это состояние следует оценить как

- а) постинфекционную астению
- б) депрессию
- в) дистрофическое состояние

65. У ребенка раннего возраста повышенная возбудимость вегетативной нервной системы, сниженный аппетит, частые нарушения сна, пугливость, склонность к страхам. Указанное состояние следует расценить как

- а) астено-невротическое
- б) невропатию
- в) невроз испуга
- г) шизотипический дизонтогенез

66. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте

- а) подростковом
- б) зрелом
- в) старческом
- г) одинаково во всех возрастных группах

67. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме

- а) неврозоподобных расстройств
- б) бредовых расстройств
- в) галлюцинаторно-бредовых расстройств
- г) судорожного синдрома
- д) верно а) и г)

68. Специфическими, встречающимися только при шизофрении, являются следующие расстройства

- а) синдром Кандинского - Клерамбо
- б) псевдогаллюцинации
- в) интерпретативный бред
- г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

69. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме

- а) снижения энергетического потенциала
- б) эмоционального обеднения
- в) нарастающей интравертированности
- г) утраты единства психических процессов
- д) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов

70. Для мышления больных шизофренией характерно

- а) замедление ассоциативного процесса
- б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
- в) обстоятельность
- г) ускорение ассоциативного процесса
- д) все перечисленное

71. Простой вариант злокачественной шизофрении характеризуется

- а) гебефреническим синдромом
- б) кататоническим синдромом
- в) симплекс-синдромом
- г) бредовыми синдромами
- д) аффективными синдромами

72. Для симплекс-синдрома в отличие от обычного пубертатного криза характерны

- а) негативизм к родителям
- б) максимализм в суждениях
- в) выраженные аффективные проявления
- г) отсутствие ярких эмоциональных реакций и феномен метафизической интоксикации

73. Вариант злокачественной шизофрении с развитием на фоне симплекс-синдрома полиморфной, психотической симптоматики, без преобладания какого-либо синдрома называется

- а) простой шизофренией
- б) параноидной шизофренией
- в) гебондофренией
- г) гебефренической шизофренией
- д) люцидной кататонией

74. При параноидной шизофрении начало заболевания наиболее часто приходится

- а) на юношеский возраст
- б) на детский возраст
- в) на зрелый возраст
- г) на период инволюции
- д) на поздний возраст

75. Наиболее адекватно отражают принадлежность эндогенного процесса к параноидной шизофрении следующие критерии

- а) преобладание бредовых расстройств в клинической картине болезни и характерная последовательность их развития
- б) отсутствие приступообразности, фазности в течении болезни
- в) выраженные аффективные расстройства (психотические мании, депрессии)
- г) признаки расстроенного сознания
- д) верно а) и б)

76. Понятие "первичное патологическое влечение к алкоголю" соответствует утверждению

- а) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации
- б) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации
- в) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы
- г) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса

77. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме

- а) изменения суждений больного
- б) направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер
- в) доминирующего характера поведения

- г) формирования жизненных позиций под влиянием влечения
- д) сохранения критики к своему состоянию и окружающему

78. Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, кроме

- а) ощущения общего недомогания, слабости
- б) изменения аппетита
- в) ощущения жажды
- г) потливости
- д) уменьшения частоты курения

79. Наиболее часто встречающимися при актуализации патологического влечения к алкоголю признаками изменения психического состояния являются все перечисленные, кроме

- а) неустойчивости настроения
- б) нарушения сна, появления в сновидениях алкогольной тематики
- в) повышения истощаемости
- г) беспричинной напряженности, затруднений при попытке расслабиться
- д) переключения интересов на занятия типа "хобби"

80. Для симптома ситуационно-обусловленного первичного влечения к алкоголю характерно все перечисленное, кроме

- а) появления на начальных стадиях заболевания
- б) связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношения к профессиональной деятельности)
- в) оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя
- г) невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм

81. Для судорожных припадков в структуре алкогольного абстинентного синдрома, в отличие от эпилепсии, характерно все перечисленное, кроме

- а) преобладания тонической фазы в картине припадка
- б) стереотипности припадков
- в) развития психомоторного возбуждения после припадка
- г) отсутствия на ЭЭГ характерных для эпилепсии изменений

82. Для абстинентного алкогольного синдрома с психическими расстройствами характерно все перечисленное, кроме

- а) депрессивно-тревожного аффекта с пугливостью
- б) расстройства сна, сопровождающегося кошмарными сновидениями
- в) тревожно-параноидной установки
- г) вербального галлюциноза
- д) рудиментарных зрительных галлюцинаций

83. Для абстинентного алкогольного синдрома с обратимыми психоорганическими расстройствами характерно все перечисленное, кроме

- а) мнестических расстройств с утратой критики к своему состоянию и окружающему
- б) колебаний аффекта от благодушия, эйфории до немотивированной злобы
- в) атаксии, генерализованного тремора, пирамидных знаков
- г) обстоятельности мышления, бедности речи
- д) расстройства схемы тела

84. Алкогольный абстинентный синдром отличается от абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании всем перечисленным, кроме

- а) сроков формирования
- б) тяжести клинических проявлений
- в) напряженности аффекта, дистрофичности
- г) наличия вегетативных расстройств
- д) наличия постоянной судорожной готовности

85. Боли в крупных суставах и желудке в структуре абстинентного синдрома характерны для хронической интоксикации

- а) алкоголем
- б) опиатами
- в) препаратами конопли
- г) барбитуратами

86. Взаимосвязь между алкоголизмом и туберкулезом легких обусловлена

- а) снижением местной защиты легких в связи с алкогольной интоксикацией
- б) развитием функциональных и органических изменений в ЦНС и внутренних органах, иммунной системе
- в) неполноценным питанием, нарушением обмена веществ
- г) снижением общей резистентности организма
- д) всем перечисленным

87. К изменениям кожных покровов при алкоголизме относится все перечисленное, кроме

- а) расширения поверхностных сосудов кожи
- б) гиперемии кожи лица
- в) трофических язв
- г) меланоза
- д) "сосудистых звездочек" и участков депигментации

88. Нарушение зрения при алкоголизме проявляется всем перечисленным, кроме

- а) амблиопии
- б) сужения полей зрения
- в) нарушения темновой адаптации
- г) нарушения цветового зрения
- д) атрофии зрительного нерва

89. Неврологические проявления алкоголизма включают в себя все перечисленное, кроме

- а) полиневропатии
- б) синдрома рассеянного энцефаломиелита
- в) судорожного синдрома
- г) гипоталамического синдрома с вегетативно-сосудистыми пароксизмами
- д) паркинсоноподобного синдрома

90. Среди патогенетических механизмов неврологических нарушений при алкоголизме выделяют все перечисленные, кроме

- а) токсических и деструктивных процессов, обусловленных токсическими эффектами этанола
- а) повышения внутричерепного давления
- в) гидроцефалического синдрома
- г) воспалительных процессов в головном и спинном мозгу

91. Термин "наркотическое" средство включает в себя следующие критерии

- а) медицинский
- б) социальный
- в) юридический
- г) все перечисленные

92. Термин "наркотик" применим

- а) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими
- б) ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость
- в) и к тем, и к другим
- г) ни к тем, ни к другим

93. В настоящее время для наркоманий характерны все перечисленные тенденции, исключая

- а) появление новых форм наркотиков, смену их
- б) склонность к комбинированному приему наркотиков
- в) рост числа женщин, злоупотребляющих наркотиками
- г) преимущественное употребление средств растительного происхождения
- д) появление новых путей введения наркотиков

94. Чаще всего наркомания формируется у лиц

- а) с дефектами воспитания
- б) с личностными девиациями
- в) с нарушениями социальной адаптации
- г) со всем перечисленным
- д) ни с чем из перечисленного

95. Больным наркоманией в преморбиде присущи все перечисленные особенности, кроме

- а) черт психического инфантилизма
- б) высокой частоты перинатальной и ранней постнатальной патологии
- в) затруднений в социальной адаптации
- г) различных психопатологических расстройств (логоневроз, невротические реакции, гипердинамический синдром и др.)
- д) паранойяльности

96. I фаза абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характеризуется

- а) ознобом
- б) гипергидрозом
- в) бессонницей
- г) миозом
- д) чувством неудовлетворенности, беспокойством

97. Для II фазы абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характерно все перечисленное, исключая

- а) гиперрефлексию
- б) мышечную гипертензию
- в) мелкий тремор
- г) подъем артериального давления
- д) сонливость

98. В III фазе абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании появляются все перечисленные симптомы, кроме

- а) болей в желудке
- б) болей в кишечнике
- в) рвоты, поноса
- г) болей в крупных суставах
- д) коллапсов

99. Апогей абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характеризуется

- а) разрядкой напряженной дисфории
- б) появлением судорожных припадков
- в) депрессией
- г) развитием делирия или галлюцинаторно-бредовых психозов
- д) усилением двигательной и аффективной подвижности

100. Барбитуровый делирий отличается от алкогольного всем перечисленным, исключая

- а) меньшее двигательное возбуждение
- б) интенсивную цветовую окрашенность галлюцинаторных образов
- в) отсутствие "скачущего" аффекта
- г) менее глубокую степень помрачения сознания
- д) развивающиеся эпилептиформные припадки, не заканчивающиеся сном

Приложение 2

1. Проведение первичного психиатрического освидетельствования больных на дому и в стационаре.
2. Уметь правильно госпитализировать психически больного согласно закона ПМР «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
3. Умения использовать рубрики (а,б,в) статьи 29. Закона «О психиатрической помощи» при недобровольной госпитализации психически больных в психиатрический стационар.
4. Умение вести беседу с родственниками больного. Принципы соблюдения врачебной тайны и принципы информированного согласия.
5. Умение пользоваться МКБ -10. Перечислить 9 диагностических рубрик (f0-f9) МКБ-10 раздела психических и поведенческих расстройств человека.
6. Методика проведения опроса больного, анализа анамнестических сведений (субъективных и объективных).
7. Методы купирования острого психомоторного возбуждения.
8. Методы предупреждения суицидальных действий больных.
9. Методы психологического обследования психически больных.
10. Умение правильно оценить клиническую ясность сознания у психически (наркологически) больного.
11. Выявление особенностей патологии мышления психически больного, имеющих наибольшую социальную опасность.
12. Умение оценить уровень интеллектуально-мнестической деятельности психически больного.
13. Процедура проведения проб на выявление галлюцинаторной готовности (к зрительным и слуховым галлюцинациям).
14. Умение диагностировать клинические признаки: а) простого алкогольного опьянения б) наркотического опьянения.
15. Навыки проведения медицинского освидетельствования для установления состояния опьянения, варианты заключений.
16. Методика забора материала для определения концентрации алкоголя в крови и моче, умение интерпретировать результат.
17. Умение оказать помощь больному при большом эпилептическом приступе.
18. Умение купировать эпилептический статус.
19. Метод купирования и борьбы с отказом от пищи психически больных.
20. Купирование острого нейролептического синдрома.
21. Умение оказать помощь гериатрическому контингенту в психиатрии.
22. Составление клинической стационарной и амбулаторной истории болезни на психического (наркологического) больного.
23. Практическое освоение организации системы диспансерного наблюдения (консультативное) психически больных на врачебном участке.
24. Практическое освоение организации системы диспансерного наблюдения (консультативное) наркологически больных на врачебном участке.
25. Методика опроса наркологического больного, сбор наркологического анамнеза.
26. Умение использовать закон ПМР «О социальной реабилитации больных, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» при постановке на учет и динамическом наблюдении за наркологическими больными.
27. Выявление диагностических критериев, основных синдромов в наркологии.
28. Оказание первой помощи при передозировке опиатами.
29. Проведение детоксикации и многопрофильной инфузионной терапии с коррекцией водных потерь, КЩС, электролитного обмена и т.д. при неотложных состояниях в наркологии (острые отравления алкоголем и психоактивными веществами, тяжелый абстинентный синдром, психоз и др.).
30. Умение диагностировать стадии алкогольной зависимости, их клинические критерии.
31. Навыки диагностики и ведение пациентов с алкогольным абстинентным синдромом.
32. Навыки диагностики и ведение пациентов с алкогольным делирием.
33. Навыки диагностики и ведение пациентов с алкогольным галлюцинозом.
34. Навыки диагностики и ведение пациентов с алкогольными бредовыми расстройствами.
35. Навыки диагностики и ведение пациентов с Корсаковским психозом.
36. Основные принципы лечения пациентов с алкогольной, наркотической зависимостью. Психотерапия.
37. Проведение санитарно-просветительской работы по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами.
38. Умение использовать основные методики первичной и вторичной профилактики наркологических расстройств у населения.
39. Обосновать назначение основных лабораторно-инструментальных методов обследования.
40. Навык оценки морфологических и биохимических показателей крови, мочи, ликвора и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХОграфии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Эпидемиология наркологических заболеваний.
2. Организация наркологической помощи.
3. Правовые аспекты психиатрии-наркологии.
4. Медицинская этика и деонтология в психиатрии-наркологии.
5. Классификация психопатологических расстройств. Классификация расстройств психической деятельности. Психические и поведенческие расстройства в МКБ-10.
6. Генетические и биологические основы психических расстройств.
7. Лабораторные, генетические и морфологические методы обследования пациентов в психиатрии и наркологии.
8. Врачебно-трудовая, военная, судебно-психиатрическая экспертиза.
9. Общая психопатология. История и современное состояние проблемы классификации психопатологических синдромов.
10. Социальная психиатрия (задачи, методы, направления).
11. Генетические и биологические основы психических расстройств.
12. Клинико-психопатологические методы исследования в психиатрии. Методы стандартизации психиатрического диагноза; диагностические шкалы.
13. Патопсихологические методы исследования, общая характеристика, особенности при отдельных психических расстройствах. Понятие патопсихологического синдрома.
14. Методики патопсихологического исследования внимания.
15. Методики патопсихологического исследования памяти.
16. Методики патопсихологического исследования интеллекта.
17. Методики патопсихологического исследования мышления.
18. Методики патопсихологического исследования личности.
19. Симптоматология и синдромология расстройств восприятия, их классификация. Особенности расстройств восприятия при различных психотических состояниях.
20. Клиническая характеристика отдельных свойств памяти. Симптоматология и синдромология расстройств памяти. Клинические особенности нарушения памяти при различных заболеваниях. Амнестический корсаковский синдром.
21. Основные симптомы расстройств ассоциативного процесса мышления. Расстройства мышления: ментизм, разорванность, бессвязность и др. Сверхценные и бредовые идеи (определение, клиническое содержание).
22. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Диагностическое значение и структура бредовых синдромов. Возрастная динамика. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо), клиническая характеристика.
23. Обсессивно-компульсивные расстройства. Определение, клинические разновидности.
24. Интеллект: сущность понятия, определение. Расстройства интеллекта. Психоорганический синдром: причины, клинические варианты. Деменция: степени и клинические характеристики.
25. Умственная отсталость: определение понятия, диагностика, клиническая характеристика. Профилактика, лечение, реабилитация больных умственной отсталостью.
26. Невротические и неврозоподобные синдромы.
27. Эмоционально-волевые расстройства. Аффективные расстройства. Кататонические синдромы.
28. Внимание. Психологическая характеристика и основные расстройства. Эмоции. Виды эмоциональных проявлений и их классификация. Симптоматика расстройств эмоций.
29. Маниакальный синдром, формы и клинические варианты. Клинические формы депрессивных состояний.
30. Психология влечений, клиническое значение проблемы. Основные психопатологические симптомы расстройств влечений. Основные формы нарушения влечений у пациентов.
31. Клинические проявления психомоторного возбуждения. Психопатоподобный синдром.
32. Кататонические синдромы.
33. Расстройства личности и акцентуации личности: понятие, основные клинические типы. Методы врачебной и социальной помощи при расстройствах личности.
34. Клиническая характеристика судорожных пароксизмов. Бессудорожные эпилептические пароксизмы. Сумеречные расстройства сознания. Прогрессирующие изменения личности при неблагоприятно текущей эпилепсии.
35. Нарушения сознания (симптомы, синдромы). Синдромы «выключения» сознания. Кома.
36. Нарушения сознания (симптомы, синдромы). Синдромы помрачения сознания. Делириозный синдром. Аментивный синдром.
37. Психические расстройства при острых и хронических соматических и инфекционных заболеваниях (экзогенные типы реакции по Бонгефферу).
38. Психосоматические и соматопсихические расстройства.

39. Изменения личности у лиц, злоупотребляющих ПАВ.
40. Основы клинической психофармакологии.
41. Клинические основы суицидологии.
42. Аддиктивное поведение.
43. Неотложные состояния в психиатрической практике.
44. Шизофрения. Возрастные особенности шизофрении (детский, подростковый, поздний вариант). Формы, типы течения шизофрении (в исторической динамике и в различных клинических школах). Диагностика, лечение, реабилитация больных шизофренией.
45. Биполярное аффективное расстройство.
46. Эпилепсия и эпилептиформный синдром. Диагностика, лечение, реабилитация больных эпилепсией.
47. Эпилептический статус. Клиническая характеристика, купирование эпилептического статуса.
48. Психические расстройства при острых и хронических соматических и инфекционных заболеваниях (экзогенные типы реакции по Бонгефферу).
49. Сифилис мозга (клинические варианты). Стадии течения и формы прогрессивного паралича. Диагностика и лечение сифилитических поражений головного мозга.
50. Психические расстройства в остром периоде черепно-мозговой травмы. Психические нарушения в стадии отдаленных последствий черепно-мозговой травмы.
51. Значение общемозговых и очаговых симптомов, психических расстройств для клиники и топической диагностики объемных процессов головного мозга.
52. Классификация основных форм церебрально-сосудистой патологии. Общечеребральные расстройства на различных стадиях сосудистой патологии. Острые и хронические психозы сосудистого генеза.
53. Инфекционные заболевания у наркологических больных: гепатиты, ВИЧ/СПИД и др. Туберкулез и алкоголизм, их взаимообусловленность.
54. Изменения личности у лиц, злоупотребляющих ПАВ.
55. Психические расстройства при первично-дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга, общие закономерности течения и исходов. Болезнь Альцгеймера; Пика; хорея Гентингтона. Клиника, дифференциальная диагностика.
56. Расстройства психической деятельности в старческом возрасте. Сенильный психоз. Психопатологическая симптоматика на различных этапах течения. Лечение возрастных психозов.
57. Расстройства личности (психопатии) и акцентуации личности: понятие, основные клинические типы. Психопатоподобные расстройства. Методы врачебной и социальной помощи при расстройствах личности.
58. Клинические основы суицидологии.
59. Аддиктивное поведение.
60. Неотложные состояния в психиатрической практике.
61. Общая патология и патогенез наркологических заболеваний: Нейрохимические основы деятельности мозга. Метаболизм этанола. Механизмы его токсического действия.
62. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ. Генетика алкоголизма и наркоманий. Социально-психологические факторы патогенеза наркологических заболеваний.
63. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза при наркологических заболеваниях. Судебно-наркологическая экспертиза.
64. Соматоневрологические нарушения у лиц, злоупотребляющих ПАВ.
65. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения.
66. Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ.
67. Дифференциальный диагноз психотических расстройств при передозировке ПАВ и других состояниях.
68. Основы клинической психофармакологии.
69. Закон ПМР «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
70. Закон «Об охране здоровья граждан».
71. Закон ПМР «Об обращениях граждан».
72. Постановление ВС ПМР «О социальной реабилитации больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией».
73. Приказ МЗ ПМР 695 от 12.08.2020 «Об утверждении «Правил госпитализации в ЛПУ. Об утверждении Правил приема пациентов в государственных лечебно-профилактических учреждениях стационарного типа».
74. Приказ МЗ ПМР № 1051 от 14.12.2022г. «Об утверждении Классификации и критериев, используемых при осуществлении врачебной экспертизы жизнеспособности граждан Приднестровской Молдавской Республики государственным учреждением «Республиканским консилиумом врачебной экспертизы жизнеспособности» и его филиалами».
75. Приказ МЗ и СЗ ПМР №541 от 06.11.2009 «Об организации экспертизы временной нетрудоспособности».

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструктивным ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез и патоморфология туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Алгоритм диагностики туберкулеза.
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза в практике врача-невролога, психиатра, нарколога: туберкулезный менингит, генерализованный милиарный туберкулез, «скоротечная чахотка».
4. Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями: ВИЧ-инфекция, хронический алкоголизм, наркомания, сахарный диабет и др. Трудности диагностики.
5. Профилактика туберкулеза: социальная, санитарная, специфическая. Группы риска по заболеванию туберкулезом.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.
7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?

8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9. Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация, сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12. От чего зависит полнота учета заболеваемости?