

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

« 4 » 01 20 24 г.

СОГЛАСОВАНО

Ученым советом факультета

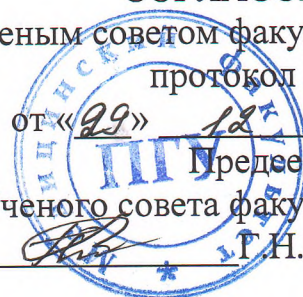
протокол № 5

от « 29 » 12 2023 г.

Председатель

Ученого совета факультета

Г.Н.Самко



ПРОГРАММА

ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского профессионального
образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.20 ПСИХИАТРИЯ**

Квалификация выпускника: врач – психиатр

Трудоемкость: 108 часов-3з.е.

Сроки проведения: 24.06.24 - 6.07.24

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 712 от 13.08.2021г. «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» ноября 2023г.
Заведующий кафедрой Терапии с циклом фтизиатрии _____ Лосева Н.Г.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«12» 12 2023 г. (протокол № 4)

Председатель УМК _____ (А.В. Васильчук)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«29» 12 2023г. (протокол № 5)

Председатель УС _____ (Г.Н. Самко)

Программу составили:

Ассистент

_____ Шуканова М.Ю.

Ассистент

_____ Коломан Б.Н.

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 31.08.20 «Психиатрия».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.20 «Психиатрия», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - акушер-гинеколог).

— 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 31.08.20 «Психиатрия» завершается присвоением квалификации " врач - психиатр".

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 – 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 нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи, – ПК6;

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

г) реабилитационная деятельность:

1) готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации – ПК8;

2) 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 – ПК12.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.20 «Психиатрия» 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 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
3 этап – устный экзамен по дисциплине	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

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 (малозначительные 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

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

Основная литература:

1. Хритинин, Д. Ф. Лекции по психиатрии [Текст] : [учеб. пособие для мед. вузов]. - Москва : Медицина, 2011. - 159 с.
2. 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>.
3. Тюльпин, Ю. Г. Психические болезни с курсом наркологии [Текст] : [учеб. для мед. училищ и колледжей]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 484 с. : ил.
4. 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.
5. 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). - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
6. 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>.
7. Исаев, Д. Н. Психиатрия детского возраста [Электронный ресурс] : психопатология развития : [учеб. для вузов] / Д. Н. Исаев. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013. – 470 с. - URL : <http://e.lanbook.com>.

Дополнительная литература:

1. 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.
2. Обухов, С. Г. Психиатрия : учеб. пособие / С. Г. Обухов ; под ред. Ю. А. Александровского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 346 с.
3. Психиатрия [Текст] : нац. рук. / Ассоц. мед. о-в по качеству ; Александровский Ю. А. и др. ; гл. ред. Т. Б. Дмитриева и др., отв. ред. Ю. А. Александровский. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2009. - 992 с. : ил. + CD. - (Национальные руководства).
4. 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.
5. Сергеев, И. И. Психиатрия и наркология : учеб. для студентов мед. вузов / И. И. Сергеев, Н. Д. Лакосина, О. Ф. Панкова. - М. : МЕДпресс-информ, 2009. - 750 с.
6. Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст] : в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Т. 3 : Клиническая гериатрия / [С. Н. Авдеев, В. В. Аникин, В. Н. Анохин и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
7. Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст] : в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Т. 4 : Клиническая гериатрия / [В. М. Аксенов, В. Ф. Антонив, Б. Я. Барт и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008.
8. Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст] : в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Т. 1 : Основы геронтологии; Общая гериатрия / [С. Г. Абрамович, Г. П. Арутюнов, А. И. Арчаков и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
9. Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст] : в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Т. 2 : Введение в клиническую гериатрию / [М. Х. Абулов, Н. А. Агаджанян, О. В. Александров и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
10. 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>.
11. Патогенетическое обоснование комплексной реабилитации экологически обусловленных нарушений интеллекта у детей : пособие для врачей / Читин. гос. мед. акад. ; Н. В. Говорин, Т. П. Злова, Е. В. Абашкина и др. - Чита : Читин. гос. мед. акад., 2007. - 44 с.
12. Минутко, В. Л. Шизофрения / В. Л. Минутко. - Москва ; [Курск?] : Курск, 2009. - 687 с.
13. 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. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) физической истощаемости
- б) психической истощаемости
- в) фиксационной амнезии
- г) аффективной лабильности

2. Классическая депрессивная триада характеризуется

- а) эмоциональным торможением
- б) двигательным торможением
- в) идеаторным торможением
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

3. К соматическим признакам депрессии относятся

- а) запоры
- б) дисменоррея
- в) похудание
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

4. К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме

- а) гневливой мании
- б) веселой мании
- в) спутанной мании
- г) мании с чувственным бредом
- д) непродуктивной мании

5. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая

- а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка)
- б) навязчивый счет
- в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т. д.
- г) навязчивое чувство антипатии
- д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов

6. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме

- а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями
- б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли
- в) имеющих значение заклинаний, защиты
- г) воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости

7. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
- б) нарушения сознания
- в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я
- г) расстройства самосознания витальности и активности
- д) расстройства самосознания целостности

8. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме

- а) ощущения расстройства "схемы тела" (увеличения и смещения)
- б) нарушения осознания себя как единого неразрывного целого
- в) возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх
- г) сосуществования двух несогласованных Я, находящихся в постоянном противоречии
- д) возможности отчуждения частей собственного тела

9. Деревализация характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства
- б) чувства призрачности окружающего
- в) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым
- г) утраты чувства действительности
- д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей

10. 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

11. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме

- а) припадка с клонической и тонической фазой
- б) разнообразных сложных, выразительных движений
- в) сопровождающегося помрачением сознания
- г) психогенной обусловленности
- д) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг

12. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов
- б) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места
- в) наличия выраженного аффективного напряжения
- г) склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать
- д) целиком ошибочных, неправильных умозаключений

13. 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

14. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием

- а) все происходящее сделано специально
- б) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
- в) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
- г) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных
- д) всем перечисленным

15. Истинным галлюцинациям свойственно

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

16. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме

- а) ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов
- б) ощущения присутствия в теле живых существ
- в) наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах
- г) возможности точного описания своих ощущений
- д) ощущения, что эти предметы неподвижны, шевелятся

17. Гипнагогические галлюцинации проявляются в виде видений

- а) произвольно возникающих перед засыпанием
- б) возникающих при закрытых глазах

- в) возникающих на темном поле зрения
- г) всех перечисленных
- д) ни одного из перечисленных

18. 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

19. Галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется

- а) сочетанием бреда преследования, воздействия
- б) психическими автоматизмами и псевдогаллюцинациями
- в) разнообразностью по содержанию (от идеи колдовства и гипноза до самых современных методов преследования)
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

20. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме

- а) мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности
- б) ментизма, симптома открытости, звучания мыслей
- в) сделанных неприятными ощущения
- г) отнятия мыслей, сделанных мыслей, разматывания воспоминаний
- д) сделанных настроением, сделанных чувствами

21. Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме

- а) крайне неприятных ощущений, возникающих в результате мнимого воздействия посторонних сил
- б) разнообразного характера сделанных ощущений
- в) сделанного настроения, сделанного чувства
- г) чувства сделанного жара или холода, болезненных ощущений в разных частях тела
- д) необычности, вычурности ощущений

22. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме

- а) убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
- б) убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
- в) отнятия мыслей, разматывания воспоминаний
- г) проявления ощущения неподвижности, оцепенения
- д) речедвигательных автоматизмов

23. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме

- а) сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменениями аффекта
- б) правдоподобности высказываний
- в) очевидности для больных, неоспоримости их утверждений
- г) склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
- д) антагонистического бреда

24. Острая парафрения проявляется всем перечисленным, кроме

- а) развития острого чувственного бреда с псевдогаллюцинациями и нестойкими конфабуляциями, нестойкостью, изменчивостью бредовых идей
- б) склонности к развитию на высоте сумеречного помрачения сознания
- в) яркости аффекта
- г) возникновения острого фантастического и антагонистического бреда
- д) склонности к развитию на ее высоте онейроида

25. Хроническая парафрения проявляется

- а) стабильностью бреда
- б) монотонностью аффекта
- в) сравнительно небольшим удельным весом чувственного бреда
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

26. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме

- а) обездвиженности застывшего амимичного лица
- б) выраженного депрессивного аффекта
- в) повышения мышечного тонуса
- г) длительно сохранения одной позы
- д) отказа от речи, негативизма

27. 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

28. Раптус проявляется

- а) в наиболее выраженной форме двигательного возбуждения
- б) в неистовом возбуждении внезапно прерывающемся заторможенностью
- в) в том, что больные мечутся, кричат, нанося себе повреждения
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

29. Гебефреническое возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме

- а) дурашливости, гримасничания
- б) преобладания выражения восторга, экстаза
- в) нелепого, бессмысленного хохота
- г) прыжков, кривляния
- д) неуместных плоских шуток

30. Неотложная помощь при остром галлюцинаторно-бредовом, галлюцинаторном и парафреническом состоянии заключается

- а) в неотложной госпитализации
- б) в купировании возбуждения нейролептиками седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен)
- в) в купировании психотической симптоматики нейролептиками- антипсихотиками (галоперидол, стелазин и т. д.)
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

31. Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме

- а) неотложной госпитализации
- б) инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, лепонекс)
- в) применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил)
- г) применения ЭСТ
- д) применения антидепрессантов

32. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) кататонических включений
- б) помрачения сознания
- в) наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций
- г) резко выраженных двигательных возбуждений
- д) при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств

33. 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

34. 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

35. Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме

- а) интоксикаций (алкоголь, угарный газ и т. д.)
- б) расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности)
- в) черепно-мозговых травм
- г) сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы
- д) фебрильной шизофрении

36. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется всем перечисленным, исключая

- а) полную отрешенность больных от окружающего
- б) видоизменение и перевоплощение своего Я
- в) фантастическое содержание переживаний
- г) дисмнестические расстройства
- д) глубокое расстройство самосознания

37. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются

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

38. Патологическое просонное состояние (опьянение сном) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) возникает при замедленном пробуждении и от глубокого сна, сопровождается яркими, в том числе кошмарными сновидениями
- б) сознание остается заторможенным при освобождении функций, относящихся к движению
- в) ярко помнятся сновидения, воспринимаемые за действительность, сновидения переплетаются с неправильным восприятием окружающего
- г) заканчиваются сном и последующим сохранением в памяти обрывков бывших сновидений
- д) состояния носят характер сделанности

39. К вариантам больших судорожных припадков относятся все следующие, кроме

- а) большого судорожного припадка
- б) атипичных (рудиментарных) форм больших припадков
- в) джексоновского припадка
- г) адверсивного судорожного припадка
- д) мезэнцефального припадка

40. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме

- а) абсансов
- б) пропульсивных (акинетических)
- в) ретропульсивных

- г) импульсивных (миоклонических)
- д) парциальных (джексоновских)

41. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме

- а) дисмнезии
- б) амнезии
- в) конфабуляции
- г) парамнезии
- д) сделанных воспоминаний

42. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
- б) потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
- в) невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
- г) распространения подобного забвения на различный период

43. 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

44. 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

45. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая

- а) отсутствие побуждения
- б) утраты желания
- в) полную безучастность и бездеятельность
- г) прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
- д) отказ от речи (мутизм)

46. Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая

- а) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени
- б) более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления
- в) бесплодного мудрствования
- г) преобладание образных представлений над абстрактными идеями
- д) возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений

47. 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

48. 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

49. 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

50. Паралогическое мышление характеризуется всем перечисленным, исключая

- а) соединение несопоставимых обстоятельств, явлений, положений
- б) длительное преобладание одной какой-либо мысли, представления
- в) объединение противоречивых идей, образов, утрату логической связи
- г) произвольную подмену одних понятий другими
- д) соскальзывание с основного ряда мышления на побочный

51. Дерезализационные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме

- а) ослабления олицетворения неодушевленных предметов (окружающее лишено эмоционального резонанса, безжизненно, мертво)
- б) неспособности определять год, месяц, число, время года, день недели
- в) восприятия окружающего зловеще-настороженным, мистически таинственным, необычно радостным
- г) возникновения ощущения, что рядом кто-то находится, что непосредственно переживается, с одновременным осознанием ошибочности возникающего чувства
- д) нарушения способности восприятия в виде невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего

52. 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

53. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме

- а) концентрического сужения полей зрения
- б) психогенной слепоты (амавроза)
- в) утраты слуха
- г) гипестезии и анестезии участков тела
- д) наличия характера сделанности этих расстройств

54. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) возникновения в памяти всего периода истерического изменения сознания
- б) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку
- в) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных
- г) звучания психотравмирующей ситуации
- д) возможности возникновения нестойких бредоподобных идей

55. 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

56. Педункулярный галлюциноз характеризуется

- а) наличием движущихся микроскопических зрительных галлюцинаций
- б) отсутствием страха у больных, отсутствием тягостных ощущений
- в) возникновением чаще в вечернее время
- г) возникновением чаще при поражениях среднего мозга, ножек мозга
- д) всем перечисленным

57. 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

58. Систематизированная парафрения характеризуется

а) систематизированным фантастическим бредом величия

б) сочетанием с антагонистическим бредом

в) сочетанием с бредом преследования

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

59. Конфабуляторная парафрения характеризуется

а) обильными фантастическими конфабуляциями

б) наличием симптома разматывания воспоминаний

в) отсутствием нарушений памяти

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

60. Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме

а) неполной обездвиженности

б) ложных воспоминаний

в) более или менее выраженного мутизма

г) продолжительного сохранения одного и того же положения тела

д) неестественных, вычурных поз

61. Обнубиляция проявляется

а) замедленностью реакций, в первую очередь, речевых

б) появлением "облачности сознания", "вуали на сознании"

в) частой беспечностью настроения

г) продолжительностью от минут до длительного времени

д) всем перечисленным

62. Сомнолентность проявляется всем перечисленным, кроме

а) состояния полусна (большую часть времени лежит с закрытыми глазами)

б) отсутствия спонтанной речи

в) конфабуляторных расстройств

г) правильных ответов на простые вопросы

д) способности внешних раздражителей на некоторое время ослабить симптоматику

63. Фантастически-иллюзорный онейроид проявляется

а) охваченностью обильно всплывающими в сознании яркими чувственными фантастическими представлениями

б) фрагментарностью отражения реального мира

в) наплывом конфабуляторных переживаний

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

64. Грезоподобный онейроид проявляется всем перечисленным, кроме

а) полной отрешенности от окружающей обстановки

б) ощущения себя участником фантастических событий

в) преобладания вербальных псевдогаллюцинаций

г) преобладания в сознании больного визуализированных фантастических представлений, связанных с внутренним миром больного

д) частоты диссоциаций между содержанием сознания и двигательной сферой

65. Абсансы (кратковременные состояния с внезапным выключением сознания) разделяются на

а) слабые простые

б) средние сложные

в) с автоматизированными действиями

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

66. Бессудорожные пароксизмы делятся на следующие группы

а) с глубоким помрачением сознания

б) с неглубоким помрачением сознания

в) без помрачения сознания

г) ни на одну из перечисленных

д) на все перечисленные

67. Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется

- а) дебильностью
- б) имбецильностью
- в) идиотией
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

68. Приобретенное слабоумие делится на

- а) парциальное (лакунарное)
- б) тотальное (глобальное)
- в) маразм (распад личности)
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

69. 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

70. Для выявления бредовых идей и молододоступного больного можно использовать все следующие приемы, кроме

- а) сообщения больному объективных сведений о нем, не называя дающего сведения
- б) неоднократного возвращения в процессе разговора к интересующему врача вопросу
- в) разговора с больным на посторонние темы
- г) обещания наказания в случае отказа больного сообщить интересующие врача сведения
- д) расспроса с применением амитал-кофеинового растормаживания

71. Посредством церебральной ангиографии может быть выявлено

- а) усиление сосудистого рисунка
- б) изменение конфигурации турецкого седла
- в) пальцевые вдавления
- г) расширение канала зрительного нерва
- д) расширение внутреннего слухового прохода

72. Изменения на ЭЭГ характерны для всех перечисленных заболеваний, кроме

- а) органических и сосудистых поражений головного мозга
- б) опухолей мозга
- в) эпилепсии
- г) атрофических заболеваний
- д) инволюционных психозов

73. Метод компьютерной томографии применяется для диагностики всех следующих видов мозговой патологии, исключая

- а) менингиты
- б) опухоли мозга
- в) дегенеративные изменения мозговой ткани
- г) инфаркты мозга
- д) кровоизлияния в вещество мозга

74. Основным показанием для реоэнцефалографии у детей и подростков является

- а) оценка функционального состояния ЦНС
- б) диагностика состояния мозговых сосудов
- в) диагностика нарушения мозгового кровообращения

75. 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

76. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно

- а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций
- б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций

в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

77. Для всех непрерывнотекущих форм шизофрении характерно

а) острое, внезапное начало

б) развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики

в) выраженные аффективные фазы

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

78. Для злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме

а) возникновения в зрелом возрасте

б) начала болезни с негативной симптоматикой

в) быстроты наступления конечного состояния с момента манифестации психоза

г) синдромальной незавершенности позитивных расстройств, их полиморфизма

д) тяжести конечных состояний

79. Злокачественная "люцидная" кататония характеризуется

а) отсутствием помрачения сознания

б) сочетанием кататонических расстройств с бредовыми и галлюцинаторными

в) низкой степенью систематизации бредовых идей, сопутствующих кататоническим расстройствам

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

80. При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении наблюдается синдром Кандинского с преобладанием

а) идеаторных автоматизмов

б) моторных автоматизмов

в) сенестопатических автоматизмов

г) псевдогаллюцинаций

д) истинных галлюцинаций

81. Конечным состоянием при параноидной шизофрении является

а) тупое слабоумие

б) манерное слабоумие

в) шизофазия

г) бормочущее слабоумие

д) негативистическое слабоумие

82. Вялотекущая шизофрения чаще, как правило, дебютирует

а) в молодом возрасте

б) в зрелом возрасте

в) в детском возрасте

г) в инволюционном периоде

д) в возрасте от 25 до 60 лет

83. При вялотекущей шизофрении с деперсонализационными расстройствами встречаются следующие варианты последних

а) "невротическая" деперсонализация, носящая преимущественно чувственный характер

б) "анестетическая" деперсонализация с преобладанием проявлений *anaesthesia psychica dolorosa*

в) "дефективная" деперсонализация с чувством неполноты эмоциональной жизни

г) все перечисленные

д) ни один из перечисленных

84. Паранойяльная шизофрения развивается у лиц с чертами

а) гиперактивности, настойчивости, обостренной нетерпимости к несправедливости

б) педантизма, склонности к порядку, рутине

в) замкнутости, мечтательности, стеснительности, пониженной самооценки

г) тревожной мнительности, неуверенности в своих силах

д) возбудимости

85. Для рекуррентной шизофрении является характерным

а) высокий удельный вес бредовых и галлюцинаторных расстройств в приступе в сравнении с аффективными нарушениями

б) выраженные изменения личности

в) наличие "сквозных" расстройств в течение болезни

- г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
- 86. Параноидный вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуется возникновением всех перечисленных типов приступов, кроме**
- а) острого параноидального
 - б) острого галлюциноза
 - в) острого параноидного
 - г) острого парафренного
 - д) острого кататонического
- 87. Остро развивающийся синдром Кандинского - Клерамбо при шизоаффективном варианте приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуется**
- а) зависимостью характера воздействия от аффекта
 - б) возможностью развития на высоте приступа галлюцинаторной или фантастической парафрении
 - в) возможностью сохранения после выхода из приступа рудиментарных проявлений психического автоматизма
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
- 88. Приступы шизообразной шизофрении с преобладанием деперсонализации характеризуются всем перечисленным, кроме**
- а) стертой дисфорической депрессии
 - б) чувства измененности своего Я
 - в) рефлексии, рассуждательства
 - г) возникновения преимущественно в юношеском возрасте
 - д) явлений бредовой деперсонализации
- 89. Псевдопсихопатии характеризуются всем перечисленным, кроме**
- а) стойкости и тотальности психопатических проявлений
 - б) типологической сопоставимости с конституциональными аномалиями
 - в) отсутствия признаков интеллектуального снижения
 - г) сохраняющейся активности и социальной адаптации
 - д) тенденции к постепенному углублению изменений личности по шизофреническому типу
- 90. При поздней шизофрении с приступообразным течением отмечаются**
- а) состояния тревожно-бредовой депрессии
 - б) острые бредовые психозы с идеями преследования, проявлениями синдрома Кандинского
 - в) острые парафренные состояния
 - г) все перечисленные состояния
 - д) ничего из перечисленного
- 91. Наиболее вероятные возможности сохранения трудоспособности**
- а) при рекуррентной или приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к рекуррентной
 - б) параноидной шизофрении
 - в) злокачественной шизофрении
 - г) приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к параноидной
 - д) верно все перечисленное
- 92. Перевод на инвалидность больных приступообразно-прогредиентной шизофренией производится**
- а) при выявлении неблагоприятного трудового прогноза на ближайший период времени
 - б) при невозможности возврата на прежнее место работы
 - в) при отчетливом риске обострения состояния из-за трудностей реадaptации
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
- 93. При параноидной шизофрении**
- а) трудоспособность снижается по мере течения заболевания
 - б) возможно установление третьей группы инвалидности на начальных этапах или поздних этапах при стабилизации процесса
 - в) устанавливается вторая группа инвалидности при стойких параноидных и галлюцинаторно-параноидных состояниях
 - г) верно все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
- 94. Атипия проявлений шизофрении, обуславливающая большие диагностические трудности, характерна**

- а) для раннего возраста
- б) для дошкольного возраста
- в) для подросткового возраста
- г) для среднего возраста

95. При вялотекущей шизофрении у подростков прогностически более благоприятны

- а) неврозоподобные синдромы
- б) психопатоподобные синдромы
- в) аффективные синдромы
- г) параноидные синдромы

96. Депрессивный синдром может развиваться при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) маниакально-депрессивного психоза
- б) шизофрении
- в) эпилепсии
- г) симптоматических психозах
- д) прогрессивного паралича

97. Основными характеристиками маниакально-депрессивного психоза являются все перечисленные, кроме

- а) течения аффективными состояниями
- б) фазного характера течения
- в) периодичности течения
- г) усложнения психопатологической структуры
- д) отсутствия личностных изменений

98. Суицидальную опасность представляют все перечисленные состояния, кроме

- а) психастенической депрессии
- б) депрессии с бредом депрессивным
- в) ажитированной депрессии
- г) заторможенной меланхолической депрессии
- д) адинамических депрессий с суточными колебаниями

99. К циклотимическим маниям могут относиться все перечисленные, кроме

- а) гневливой мании
- б) веселой мании
- в) спутанной мании
- г) мании с целенаправленной деятельностью
- д) гипомании с явлениями гипермнезии

100. Понятия суицида и парасуицида соотносятся

- а) с наличием суицидальных мыслей и намерений, предшествующих суициду
- б) с состоянием в момент совершения суицида
- в) с состоянием после совершения суицидальных попыток
- г) со всем перечисленным
- д) ни с чем из перечисленного

1. Организация психиатрической помощи.
2. Краткая характеристика исторических этапов развития психиатрии; отечественная школа.
3. Правовые аспекты психиатрии.
4. Методологические основы психиатрии.
5. Медицинская этика и деонтология в профессиональной деятельности врача-психиатра.
6. Врачебно-трудовая, военная, судебно-психиатрическая экспертиза.
7. Общая психопатология. История и современное состояние проблемы классификации психопатологических синдромов.
8. Классификация расстройств психической деятельности. История, современное состояние проблемы.
9. Психические и поведенческие расстройства в МКБ-10.
10. Социальная психиатрия (задачи, методы, направления).
11. Генетические и биологические основы психических расстройств.
12. Клинико-психопатологические методы исследования в психиатрии.
13. Методы стандартизации психиатрического диагноза; диагностические шкалы.
14. Лабораторные, генетические и морфологические методы исследования в психиатрии.
15. Патопсихологические методы исследования, общая характеристика, особенности при отдельных психических расстройствах. Понятие патопсихологического синдрома.
16. Методики патопсихологического исследования внимания.
17. Методики патопсихологического исследования памяти.
18. Методики патопсихологического исследования мышления.
19. Методики патопсихологического исследования интеллекта.
20. Методики патопсихологического исследования личности.
21. Симптоматология и синдромология расстройств восприятия, их классификация.
22. Астенический синдром.
23. Особенности расстройств восприятия при различных психотических состояниях.
24. Клиническая характеристика отдельных свойств памяти. Симптоматология и синдромология расстройств памяти.
25. Клинические особенности нарушения памяти при различных заболеваниях.
26. Амнестический корсаковский синдром. Клиническая характеристика.
27. Основные симптомы расстройств ассоциативного процесса мышления. Расстройства мышления: ментизм, разорванность, бессвязность и др.
28. «Симптомы первого ранга» при шизофрении. Диагностические критерии шизофрении по Блейлеру. Дефицитарные расстройства при шизофрении.
29. Сверхценные и бредовые идеи (определение, клиническое содержание).
30. Диагностическое значение и структура бредовых синдромов. Возрастная динамика.
31. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо), клиническая характеристика.
32. Обсессивно-компульсивные расстройства. Определение, клинические разновидности.
33. Интеллект: сущность понятия, определение. Расстройства интеллекта.
34. Психоорганический синдром: причины, клинические варианты.
35. Деменция: степени и клинические характеристики.
36. Умственная отсталость: определение понятия, диагностика, клиническая характеристика. Профилактика, лечение, реабилитация больных умственной отсталостью.
37. Внимание. Психологическая характеристика и основные расстройства.
38. Эмоции. Виды эмоциональных проявлений и их классификация. Симптоматика расстройств эмоций.
39. Маниакальный синдром, формы и клинические варианты.
40. Клинические формы депрессивных состояний.
41. Психология влечений, клиническое значение проблемы. Основные психопатологические симптомы расстройств влечений. Основные формы нарушения влечений у пациентов.
42. Расстройства личности и акцентуации личности: понятие, основные клинические типы. Методы врачебной и социальной помощи при расстройствах личности.
43. Психопатоподобный синдром.
44. Кататонические синдромы.
45. Клинические проявления психомоторного возбуждения, особенности тактики.
46. Клиническая характеристика судорожных припадков.
47. Бессудорожные эпилептические пароксизмы. Сумеречные расстройства сознания.
48. Прогрессирующие изменения личности при неблагоприятно текущей эпилепсии.
49. Эпилептический статус. Клиническая характеристика, купирование эпилептического статуса.
50. Нарушения сознания (симптомы, синдромы).

51. Синдромы «выключения» сознания.
52. Синдромы помрачения сознания.
53. Делириозный синдром.
54. Астенический синдром.
55. Аментивный синдром.
56. Кома: клинические проявления, п.
57. Психические расстройства при острых и хронических соматических и инфекционных заболеваниях (экзогенные типы реакции по Бонгефферу).
58. Значение общемозговых и очаговых симптомов, психических расстройств для клиники и топической диагностики объемных процессов головного мозга.
59. Общецеребральные расстройства на различных стадиях сосудистой патологии.
60. Психические расстройства в остром периоде черепно-мозговой травмы.
61. Психические нарушения в стадии отдаленных последствий черепно-мозговой травмы.
62. Психосоматические и соматопсихические расстройства.
63. Изменения личности у лиц пожилого возраста.
64. Изменения личности у лиц, злоупотребляющих ПАВ.
65. Основы клинической психофармакологии.
66. Клинические основы суицидологии.
67. Аддиктивное поведение.
68. Неотложные состояния в психиатрической практике.
69. Основные положения Закона ПМР «О психиатрической помощи и гарантии 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 остро прогрессирующих 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?