

Электронная цифровая подпись



Утверждено 31 мая 2018 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
для лиц на базе среднего профессионального образования
(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

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

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Предмет и задачи психиатрии. История развития психиатрии и современное ее состояние. Место психиатрии среди других медицинских дисциплин. Психическая заболеваемость и распространенность психических расстройств.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Характеристика психических нарушений (симптом, синдром, болезнь). Принципы классификации психических заболеваний.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Расстройства ощущений и восприятия.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Расстройства мышления.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
5.	Патология сознания. Патология эмоций	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Расстройства памяти, интеллекта, влечений и внимания.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
7.	Хронический алкоголизм. Алкогольные психозы.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
8.	Эпилепсия.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации,	Пятибалльная шкала оценивания

			эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.	
9.	Симптоматические психозы (травматические, сифилитические, при нейроинфекциях, опухолях головного мозга).	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания

2 Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- написание рефератов, (презентаций), эссе;
- разбор тематического больного;
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

1. Предмет и задачи психиатрии. Место психиатрии среди других медицинских дисциплин.

Тема 1. Предмет и задачи психиатрии. История развития психиатрии и современное ее состояние. Место психиатрии среди других медицинских дисциплин. Психическая заболеваемость и распространенность психических расстройств.

1. Срок принудительного лечения психически больного:

1. не имеет ограничений
2. определяется решением суда
3. прекращается решением комиссии врачей-психиатров
4. зависит от тяжести совершенного правонарушения

2. Если больной судом признан невменяемым, то он:

1. автоматически признается недееспособным
2. в большинстве случаев направляется на принудительное лечение
3. освобождается от уголовной ответственности
4. несет уголовную ответственность за преступление

3. Решение о невменяемости больного может быть принято:

1. комиссией психиатров, проводящих судебно-психиатрическую экспертизу
2. решением суда на основании заключения комиссии психиатров, проводящих экспертизу
3. определением прокурора
4. правильны все перечисленные утверждения

4. Принудительное лечение больного, признанного невменяемым, может быть прекращено по решению:

1. только по решению главного врача больницы
2. только по решению суда
3. только по решению врачебной комиссии
4. только по решению прокурора
5. только по решению главного психиатра региона, где находится больница

5. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия допустимо по заявлению родственников, должностного лица или врача любой медицинской специальности:

1. если он отказывается принимать поддерживающую терапию
2. если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих

3. если он в силу психического заболевания беспомощен, то есть не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
4. если неоказание психиатрической помощи обусловит существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния
5. если он обращается в различные инстанции с жалобами

6. В каких случаях проводится судебно-психиатрическая экспертиза?

1. по требованию родственников
2. по определению суда или постановлению следователя
3. по требованию правозащитных организаций
4. по требованию подследственных

7. Генетические методы исследования психических больных используются:

1. для диагностики психических заболеваний
2. для определения прогноза психических заболеваний
3. для определения степени риска психических заболеваний у потомства
4. ни для чего из перечисленного

8. Основанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке является наличие у больного тяжелого психического расстройства, которое (возможны несколько вариантов ответа):

1. Обуславливает непосредственную опасность больного для себя или окружающих.
2. Приводит к выраженной социальной дезадаптации больного.
3. Обуславливает беспомощность больного, неспособность самостоятельно удовлетворять жизненные потребности.
4. Обуславливает существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи.
5. Является причиной конфликтных отношений больного с его социальным окружением.

9. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке, должно быть проведено в течение:

1. Первых 24 часов.
2. Первых 48 часов.
3. Первых 72 часов.
4. Первых 5-ти суток.
5. По запросу судьи.

10. Могут ли быть допущены в отделения психиатрической больницы представители общественных организаций, осуществляющих в соответствии со своими уставами контроль за соблюдением прав и законных интересов пациентов:

1. Категорически нет.
2. Только с разрешения администрации больницы.

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2,3	2	2	2,3,4	2	1,2,3	1,2,4	2	2

Тема 2. Характеристика психических нарушений (симптом, синдром, болезнь). Принципы классификации психических заболеваний.

1. В формировании психической травмы имеет значение:

1. тяжесть психотравмирующего фактора
2. слабость механизмов психологической защиты
3. личностные особенности
4. эмоциональная значимость психотравмирующего фактора
5. снижение интеллекта
6. бредовое настроение

2. Что из перечисленного является ведущим в терапии неврозов?

1. нейрорептики
2. транквилизаторы
3. антидепрессанты
4. психотерапия

3. К критериям психогенных расстройств относятся следующие положения:

1. содержание психоза находится в понятной связи с психотравмирующими переживаниями
2. психотравма непосредственно предшествует развитию психоза

3. с прекращением действия психической травмы симптомы редуцируются

4. чем острее психическая травма, тем тяжелее исход

4. Гиперкинетическая форма реактивного психоза характеризуется:

1. правильным мышлением ситуации

2. хаотическим психомоторным возбуждением

3. нарушением ориентировки в окружающем

4. все перечисленное неверно

5. Для гипокINETической формы реактивного психоза характерно:

1. состояние резкой двигательной заторможенности

2. нарушение сознания

3. депрессивная окраска переживаний

4. все перечисленное неверно

6. Особенностью клинической картины реактивных депрессия является:

1. суточные колебания настроения

2. триада Яспера

3. выраженные соматические признаки депрессии

4. верно все перечисленное

7. Неврозы являются:

1. психическим расстройством непсихотического уровня

2. психическим расстройством психотического уровня

3. болезнью с обязательным присутствием астенического синдрома

4. ничем из перечисленного

8. Для неврастении характерны:

1. гиперстеническая астения

2. гипостеническая астения

3. вегетативные расстройства

4. дисфории

5. нарушения сна

6. выраженные депрессивные переживания

9. Для нервной анорексии свойственны:

1. стойкие отказы от пищи

2. течение болезни без потери массы тела

3. сочетание с приступами булимии

4. все перечисленное неверно

10. Невротические вегетативные кризы характеризуются:

1. связанностью с эмоциональным напряжением

2. отсутствием стереотипности проявлений

3. разной длительностью состояний

4. развитием под действием слуховых псевдогаллюцинаций

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1,2,3,4	4,1,2,3	2,3	2,3	1,2	2	1,2	1,2,3,5	1,3	1,2,3

Тема 3. Расстройства ощущений и восприятия

1. Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны яркие зрительные галлюцинации?

1. синдром Кандинского-Клерамбо

2. синдром дереализации

3. синдром деперсонализации

4. вербальный галлюциноз

5. делириозный синдром

6. астенический синдром

2. Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны псевдогаллюцинации?

1. синдром Кандинского-Клерамбо

2. синдром дереализации

3. синдром деперсонализации

4. вербальный галлюциноз

5. делириозный синдром

6. астенический синдром

3. Галлюцинации представляют собой:

1. ложные, мнимые восприятия
2. ошибочные восприятия
3. искаженные восприятия

4. Иллюзии это:

1. ошибочные восприятия с неправильным узнаванием
2. искаженные восприятия без нарушения узнавания
3. ложные, мнимые восприятия

5. Психосенсорные расстройства представляют собой:

1. искаженные восприятия, при которых возможно узнавание объекта
2. ложные, мнимые восприятия
3. ошибочные восприятия

6. Гипестезии характерны для:

1. состояний выключения сознания
2. олигофрений
3. шизофрении
4. эпилептоидной психопатии
5. тяжелой депрессией

7. Парестезии локализуются обычно:

1. на поверхности тела
2. во внутренних органах
3. только на лице

8. Сенестопатии характеризуются:

1. преобладанием тягостных, трудно описываемых ощущений
2. четкой образностью переживаний
3. отсутствием предметности в переживаниях
4. четкой локализацией
5. непостоянством локализации

9. Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны слуховые истинные галлюцинации?

1. синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)
2. синдром дереализации
3. синдром деперсонализации
4. вербальный галлюциноз
5. астенический синдром

10. Больной заявляет, что "все окружающее потеряло смысл действительности: столы, стулья, люди - все не действительное", "мир выглядит неотчетливо, неясно, призрачно, как будто через вуаль". Выберите правильный ответ из нижеперечисленных:

1. псевдогаллюцинации
2. истинные галлюцинации
3. дереализация
4. иллюзии
5. деперсонализация
6. симптомы "нарушения схемы тела"

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	1	1	1	1	1,5	1	1,3,5	4	3

Тема 4. Расстройства мышления

1. Выберите симптомы, характерные для патологии мышления при шизофрении:

1. детализация
2. резонерство
3. разорванность
4. обстоятельность
5. мутизм
6. аутистическое мышление
7. тугоподвижность

8. ментизм
9. вязкость
10. инкогеренция

2. Отметьте симптомы, характерные для патологии мышления при эпилепсии:

1. детализация
2. резонерство
3. разорванность
4. обстоятельность
5. мутизм
6. аутистическое мышление
7. тугоподвижность
8. ментизм
9. вязкость
10. инкогеренция

3. Термин "шперрунг" используется для обозначения переживания больным:

1. возникновения чуждых мыслей
2. внезапной остановки, обрыва мыслей
3. скачки идей
4. замедленного мышления

4. Возникновение синдрома сверхценных идей тесно связан с событиями:

1. не связанными с жизнью больного, к которым больной безразличен
2. связанными с жизнью больного, к которым больной безразличен
3. эмоционально значимыми для больного
4. ничем из перечисленного

5. К какому из приведенных ниже типов формальных расстройств мышления относится оторванность от реальности, погруженность в мир внутренних переживаний?

1. болезненно замедленное мышление
2. болезненно ускоренное мышление
3. резонерское мышление
4. аутистическое мышление
5. разорванное мышление
6. бессвязное мышление

6. Укажите характерные для ускоренного процесса мышления признаки:

1. отвлекаемость внимания
2. поверхностность ассоциаций
3. бесплодное мудрствование
4. прикованность внимания
5. возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений

7. Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. напряженного предчувствия надвигающейся катастрофы
2. четко оформленного бреда преследования
3. необъяснимого мучительного беспокойства
4. приобретения окружающим иного смысла
5. психосенсорных расстройств

8. Для интерпретативного бреда (бреда толкования) характерны:

1. монотематичность бреда
2. политематичность бреда
3. внутренняя логика доказательств и систематизация бреда
4. отсутствие систематизации
5. нарушения чувственного познания окружающего мира

9. Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется

1. политематичностью бреда
2. монотематичностью бреда
3. выраженностью аффекта тревоги, страха
4. повышенным фоном настроения
5. ничем из перечисленного

10. Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны слуховые истинные

галлюцинации?

1. синдром Кандинского-Клерамбо
2. синдром дереализации
3. синдром деперсонализации
4. вербальный галлюциноз
5. астенический синдром

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1,3,5,6,8	1,4,7,9	2	3	4	1,2,5	2	1,3	1,3	4

Тема 5. Патология сознания. Патология эмоций

1. Для какого синдрома характерна триада Протопопова?

1. парафренного
2. параноидного
3. аментивного
4. депрессивного

2. Что из числа нижеперечисленного наиболее характерно для соматогенной депрессии?

1. суточные колебания настроения
2. витальное снижение настроения
3. утяжеление депрессии с утяжелением соматического состояния
4. скорбное бесчувствие
5. бредовые идеи виновности

3. Выделите из предложенных симптомов наиболее характерные соматические признаки депрессии:

1. потеря в весе
2. тахикардии
3. запоры
4. брадикардии
5. нарушения дыхания
6. аменоррея
7. нарушения пигментации кожи

4. Укажите характеристики астенического синдрома:

1. эмоциональная лабильность
2. повышенная утомляемость
3. гиперстезии
4. оглушенность
5. галлюцинации

5. Ипохондрический синдром может включать в себя:

1. чрезмерно утрированное внимание к здоровью
2. фобии с переживанием заболеть неизлечимой болезнью
3. бредовую убежденность в несуществующей болезни
4. анозогностическое переживание болезни

6. Для маниакально-депрессивного психоза характерно:

1. сохранение трудоспособности в межприступном периоде
2. тенденция к рецидивам аффективных приступов
3. возможность перехода одной фазы в другую без светлого промежутка
4. формирование апато-абулического синдрома
5. возникновение депрессивной симптоматики в ответ на психотравмы

7. Факторами риска суицидального поведения могут являться:

1. депрессивные состояния
2. императивные галлюцинации
3. снижение памяти
4. бредовые идеи любовного очарования
5. бредовые идеи виновности
6. ничего из перечисленного

8. Вероятность суицидального поведения у психически больных может возрастать в случае:

1. мыслей о бессмысленности существования
2. мыслей о беспросветности будущего

3. идей малоценности
4. ни в чем из перечисленного

9. При каком синдроме встречается следующая триада симптомов: повышенное, радостное настроение, ускоренное мышление, повышенная двигательная активность?

1. парафреническом
2. депрессивном
3. ипохондрическом
4. маниакальном
5. параноидальном

10. При каком синдроме встречается следующая триада симптомов: тоскливо-печальное настроение, замедленное мышление, двигательная заторможенность?

1. маниакальном
2. кататоническом
3. параноидальном
4. депрессивном

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	3	1,2,4,6	1,2,3	1,2,3	1,2,3	1,2,5	1,2,3	4	4

Тема 6. Расстройства памяти, интеллекта, влечений и внимания

1. В основе Корсаковского синдрома лежит:

1. инкогеренция мышления
2. расстройство ощущения
3. фиксационная амнезия
4. нарушение сенсорного синтеза
5. все вышеуказанное

2. Заполнение пробелов памяти событиями, которые имели или могли иметь место в жизни больного называется:

1. ретроградная амнезия
2. криптомнезия
3. фиксационная амнезия
4. конфабуляции
5. псевдореминисценции
6. антероградная амнезия

3. Заполнение пробелов памяти событиями, которые носят фантастический нелепый характер и не могли иметь место в жизни больного называется:

1. ретроградная амнезия
2. криптомнезия
3. фиксационная амнезия
4. конфабуляции
5. псевдореминисценции
6. антероградная амнезия

4. В клинической картине Корсаковского синдрома наблюдаются:

1. псевдореминисценции
2. фиксационная амнезия
3. амнестическая дезориентировка
4. конфабуляции
5. обнубиляция
6. бред отношения
7. гипотимия

5. При каком из перечисленных психопатологических синдромов часто встречается гипомнезия?

1. параноидный
2. астенический
3. кататонический
4. маниакальный
5. депрессивный

6. Препараты каких групп имеют терапевтическое значение для лечения мнестических

расстройств?

1. нейролептики
2. ноотропы
3. транквилизаторы
4. антидепрессанты
5. соли лития

7. Фиксационная амнезия характеризуется:

1. потерей способности запоминать текущие события
2. снижением интеллекта
3. галлюцинациями
4. ничем из перечисленного

8. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА СВЯЗАНО С

- 1) избытком серотонина
- 2) дефицитом ГАМК
- 3) избытком гистамина
- 4) дефицитом ацетилхолина
- 5) избытком глутамата

9. ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ:

- 1) повышает адаптацию человека
- 2) понижает адаптацию человека
- 3) извращает адаптацию человека
- 4) на адаптацию не влияет
- 5) приводит к психическому заболеванию

10. ПСИХОГЕННАЯ АМНЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА:

- 1) регрессии
- 2) вытеснения
- 3) гиперкомпенсации
- 4) рационализации
- 5) сублимации

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	5	4	1,2,3,4	2,5	2	1	4	2	2

Тема 7. Хронический алкоголизм и алкогольные психозы

1. Что является наиболее эффективной терапией алкогольного бреда ревности:

1. психотерапия
2. условно-рефлекторная терапия
3. лечение нейролептиками
4. лечение у сексопатолога

2. Что из перечисленного можно использовать для купирования абстинентного синдрома в соматическом стационаре:

1. Витамины В1, В6, С
2. седативные нейролептики (аминазин, тизерцин)
3. тиоловые препараты (тиосульфат натрия, унитиол)
4. лечение транквилизаторами
5. солевые растворы

3. Для алкогольного абстинентного синдрома характерны:

- 1 потливость
- 2 тахикардия
- 3 сухость во рту
- 4 тремор пальцев рук
- 5 сужение зрачков
- 6 Заложенность носа и риноррея

4. Для соматических последствий алкоголизма в 3 стадии заболевания характерны:

- 1 жировая дистрофия печени
- 2 кардиомиопатия
- 3 полинейропатия
- 4 остеопороз

5. О возможности перехода алкогольного абстинентного синдрома в металкогольный психоз свидетельствует:

- 1 углубление бессонницы
- 2 нарастание тревоги
- 3 судорожный припадок
- 4 иллюзии
- 5 сниженное настроение

6. Содержание бреда острого алкогольного параноида обычно представлено:

- 1 бредом преследования
- 2 бредом Котара
- 3 бредом ревности
- 4 "кухонным бредом"

7. К индивидуально-психологическим факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий при алкоголизме, относятся:

- 1 установка больного на лечение
- 2 степень выраженности алкогольной анозогнозии
- 3 интеллектуальное снижение
- 4 амнестические формы опьянения

8. Алкоголизм представляет собой:

- 1 хроническое психическое заболевание
- 2 острое отравление алкоголем
- 3 вредную привычку
- 4 психосоматическое заболевание
- 5 многодневное употребление алкоголя

9. Какие из перечисленных препаратов целесообразно назначить для купирования делирия:

- 1 диазепам
- 2 феназепам
- 3 аминазин
- 4 амитриптилин
- 5 бензонал
- 6 эфедрин

10. Какие из перечисленных методов применяются для лечения алкоголизма?

- 1 психотерапия
- 2 использование транквилизаторов
- 3 назначение витаминов группы В,С
- 4 нейрохирургическое лечение
- 5 сенсibiliзирующая терапия (тетурам, эспераль)
- 6 электросудорожная терапия

Эталонные ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	1,2,3	1,2,3,4	1,2,3	1,2,3,;	1	1,2,3	1	1,2	1,2,3,5

Тема 8. Эпилепсия

1. Какие психопатологические проявления эпилептической болезни могут ошибочно расцениваться как соматические заболевания?

- 1 большие судорожные припадки
- 2 сумеречное расстройство сознания
- 3 адверсивные припадки
- 4 парциальные припадки

2. Какой дифференциально-диагностический критерий истерического и эпилептического припадков имеет наиболее существенное значение?

- 1 выключение сознания
- 2 продолжительность припадков
- 3 возможность прикуса языка и слизистой во время припадков
- 4 выраженность судорожной реакции

3. Эпилептический статус характеризуется:

- 1 серией следующих друг за другом больших эпилептических припадков
- 2 серией следующих друг за другом больших эпилептических припадков, между которыми

пациент не приходит в сознание

3 пребыванием больного в состоянии выключенного сознания после судорожного припадка

4 ничем из перечисленного

4 Эпилептическая аура:

1 встречаются у всех больных эпилепсией

2 амнезируется больным

3 может быть разной у одного и того же больного

4 все перечисленное неверно

5 Амбулаторные автоматизмы включают в себя:

1 абсансы

2 трансы

3 дисфории

4 сомнамбулизм

5 ничего из перечисленного

6 К какому виду припадков относятся джексоновские припадки?

1 фокальные (парциальные) судорожные

2 генерализованные судорожные

3 абсансы

4 диэнцефальные припадки

7 Что из перечисленного имеет наибольшее значение для разграничения судорожной реакции от генерализованного судорожного припадка в рамках эпилепсии?

1 отсутствие амнезии

2 продолжительность припадка

3 внезапность развития

4 отсутствие изменений на ЭЭГ, характерных для эпилепсии

8 Что из нижеперечисленного характерно для эпилептического изменения личности?

1 ригидность аффекта

2 гипертрофированная пунктуальность

3 амбивалентность

4 злопамятность

5 аутизм

9. Какие из перечисленных ниже препаратов обладают противосудорожным эффектом?

1 аминазин

2 мажептил

3 феназепам

4 тизерцин

5 амитриптилин

6 карбамазепин (Финлепсин)

7 соли вальпроевой кислоты

10. К генерализованным припадкам относятся:

1 абсансы

2 джексоновские припадки

3 вегетативный (диэнцефальный) припадок

4 ничто из перечисленного

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	1	2	4	2,4	1	4	1,2	3,6,7	1

Тема 9. Симптоматические психозы (травматические, сифилитические, при нейроинфекциях, опухолях головного мозга)

1. Что из числа нижеперечисленного более характерно для острого периода черепно-мозговой травмы?

1 депрессивный синдром

2 делириозный синдром

3 онейроид

4 синдром психического автоматизма

5 навязчивые состояния

2. Для какого из перечисленных ниже заболеваний характерно наличие резидуальных

расстройств?

- 1 маниакально-депрессивный психоз
- 2 травматическая энцефалопатия
- 3 реактивная депрессия
- 4 неврастения
- 5 психастения

3. Гипертонический криз может сопровождаться:

- 1 синдромами помрачения сознания
- 2 выраженной тревогой
- 3 психомоторным возбуждением
- 4 все перечисленное неверно

4. Для острого периода сотрясения головного мозга характерно все перечисленное, кроме:

- 1 головокружения
- 2 тошноты, рвоты
- 3 вазомоторно-вегетативных расстройств
- 4 астении
- 5 локальных неврологических симптомов (параличей, парезов, анестезий, гиперстезий)

5. В периоде отдаленных последствий черепно-мозговой травмы могут развиваться:

- 1 судорожные припадки
- 2 сумеречное помрачение сознания
- 3 парафренный синдром
- 4 маниакальный синдром

6. Лечение астенических и психопатоподобных расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы включает:

- 1 профилактический отдых
- 2 общеукрепляющую терапию
- 3 нейролептическую терапию
- 4 все перечисленное неверно

7. Смысл концепции об экзогенном типе реакций заключается в том, что:

- 1. различные экзогенные вредности вызывают общие типы реакций
- 2 одна и та же экзогенная вредность может вызывать различные типы реакций
- 3 каждой экзогенной вредности соответствует свой тип реакции
- 4 любая реакция экзогенного типа является проявлением скрытого эндогенного заболевания

8. Для психоорганического синдрома характерно:

- 1 снижение памяти
- 2 снижение интеллекта
- 3 эмоциональная неустойчивость
- 4 гиперстезии

9. Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерное для сосудистых заболеваний головного мозга:

- 1 эмоциональная холодность
- 2 эмоциональная неадекватность
- 3 гипертимия
- 4 слабодушие

10. При выраженных сосудистых заболеваниях головного мозга снижение интеллектуально-мнестических функций наблюдается:

- 1 в единичных случаях
- 2 в большинстве случаев
- 3 во всех случаях

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	1,2,35	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2,3	4	3

2.2 Перечень тематик рефератов и презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема 1. Предмет и задачи психиатрии. История развития психиатрии и современное ее состояние. Место психиатрии среди других медицинских дисциплин. Психическая заболеваемость и распространенность психических расстройств.

1. Лечение шизофрении одним из современных средств

Тема 2. Характеристика психических нарушений (симптом, синдром, болезнь). Принципы классификации психических заболеваний.

2. Основные типы течения шизофрении. Особенности инициального этапа при шизофрении

3. Социально-психологические причины возникновения алкоголизма

Тема 3. Расстройства ощущений и восприятия.

4. Лечение неврозов (медикаментозное, психотерапия, комплексное)

5. Формы психических нарушений при атеросклерозе сосудов головного мозга

Тема 4. Расстройства мышления.

6. Лечение алкоголизма (одним из методов)

Тема 5. Патология сознания. Патология эмоций

7. Систематика невротических состояний

Тема 6. Расстройства памяти, интеллекта, влечений и внимания.

8. Систематика невротических состояний

9. Методика санитарно-просветительской работы в борьбе с алкоголизмом

Тема 7. Хронический алкоголизм. Алкогольные психозы.

10. Начальные формы алкоголизма

Тема 8. Эпилепсия.

11. Причины возникновения неврозов

12. Роль микросоциальных условий в формировании психопатий

Тема 9. Симптоматические психозы (травматические, сифилитические, при нейроинфекциях, опухолях головного мозга).

13. Современные транквилизаторы.

14. Психические особенности стареющего человека

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3 Перечень тематик эссе

Тема 1. Предмет и задачи психиатрии. История развития психиатрии и современное ее состояние. Место психиатрии среди других медицинских дисциплин. Психическая заболеваемость и распространенность психических расстройств.

1. Лечение шизофрении одним из современных средств

Тема 2. Характеристика психических нарушений (симптом, синдром, болезнь). Принципы классификации психических заболеваний.

2. Основные типы течения шизофрении. Особенности инициального этапа при шизофрении

3. Социально-психологические причины возникновения алкоголизма

Тема 3. Расстройства ощущений и восприятия.

4. Лечение неврозов (медикаментозное, психотерапия, комплексное)

5. Формы психических нарушений при атеросклерозе сосудов головного мозга

Тема 4. Расстройства мышления.

6. Лечение алкоголизма (одним из методов)

Тема 5. Патология сознания. Патология эмоций

7. Систематика невротических состояний

Тема 6. Расстройства памяти, интеллекта, влечений и внимания.

8. Систематика невротических состояний

9. Методика санитарно-просветительской работы в борьбе с алкоголизмом

Тема 7. Хронический алкоголизм. Алкогольные психозы.

10. Начальные формы алкоголизма

Тема 8. Эпилепсия.

11. Причины возникновения неврозов

12. Роль микросоциальных условий в формировании психопатий

Тема 9. Симптоматические психозы (травматические, сифилитические, при нейроинфекциях, опухолях головного мозга).

13. Современные транквилизаторы.
14. Психические особенности стареющего человека

2.4. КРАТКИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОБОСНОВАНИЮ ДИАГНОЗА (методика клинического разбора).

Первое условие правильного разбора - полнота и точность исследования и описания больного в истории болезни, но для *того*, чтобы диагноз был правильным, нужно также систематическое мышление. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических проявлений и возможной субъективности в их оценке. Представленная здесь общая схема построения диагноза должна содействовать правильному и всестороннему пониманию болезни в каждом конкретном случае.

1. ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ

Прежде всего нужно дать себе отчет в том, какие симптомы - неврологические, соматические и психопатологические - могут быть усмотрены в совокупности фактических данных, приведенных в истории болезни и перечислить эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение симптомов могут обесценить всю дальнейшую работу по построению диагноза и привести к ошибкам. Следует помнить, что врач далеко не всегда отмечает у больных такие типичные сочетания признаков, которые описаны в книгах. Для неопытного и невнимательного клинициста существует опасность "подгонять" свои описания к тем, которые есть в учебниках, находить симптомы, соответствующие заболеванию, на которые он настроился и не замечать явлений, противоречащих его диагностическому предположению.

2. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Вторым этапом диагностического мышления является объединение симптомов в синдромы. Синдром (группа симптомов, обусловленным единым патогенезом и закономерно появляющихся вместе при разных болезнях) - основная единица, которой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соответствовать принятой в психиатрии номенклатуре (см. стр.38 "Номенклатура синдромов").

Квалификация синдрома может быть затруднительной ввиду нечеткой клинической картины или наличия симптомов, могущих быть отнесенными к различным синдромам. В таких случаях нужно определить, какие это синдромы и мотивировать, почему диагностирован тот или иной синдром, несмотря на отклонения от типовой картины.

3. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Синдромальная картина состояния - только один из критериев нозологического диагноза. Другой критерий - течение заболевания. Поэтому необходимо дать терминологическую квалификацию течения, не повторяя фактического описания его в истории болезни.

Нередко врачу приходится иметь дело с длительно текущим заболеванием, и оценка его течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, не и для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важна характеристика начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром являлся преобладающим, ведущим как в инициальном, так и в последующих этапах болезни. Важно также уловить моменты и характер смены (перехода) синдромов, их усложнение. Например, в случае параноидной шизофрении с обычным течением нужно выделить характерные этапы: паранойяльный, параноидный, парафренный, шизофазия (А. В. Снежневский).

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессирующее (прогредиентное), ремиттирующее, приступообразное, регрессиентное течение.

4. ОЦЕНКА "ПОЧВЫ" И ЭТИОЛОГИИ

В понятие "почва" вкладывается конституция больного, все те моменты в его состоянии до болезни, которые могли бы повлиять на возникновение болезни и формирование ее картины. Должна быть дана оценка данных о наследственности больного, о вредностях, которые действовали на больного в прошлом, об особенностях характера и соматической сферы.

В качестве предполагаемых причин психоза прежде всего должны быть рассмотрены те внешние влияния, на которые есть достоверные указания в анамнезе. Должны быть приняты во внимание не только основные, но и дополнительные причины и условия (в частности, психологическая ситуация).

5. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет

Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы к зачету (ОПК-9)

1. Основные этапы развития клинической психиатрии, принципы современной классификации психических заболеваний.
2. Организация психиатрической помощи в России. Основные положения законодательства о психиатрической помощи. Тактика врачевслучае социально опасного поведения у душевно больного.
3. Психиатрия, как медицинская наука. Раздел психиатрии. Исторические этапы в разделе психиатрии.
4. Немецкая психиатрическая школа. Основные направления. Основоположники научных направлений.
5. Значение английской психиатрии в организации содержания психически больных.
6. Роль французских психиатров в истории мировой психиатрии.
7. Роль церкви и государства на Западе, Востоке и России в содержании душевно больных, лечении и развитии психиатрической науки.
8. Понятие здоровья и нормы в психиатрии. Факторы риска возникновения психических заболеваний. Психогигиена и психопрофилактика (определение, задачи, значение).
9. Психопатологические симптомы и синдромы. Понятие психоза. Продуктивная и негативная симптоматика. Диагностическое и прогностическое значение этих понятий.
10. Шкала тяжести психопатологических синдромов по А.В.Снежневскому.
11. Методы обследования применяемые в психиатрии. Правила сбора анамнестических сведений, их анализ. Использование параклинических методов (лабораторных, инструментальных и психологических), их диагностические возможности.
12. Расстройства восприятия (иллюзии, психосенсорные расстройства, истинные и псевдогаллюцинации), их диагностическое значение. Объективные признаки наличия галлюцинаций.
13. Нарушение ассоциативной деятельности (количественные и качественные расстройства процесса мышления, нарушение результатов мышления). Основные симптомы, их диагностическое значение.
14. Бред (определение, клинические формы, диагностическое значение, социально опасное поведение больных). Сверхценные идеи, их отличие от бреда.
15. Навязчивые состояния (определение, разновидности, диагностическое значение. Отличие навязчивостей от бреда.
16. Основные бредовые синдромы (паранойальный, параноидный, парафренный). Их динамика, диагностическое значение, социально опасное поведение больных.
17. Психогенно-обусловленные виды бреда.
18. Синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо. Примеры различных автоматизмов. Диагностическое значение.
19. Расстройства памяти, основные симптомы, диагностическое значение.
20. Корсаковский синдром, определение, психопатологическое содержание, диагностическое значение.
21. Понятие интеллекта. Способы оценки интеллекта и его расстройств. Диагностическое значение различных расстройств интеллекта.
22. Олигофрения (определение, причины возникновения, степени интеллектуальной недостаточности). Проблема лечения и социально-трудовой адаптации при олигофрении.
23. Эндогенно-обусловленные олигофрении. Классификация. Клиника метаболических, хромосомных и энзимопатических олигофрений.
24. Слабоумие (определение, клинические варианты). Виды приобретенного слабоумия, их дифференциально-диагностическое значение.
25. Эмоциональные расстройства в клинике психических заболеваний. Основные симптомы и синдромы, их диагностическое значение. Патологический аффект.
26. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение. Социально опасное поведение лиц с расстройствами влечений. Апатико-абулический синдром.
27. Расстройства личности. Понятия гармоничной и акцентированной личности, их отличие от психопатий и изменений личности вследствие прогредиентных психических заболеваний.

28. Синдромы аффективных расстройств (продуктивные и негативные), их структура и диагностическое значение.
29. Соматические расстройства как симптомы психических заболеваний. Клиника маскированной депрессии.
30. Соматические расстройства как симптомы психических заболеваний. Понятие истерической конверсии, примеры истерических соматических и неврологических расстройств.
31. Кататонический синдром, его основные симптомы, диагностическое значение. Отличия кататонического возбуждения от маниакального и кататонического ступора от депрессивного.
32. Формы двигательного возбуждения, заболевания, при которых они встречаются. Тактика врача в случае социально опасного поведения, методы купирования.
33. Клинические признаки расстроенного сознания. Синдромы снижения уровня сознания, их связь с различными психическими и соматическими расстройствами.
34. Синдромы помрачения сознания, их структура, динамика, диагностическое значение. Социально опасное поведение лиц с помрачением сознания.
35. Онейроидный синдром. Клиника.
36. Пароксизмальные явления (припадки эпилептические, истерические, диэнцефальные, эпилептический статус, особые состояния сознания). Их диагностическое значение.
37. Нарушения физиологических функций (аппетита, сна, сексуальных функций) и соматические расстройства как симптомы психических заболеваний. Использование психотерапии и психотропных средств для лечения данных нарушений.
38. Астенический синдром, психопатологическое содержание, диагностическое значение, примеры заболеваний, при которых он встречается.
39. Ипохондрический синдром. Понятие бредовой, сверхценной и обсессивной формы ипохондрии. Связь ипохондрии с сенестопатиями. Дифференциальный диагноз с соматическими заболеваниями. Социально опасное поведение.
40. Синдром дисморфомании (дисморфофобии). Нервная анорексия как пример дисморфомании. Диагностическое значение. Тактика врача.
41. Основные виды биологической терапии психических заболеваний, классификация психофармакопрепаратов, спектр терапевтической активности. Изменение в организации психиатрической помощи в связи с появлением психофармакотерапии.
42. Нейролептические (антипсихотические) средства. Классификация по химическому строению и преобладающим эффектам. Спектр терапевтической активности, показания, противопоказания.
43. Действие нейролептиков на сомато-вегетативную сферу, побочные эффекты и осложнения. Понятие нейролептического синдрома, его предупреждение и терапия.
44. Антидепрессанты. Основные классы, спектр терапевтической активности, показания, противопоказания, побочные эффекты и осложнения. Нормотимические препараты (соли лития и др.).
45. Препараты из группы транквилизаторов. Их использование в психиатрической и общесоматической практике. Спектр терапевтической активности. Побочные эффекты, осложнения.
46. Ноотропные препараты, их терапевтический диапазон. Психостимуляторы, побочные эффекты, опасности связанные с применением психостимуляторов
47. Противосудорожные лекарственные препараты. Основные классы, терапевтический диапазон. Побочные эффекты и осложнения. Средства применяемые для купирования эпилептического статуса.
48. Психотерапия. Классификация методов. Основные требования при проведении психотерапии. Показания, противопоказания.
49. Методы суггестивной психотерапии (внушение в бодрствующем состоянии, гипноз, наркогипноз), показания, основные требования к проведению.
50. Методы бихевиориальной (поведенческой) психотерапии: условно-рефлекторная терапия, биообратная связь, аутотренинг. Групповые методы психотерапии, преимущества и недостатки.
- 4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций**
- Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение

обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-9	способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	Знать: строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма
		Уметь: использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.	Обучающийся демонстрирует сформированные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.
		Владеть: представлением о многоуровневом принципе строения	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения представлением о	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения представлением о многоуровневом

		человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.	многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.	принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.
--	--	---	--	---

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, разбор тематического больного, разбор истории болезни.

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации.

Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

❖ **Для оценки эссе**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, высказывает собственное мнение по поводу проблемы, грамотно формирует и аргументирует выводы.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, но не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, при этом высказывает собственное мнение по поводу проблемы и грамотно, но не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент не выделил основной проблемный вопрос темы, плохо структурирует материал, слабо владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, не высказывает собственное мнение по поводу проблемы и не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Студент не ориентирован в проблеме, затрудняется проанализировать и систематизировать материал, не может сделать выводы.

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт. «Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.