федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Детская психиатрия

по специализации 31.08.20 Психиатрия

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_\_11\_\_\_\_\_\_\_ от «\_22\_\_» \_июня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018\_\_\_

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме \_\_\_\_\_\_\_зачета

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

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

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

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1 «Детская психиатрия»**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тема 1. Общая психопатология детского возраста

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос, контроль выполнения практического задания (написание амбулаторной истории болезни с выделением основных симптомов, синдромов, предположительный диагноз).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Аффективные расстройства.

2.Двигательные нарушения

3.Речевые нарушения.

4.Расстройства восприятия.

5.Мнестико – интеллектуальные нарушения.

6.Синдромы нарушения сознания.

Средства к выполнению практических заданий

*(К 1 и всем другим занятиям)*

**Указания студентам о работе с больными в психиатрической больнице**

1. При работе с больными проявлять максимальную приветливость, стараясь расположить к себе пациента. Если разговор с пациентом не удается, нельзя считать, что его исследование невозможно; необходимо наблюдать за его поведением, справиться о его поведении у персонала.
2. Необходимо быть вежливым с больными, независимо от их поведения, ко всем взрослым больным следует обращаться на «Вы», называя их по имени и отчеству.
3. Беседовать с больными в серьезном, неторопливым тоне. Не вышучивать высказывания больных, не смеяться над ними. Не вступать с больными в пререкания.
4. При обследовании больного нужно исходить из четкого плана беседы с ним, если больной отвлекается, следует (не допуская резкости) направлять разговор в нужную сторону.
5. Не вступать с больными в разговоры и обсуждения, касающиеся их болезни, режима, выписки, отношений с родственниками и другими людьми. При необходимости адресовать его к лечащему врачу.
6. Не вести в присутствии больного разговоров на медицинские темы, особенно относящиеся к его болезни.
7. Не обманывать больных. Воздерживаться от разговора о том, что может вызвать волнение. Не давать больным невыполнимых обещаний.
8. Следить, чтобы больной после обследований не остался без надзора. Побеседовав с ним, передавать его дежурному санитару. Не уводить больных из отделения без ведома персонала. Не оставлять открытыми двери отделения.
9. Не выполнять без ведома врача просьб больного: не передавать письма, вещи, не сообщать посетителям каких-либо сведений.
10. Не оставлять ничего в отделении, в частности, лезвий от бритв, булавок и т.п.
11. В тех случаях, когда предоставляется возможность беседы с родственниками, не следует им сообщать медицинские данные и свои суждения о болезни.

**СХЕМА АМБУЛАТОРНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.**

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Основные анамнестические данные, если их можно получить у больного (СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ).
4. Основные данные из неврологического и соматического статуса

(указать только отклонения).

1. Краткий психический статус.
2. Синдромальный диагноз.
3. Предположительный диагноз болезни.

3. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПОВОД И ОБСТОЯ­ТЕЛЬСТВА СТАЦИОНИРОВАНИЯ.

А. Краткие соматические и неврологические данные.

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах и лабораторных исследо­ваниях.

Б. Психический статус

Задача: составление краткого психического статуса с определением симптомов, синдрома (синдромов).

Средства и инструкции для выполнения задачи

1. План психического статуса

Ориентирован во времени, месте, собственной личности. Доступность – вступает ли в общение быстро и охотно, обнаруживает ли замкнутость и нежелание общаться.­ Быстрота психических реакций. Мимика и моторика: живость, изменчивость, адекватность мимики, выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Признаки возбуждения или заторможенности. Речь: голосовые модуляции, вырази­тельность. Мышление: связность, последовательность, быстрота. Поведение в отде­лении, степень активности, занятия больного. Аккуратность в еде и одежде. Дисци­плинированность. Преобладающее настроение, его устойчивость, сдвиги настрое­ния, эмоциональные реакции на поведение окружающих, на помещение в больницу, на обследование.

Обманы восприятия (галлюцинации, иллюзии, психосенсорные нарушения), их подробная характеристика. В ней нужно отразить, что именно воспринимает боль­ной, бывают ли обманы постоянно или эпизодически, ночью или в любое время су­ток. Отношение больного к галлюцинаторным переживаниям. Болезненные (бредо­вые, сверхценные, навязчивые) мысли, подробная характеристика их содержания. Когда они возникают, как мотивирует их больной (логичность, степень убежденно­сти, активность в доказательствах), как влияют они на поведение. Внимание, па­мять, суждение, критика. Внимательность в беседе, полнота сообщения сведений о прошлом, запас знаний, суждений об окружающих (в тех случаях, когда намечаются отклонения памяти и мыслительных способностей, необходимо тщательное обсле­дование и описание их. Для этого следует воспользоваться инструкцией "Приемы исследования памяти и мышления" (занятие 3).

2. Заключение к психическому статусу:

а) перечень симптомов

б) обозначение синдромов (синдрома)

в) предположительный диагноз болезни (с указанием признаков, на основании которых сделан выбор диагноза).

3. Разборчивая подпись студента и номер группы.

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.

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.

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.

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.

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

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).

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

**Тема 2.** Пограничные расстройства в детском возрасте

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос, контроль написания полной клинической истории болезни истории болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Неврозы в детском возрасте

2. Расстройства личности и поведения

**Практические задания**. Клинические ординаторы пишут полную клиническую историю болезни по теме занятия. Составляют направление больного в психиатрический (наркологический стационар).

План клинической истории болезни

I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

II. АНАМНЕЗ СУБЪЕКТИВНЫЙ И ОБЪЕКТИВНЫЙ

А. Семейный анамнез

Психические отклонения и заболевания родственников. Алко­голизм, сифилис, припадки, странности характера, самоубийст­во. Физические заболевания: туберкулез, сосудистые поражения, эндо­кринные и обменные нарушения.

Б. Анамнез жизни

*Раннее детство*. Возраст родителей в момент рождения боль­ного, как протекали роды у матери. Развитие ребенка. Ког­да на­чал ходить, говорить. Детские заболевания, протекание их и по­следствия. Ночное недержание мочи, ночные страхи, нер­вность, припадки.

*Школьный период*. Начало обучения, успеваемость, усидчи­вость. Интерес к тем или иным занятиям, школьным предметам. Затруднения в учебе, их причина.

*Половое созревание*. Время наступления его, нервно-психи­че­ские отклонения в пубертатном периоде. Половое влечение, связи, сексуальные отклонения. Для женщин — время наступле­ния менструаций, их регулярность. Беременность и аборты, роды

*Основные особенности личности* до болезни. Активность, уравновешенность, сдержанность, терпеливость. Преобладаю­щие эмоции. Склонность к аффектам и нервным срывам. Общи­тельность, преобладающие интересы, увлечения.

*Семейная жизнь*. Когда вступил в брак, отношения в семье.

*Профессиональный анамнез*. Начало трудовой деятельности. Дальнейшее продвижение. Перемена профессии и ее причина. Кон­фликты по работе. Удовлетворенность работой, профессио­нальные вредности.

*Служба в армии*, участие в войне. Приспособление к усло­виям армии, конфликты, дисциплинарные нарушения.

*Внешние вредности* и их влияние на нервную систему. Быто­вые условия. Перенесенные инфекции: психические нару­шения в остром периоде. Интоксикации, употребление алкого­ля, с ка­кого времени и с какой частотой. Характер опьянения. Похмелье и опохмеление. Курение. Употребление наркотиков. Травмы че­репа, была ли по­теря сознания и последующие нервно-психиче­ские нарушения после травмы. Психические травмы.

В. Анамнез заболевания

Болезненные эпизоды в прошлом. Патологические влияния в периоде, непосредственно предшествующим заболеванию: го­ловные боли, головокружение, бессонница, снижение работо­способ­ности, раздражительность, снижение интересов, измене­ние склонностей: замкнутость, изменение настроения. Странные поступки и высказывания, бред. Течение заболевания до мо­мента помещения в больницу.

III. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

А. Краткие соматические и неврологические данные

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах, лабораторных исследованиях.

Б. Психический статус

Ясность сознания, ориентировка во времени, месте, соб­ствен­ной личности.

Доступность — вступает ли в общение быстро и охотно, об­наруживает ли замкнутость и нежелание общаться. Быстрота психических реакций.

Мимика и моторика: живость, изменчивость, разнообразие, адекватность мимики; выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Речь: темп, последовательность, связность, ло­гичность, конкретность, переключаемость.

Поведение в отделении: степень активности, общительность, осведомленность об обстановке в отделении, аккуратность в оде­жде и еде, занятия, преобладающее настроение, эмоциональные реакции, жалобы. Отношение к обследованию, к собеседнику.

Вни­мание. Запоминание, память на прошлое. Запас сведений и поня­тий. Суждения, способность к обобщению и различию, к выявлению существенного и второстепенного. Критика к бо­лезни, к своему поведению. При нарушении течения мыслей же­лательно привести образцы речи больного.

Обманы восприятия, их подробная характеристика, когда воз­никают, в чем проявляется, связь с другими психическими нару­шениями. Как относится к ним больной.

Бред, его подробная характеристика, связь с другими рас­ст­ройствами психики, влияние на поведение.

В случаях органических заболеваний (в частности, цереб­ра­льного атеросклероза, травмы и др.), а также оли­гофрении и эпилепсии возникает необходимость более тщательно­го иссле­дования внимания, памяти, сообразительности, критики. В таких случаях целесообразно воспользоваться излагаемой ниже схемой дополнительного (более подробного) исследования этих психи­ческих функций.

Приемы исследования внимания, памяти и мышления

ВНИМАНИЕ

Наблюдение в беседе должно выявить, рассеян ли больной, слу­шает ли, что ему говорят, отвлекается ли.

1. Повторение больным краткого рассказа или басни.

2. Последовательное вычитание из 100 по 7 или по 13.

3. Перечисление дней недели в прямом и обратном порядке.

ПАМЯТЬ

1. Запоминание текущих событий дня, что делал, что ел, где был, кого видел. Знает ли больной свое место в палате, срок сво­его пребывания в больнице, время поступления, знает ли кто его врач, его имя.

2. Выполнение задания на запоминание несколько цифр, слов: нужно спросить несколько раз через 1 мин, через 10 мин.

3. Умение больным передать содержание короткого рассказа или басни.

4. Память на прошедшие события, на общественные и исто­рические факты, на события личной жизни, сохранность школь­ных и профессиональных знаний. Конфабуляции выявляются в рассказах больного о своей жизни или путем специальных наво­дящих вопросов: «Что вчера здесь произошло?», «Где были вчера?», «Кого встречали?», «Куда ходили, ездили?».

МЫСЛИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ

При исследовании мыслительных способностей, суждений, сообразительности, критики, кроме проб, используются данные, которые выясняются путем наблюдений за поведением больных в отделении, во время беседы. Учитывается сохранение чувства такта, понимание ситуации, умение вести себя в новой обста­новке. Во всех случаях при определении степени слабоумия принимается во внимание культурный уровень больного, его об­разование, запас знаний.

Для оценки простейших суждений в первую очередь нужны высказывания больных об окружающих их людях, об их поступ­ках. Выясняют понимание больным возможных причин этих по­с­тупков.

Способность к более сложным и к абстрактному мышлению исследуются путем проб на:

- разграничение понятий, например: кража и заем, река и озеро, ложь и ошибка; при грубом слабоумии более отдаленных понятий, например: машина и лошадь, рыба и лодка;

- понимание переносного значения поговорок, пословиц, уме­ние применить их к ситуациям, близким и понятным больно­му, понимание подтекста басен, шуток, общего смысла, корот­кого рассказа;

- умение решить задачу из области привычных навыков, нап­ример: приготовить пищу, покрасить пол, рассчитать, сколько продуктов требуется на обед для семьи и т.п.;

- при исследовании критики выясняют:

1. Отношение пациента к его болезни в целом: считает ли себя больным, в чем видит болезнь, как переживает факт заболе­вания.

2. Отношение пациента к отдельным болезненным измене­ниям: устанавливают, как сам больной оценивает изменение своих мыслительных способностей, нарушение памяти, речи. Отноше­ние, больного к этим недостаткам при указании на них со стороны. Регистрируют также способность уловить ошибки в сужде­нии других больных или нелепость суждения, нарочито высказанную собеседником.

3. Критика больного к своему поведению: отметить такие проявления, как развязность, бестактность, непонимание боль­ным ситуации, в частности, отношения к нему окружающих, оп­ределить его оценку неправильных поступков других больных, отметить реакции больного на собственные неправильные по­ступ­ки и суждения при указании на них.

Краткие методические указания к обоснованию диагноза (методика клинического разбора)

Для того чтобы диагноз был правильным, нужны последо­ва­тельные и логически верные умозаключения. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических проявлений и возможностей субъективности в их оценке. Пред­ставленная здесь общая схема построения диагноза должна со­действовать систематическому мышлению в каждом конкретном случае.

1. ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ

Прежде всего, нужно дать себе отчет в том, какие конкрет­ные симптомы — неврологические, соматические и психопатоло­ги­ческие — могут быть усмотрены в совокупности фактических данных, приведенных в истории болезни, и перечислить все эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение сим­пто­мов может обеспечить всю дальнейшую работу по построе­нию диаг­ноза и привести к ошибкам.

2. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Вторым этапом диагностического мышления является объеди­нение симптомов в синдромы. Синдром (группа симпто­мов, объеди­ненных единым патогенезом и связанных опреде­ленной закономер­ностью возникновения) — основная единица, которой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соот­ветствовать в психиатрии принятой но­менклатуре (см. «Номенклатура синдромов»). Квалификация синдрома бывает затруднительной ввиду нечеткой клинической картины или наличия симптомов, которые могут быть отнесены к разным синдромам. В таких случаях нужно назвать мотивировку синдромов, диагностированных у больных.

3. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Оценка картины состояния, синдромальный диагноз, 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 течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, но для прогноза и для вы­бора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболева­ния должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важно опреде­ление типа начала заболевания, инициального этапа. Жела­тельно установить, какой синдром является преобладающим, ведущим на том или ином этапе болезни. Важно также уловить моменты смены — перехода простых, «малых» синдромов в сложные, «бо­льшие». Например, в случае параноидной шизоф­рении с типичным течением нужно выделить характерные этапы: паранояльный, пара­ноидный, парафренный.

В общей характеристике течения нужно пользоваться уста­новленными понятиями: острое, подострое, прогрессирущее (прогредиентное), ремиттирущее, периодическое (фазное), пароксиз­мальное, регредиентное течение.

4. ОЦЕНКА «ПОЧВЫ» И ЭТИОЛОГИИ

В понятие «почва» вкладывается понятие конституции боль­ного, всех тех моментов из его прошлого, 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, о его харак­те­роло­ги­ческих особенностях и конституционных свойствах.

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

5. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

Полнота описания и систематизации болезненных проявлений помогают квалифицировать состояние больного, избежать субъ­ек­тивности и при условии знания частной патологии остано­виться на конкретном предположительном диагнозе.

Далеко не всегда врач встречается с теми отчетливыми и ти­пичными сочетаниями синдромов и других клинических призна­ков, которые описаны в книгах. Неопытный и невнимательный ди­агност, «настроившись» на какое-нибудь заболевание, «под­гоняет» данный случай к типичной картине заболевания, нахо­дит у больного симптомы, известные из книг, но отсутствующие в дан­ном случае, и не замечает симптомов, противоречащее его диаг­ностическому предположению.

Только вначале, при построении предположительного диагно­за можно руководствоваться теми симптомами и анамнестиче­скими данными, которые соответствуют той или иной болезнен­ной форме, оставляя в стороне нехарактерные для нее признаки. В процессе дальнейшей проверки и обсуждения этого первона­чального диагно­за эти нехарактерные признаки должны быть взвешены (см. раздел «дифференциальный диагноз»).

Пример: *Больному 28 лет. С детства — повышенно чув­стви­телен, замкнут. В течение последних двух лет повышенная утомляемость, «рассеянность». Периодически возникали мысли о собственной неполноценности, чувство, что его жизни «все идет самотеком». В течение полугода беспокоят неопределенные боли в голове. После разрыва с женой стало казаться, что за ним следят, что посторонние люди ходят за ним по улицам, гово­рят о нем между собой. Больной насторожен, в отделении держи­тся уединенно, временами отказывается от еды, к чему-то прислу­шивается. Вял, мимика небогатая, интереса к беседе с врачом не обнаруживает.*

Большинство фактов из представленной совокуп­ности указывает на возможность параноидной формы шизофре­нии. Этот предполагаемый диагноз мотивируется молодым воз­растом, наличием бредовых идей преследования, не отражаю­щих явным образом реальной ситуации конфликта; замкнуто­стью больного, не­богатой эмоциональностью. Такие факты, как возникновение пси­хоза после конфликта, характерологические отклонения, предше­ствующие болезни, дающие основание для другого предположения (реактивного параноида) будут рас­смотрены позже, при дифферен­циальном диагнозе.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

*Первый* — наиболее принятый путь установления диффе­ренциального диагноза — сличение (аналогия) с заболеваниями, имеющими сходную картину. Выделить синдромы, сравниваем наблюдаемую картину с заболеваниями, при которых бывают такие же синдро­мы. Так, при слуховых галлюцинациях мы мо­жем иметь в виду дифференцировку с теми формами, для кото­рых характерен вербаль­ный галлюциноз — с алкогольным, люе­тическим психозами, с пси­хозами при общих инфекциях, ши­зофренией. *Второй путь* дифферен­циального диагноза более сложен, но он в большей мере учитыва­ет конкретные, индивиду­альные особенности данного случая болез­ни. Этим вторым спо­собом предположительный диагноз контролиру­ется при помощи анализа тех признаков, которые нехарак­терны для предпола­гаемой формы.

Используем такой путь для контроля предположительного диа­гноза параноидной шизофрении в последнем примере. Нети­пичными для параноидной шизофрении признаками в этом при­мере оказывает­ся возникновение бреда после конфликта, нали­чие сензитивных черт характера у больного, отсутствие грубых нарушений в тече­нии мыслей. Эти явления дают повод предпо­лагать у больного ре­активный параноид.

Проводя дифференцию с этим заболеванием, мы убеждаемся в том, что отсутствие связи в содержании бреда с травмирую­щим переживанием (разрыв с женой), бедные эмоциональные проявле­ния не совместимы с этим диагнозом. Контроль таким образом подтверждает нам предполагаемый диагноз шизофре­нии.

7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предполагаемый диагноз ограничивается указанием только на нозологическую форму и является самым кратким, самым об­щим, абстрактным диагнозом. Окончательный диагноз — раз­верну­тый, конкретный; он является результатом всего анализа заболе­вания и должен учитывать как типичное, общее для всех случаев данной нозологической формы, так и частное, индиви­дуальное, свойственное только данному больному (в частности, атипичные для этой формы симптомы). Такой диагноз называют также струк­турным, имея ввиду, что он отражает формирующие картину факто­ры: соотношение «почвы», основного и исполни­тельного фактора, особенности процесса, его локализаций и т.п.

Окончательный диагноз должен быть сформулирован таким образом, чтобы наряду с нозологической формой в нем были указаны:

1. Вариант этой формы.

2. Важнейший синдром.

З. Тип тече­ния.

4. Этап или стадия течения.

5. Выраженность патологичес­ких отклонений.

6. Особенности локализаций.

7. Особенности «почвы», наследственности, характера и т.п.

Так, окончательный диагноз в нашем примере параноидной шизофрении может быть следующим: *вялотекущая шизофрения, параноидная форма, параноидный этап у личности с психопати­чес­кими чертами характера*.

Окончательный диагноз должен служить основой для мотиви­зации прогноза, лечения, трудового устройства, поэтому он дол­жен быть сформулирован с исчерпывающей полнотой и конкрет­ностью.

Номенклатура важнейших психопатологических синдромов

1. Амнестический (Корсаковский).

2. Апатический.

3. Астенический (неврастенический, церебрастенический).

4. Бредовой.

5. Галлюцинаторный (острый, хронический галлюциноз).

6. Гебефренический.

7. Депрессивный.

8. Ипохондрический.

9. Истерический (припадок, мутизм, псевдодеменция, истери­ческое сумеречное состояние).

10. Кататонический (ступор, возбуждение).

11. Маниакальный.

12. Навязчивых явлений.

13. Нарушения ясности сознания (обнубиляция, сомноленция, сопор, кома, делирий, онейроид, аменция, сумеречное состоя­ние).

14. Психического автоматизма (Канданского-Клерамбо).

15. Психопатоподобный.

16. Психосенсорных расстройств (метаморфопсии, расстрой­ства схемы тела).

17. Слабоумие. Деменция амнестическая, эйфсрически-некри­тическая, асемическая, персевераторно-брадифреническая (эпи­ле­птическая), инкогерентно-апатическая (шизофреническая). Оли­гофрения.

*ВАЖНЕЙШИЕ СМЕШАНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ*

I. СИНДРОМЫ С АСТЕНИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ

1. Астено-адинамический.

2. Астено-депрессивный.

3. Астено-дисфорический.

4. Астено-ипохондрический.

II. СИНДРОМЫ С ДЕПРЕССИВНОЙ ОСНОВОЙ

1. Депрессивно-ипохондрический.

2. Депрессивно-параноидный.

3. Меланхолический раптус.

4. Ажитированная депрессия.

III. СИНДРОМЫ С КАТАТОНИЧЕСКИМИ ЯВЛЕНИЯМИ

1. Кататоно-аментивный.

2. Кататоно-гебефренный.

3. Кататоно-параноидный.

4. Кататоно-онейроидный.

IV. АПАТИКО-АБУЛИЧЕСКИЙ

V. ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫЙ

**Схема направления в психиатрический, наркологический стационар**

НАПРАВЛЕНИЕ

Телефон \_\_\_\_\_

(название учреждения)

НАПРАВЛЯЕТСЯ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ОБСЛЕДОВАНИЕ)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(областную психиатрическую больницу, психиатрическое отделение, наркологический диспансер)

ФИО пациента

Год рождения \_\_ Домашний адрес \_\_ '

Место работы \_\_\_ профессия

Сведения об инвалидности срок п/о

адреса родственников (фамилия, имя, отчество) ' -

. ; \_\_\_ \_\_\_ № тел. .

Основание для госпитализации в стационар \_ \_\_\_\_\_

Госпитализация: а) добровольная; б) недобровольная.

(подчеркнуть)

При недобровольной госпитализации указать основания (критерии):

Последний раз лечился в

\* (наименование психиатрического стационара и дата)

Оказанная неотложная психиатрическая помощь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о параклинических обследованиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные сведения о больном (анамнез, катамнез) направляется в больницу первично, повторно с указанием проводимого лечения до поступления в стационар, диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психический статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сомато-неврологический статус с указанием температуры тела, наличие телесных повреждений, угрожающих для жизни явлений, контакт с инфекционными больными, осмотр на педикулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Тема 3.** Олигофрении.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос, контроль выполнения практического задания (написание полной клинической истории болезни, составление направления больного в психиатрический стационар).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Классификация умственной отсталости

2.Методы коррекции и профилактики

Контроль преподавателя осуществляется в процессе устного опроса и проверки истории болезни и направления больного в психиатрический (наркологический) стационар.

**Тема 4.** Эпилепсия.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос, контроль выполнения практического задания (написание полной клинической истории болезни, составление направления больного в психиатрический стационар).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**Вопросы для рассмотрения:**

Эпилепсия в детском возрасте

**Практические задания**. Написание полной клинической истории болезни (средства для выполнения см. в занятии 2)

Контроль преподавателя осуществляется в процессе устного опроса и проверки истории болезни и направления больного в психиатрический (наркологический) стационар.

**Тема 5.** Шизофрения в детском возрасте.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос, контроль выполнения практического задания (написание полной клинической истории болезни, составление направления больного в психиатрический стационар).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Особенности шизофрении в детском возрасте

**Практические задания**. Написание полной клинической истории болезни (средства для выполнения см. в занятии 2)

Контроль преподавателя осуществляется в процессе устного опроса и проверки истории болезни и направления больного в психиатрический (наркологический) стационар.

**Тема 6.** Лечение и реабилитация психически больных в детском возрасте.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Особенности лечения психических больных в детском возрасте

2.Особенности реабилитации больных в детском возрасте

Контроль преподавателя осуществляется в процессе устного опроса.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета по зачетным билетам, содержащим два теоретических вопроса (в устной форме), один практический вопрос (в форме демонстрации практических навыков)

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

**Зачтено** - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

**Не зачтено -** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

*Общая психопатология больных детского возраста.*

1.Аффективные расстройства.

2.Двигательные нарушения

3.Речевые нарушения.

4.Расстройства восприятия.

5.Мнестико – интеллектуальные нарушения.

6.Синдромы нарушения сознания.

*Этиопатогенетические механизмы развития психических расстройств.*

7.Биологические.

8.Психологические.

9.Социальные.

10.Социально – психологические.

*Пограничные расстройства в детском возрасте.*

11.Неврозы.

12.Расстройства личности и поведения.

*Умственная отсталость*

13.Классификации.

14.Методы коррекции и профилактики.

*Особенности подростковой патологии*

15.Дисморфофобии.

16.Нервная анорексия, булимия.

*Эндогенные заболевания в детском и подростковом возрасте.*

17.Шизофрения.

18.МДП.

19.Лечение, реабилитация и профилактика больных в детском и подростковом возрасте

**Образец зачетного билета**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: психиатрия**

**Дисциплина: Детская психиатрия**

**Курс обучения: второй**

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №\_\_\_/**

**I.** Практическая часть: написание амбулаторной истории болезни

**II.** Синдромы нарушения сознания

**III.** Неврозы в детском возрасте

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В.Г. Будза

Декан факультета подготовки кадров высшей

квалификации к.м.н., доцент И.В. Ткаченко

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК 1готовность 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 | Знать Комплекс психогигиенических мер, направленных на укрепление здоровья детей, учащихся, лиц взрослого и позднего возраста. Уровни и методы первичной профилактики, методы ранней диагностики психических расстройств, этиопатогенез психических заболеваний. | вопросы №1-19…… |
| Уметь Проводить беседы о здоровом образе жизни, вреде различного рода зависимостей. Проводить психокоррекцию неправильного воспитания детей и подростков, нарушенных семейных отношений у больных, в частности, для профилактики психических расстройств у родственников. Составить направление к специалисту на медико-генетическую консультацию при выявлении риска по генетическому заболеванию. Диагностировать инициальные признаки психических заболеваний. | Все практические занятия |
| Владеть методами оценки медико-социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому образу жизни, с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья, навыками диагностики и лечения инициальной симптоматики психических заболеваний. | Все практические занятия |
| 2 | ПК5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знать современные методы клинической, патопсихологической, лабораторной и инструментальной диагностики у больных детского возраста, необходимыми для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | вопросы №1-19…… |
| Уметь выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико-патопсихологического, патопсихологического, лабораторного и инструментального обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических состояний; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты клинико-патопсихологического, патопсихологического, лабораторного и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования | Все практические занятия |
| Владеть методами общеклинического обследования (опрос, сбор субъективного и объективно анамнеза, написание психического статуса) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных психических заболеваний; алгоритмом постановки развёрнутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней | Все практические занятия |
| 3 | ПК6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи | Знать основные характеристики лекарственных препаратов, используемых для лечения больных детского возраста, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам | вопросы №1-19…… |
| Уметь оказывать первую помощь, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях в детской психиатрии, осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств | Все практические занятия |
| Владеть алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у больных детского возраста; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения | Все практические занятия |