

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

НАИМЕНОВАНИЕ: ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ
АТТЕСТАЦИЯ

ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
— ПРОГРАММА ОРДИНАТУРЫ
(УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ)

Наименование укрупненной группы специальности
31.00.00 Клиническая медицина

Наименование специальности
31.08.21 Психиатрия-наркология

Квалификация выпускника: врач-психиатр-нарколог

Форма обучения: очная
Срок обучения: 2 года

Объем: 3 (з) 108 часов

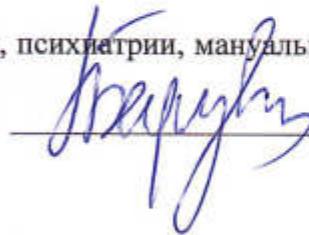
Волгоград, 2025

Разработчики программы:

| № | Ф.И.О. | Должность | Ученая степень/ звание | Кафедра (полное название) |
|-----------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Барулин Александр Евгеньевич | Заведующий кафедрой, профессор | д.м.н., профессор | Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО |
| 2. | Ростовщиков Виталий Владимирович | Доцент кафедры | к.м.н., доцент | Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО |
| 3. | Ростовщикова Сусанна Игоревна | Ассистент | | Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО |

Рабочая программа рассмотрена на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО, протокол № 7 от 05.06.2025 года

Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО,
д.м.н., профессор



А.Е. Барулин

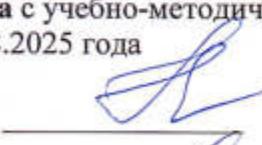
Рецензенты:

Заведующий кафедрой медицинской и общей психологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н., профессор Менделевич В.Д.

Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н., профессор Курушина О.В.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от 26.08.2025 года

Председатель УМК



Н.И. Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Науменко

1.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования - программе ординатуре по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология разработана в соответствии со следующими нормативными документами:

- Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

- Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология, утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014г. №1063 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 28.10.2014 N34429)

- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. N 1258);

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 г. № 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лицам, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»;

- Положением «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолГГМУ

Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от 27.08.2025 №1480-КО.

1.2 Итоговая (государственная итоговая) аттестация (далее – ИГА) осуществляется итоговой (государственной) экзаменационной комиссией, проводится в сроки, определяемые календарным учебным графиком.

1.3 Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации реализуется в базовой части учебного плана подготовки ординатора по направлению подготовки (специальности) 31.08.21 Психиатрия-наркология очной формы обучения. Итоговая (государственная итоговая) аттестация относится к Блоку 3 Основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология, и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу итогового/государственного экзамена. На итоговую (государственную итоговую) аттестацию отводится 108 часов (3 ЗЕ).

1.4 К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология.

1.5 Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценки результатов сдачи итогового (государственного) экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения ординаторов не позднее, чем за шесть месяцев до начала итоговой государственной аттестации.

1.6 Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения итогового (государственного) аттестационного испытания директор Института НМФО утверждает расписание итоговый (государственных) аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения итогового (государственного) экзамена и предэкзаменационных консультаций. Расписание доводится до сведения обучающихся, председателя и членов ИЭК/ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ИЭК/ГЭК.

1.7 Перед итоговым / государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся (предэкзаменационные консультации) по вопросам, включенными в программу экзамена.

2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Целью итоговой (государственной итоговой) аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального

государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Оценить уровень сформированности у выпускников универсальных и профессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом и образовательной программой высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации);

2. Установить уровень готовности выпускника к самостоятельному выполнению всех видов профессиональной деятельности, предусмотренных требованиями федерального государственного образовательного стандарта по специальности высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, и решению профессиональных задач в своей профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности;

3. Определить степень готовности выпускника к осуществлению трудовых действий врача психиатра-нарколога, уровень овладения необходимыми умениями и знаниями для осуществления трудовых функций врача психиатра-нарколога.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ)

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими компетенциями:

Универсальные компетенции (УК):

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

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

Профессиональные компетенции

Профилактическая деятельность:

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 среди его обитания.

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

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

ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

Диагностическая деятельность:

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.

Лечебная деятельность

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

ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.

Реабилитационная деятельность:

ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

Психолого-педагогическая деятельность:

ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Организационно-управленческая деятельность:

ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

ПК-11 Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской

помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

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

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен быть готов к исполнению трудовых действий врача-психиатра-нарколога, обладать необходимыми умениями и знаниями для осуществления **трудовых функций**:

A/01.8 Проведение обследования пациентов в целях выявления психических расстройств и расстройств поведения, установление диагноза в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара;

A/02.8 Назначение лечения пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара;

A/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

A/04.8 Проведение медицинских освидетельствований, медицинских экспертиз и медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара;

A/05.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара;

A/06.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара;

A/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара.

B/01.8 Проведение обследования пациентов в целях выявления психических расстройств и расстройств поведения, установление диагноза в условиях стационара;

B/02.8 Назначение лечения пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, контроль его эффективности и безопасности в условиях стационара;

B/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов в условиях стационара;

В/04.8 Проведение медицинских освидетельствований, медицинских экспертиз и медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в условиях стационара;

В/05.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения в условиях стационара;

В/06.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в условиях стационара;

В/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме в условиях стационара.

3. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация включает:

- подготовку к сдаче государственного экзамена
- сдачу государственного экзамена

В соответствии с учебным планом по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология отводится 108 академических часа (3 ЗЕ).

4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В 2025-2026 УЧЕБНОМ ГОДУ

4.1 Итоговая (государственная итоговая) аттестация для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования (программе ординатуры) по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология в 2025-2026 учебном году в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России проводится согласно Положения «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от 27.08.2025 № 1480-КО.

4.2 Для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология создается государственная экзаменационная комиссия, которая состоит из

председателя, секретаря и членов комиссии.

4.3 Состав государственной экзаменационной комиссии создается по основным профилям подготовки не позднее, чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации, утверждается приказом ректора университета и действует в течение календарного года.

4.4 Государственная экзаменационная комиссия формируется из профессорско-преподавательского состава и научных работников Университета, а также лиц, приглашаемых из органов управления здравоохранением, работников медицинских организаций.

4.5 Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается по представлению ВолгГМУ Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения Государственной итоговой аттестации.

4.6 Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в Университете, имеющих ученую степень доктора наук и (или) ученое звание профессора, либо являющихся руководителем органов управления здравоохранением или медицинских организаций.

4.7. В состав государственной экзаменационной комиссии включается не менее 5 человек, из которых 50% являются ведущими специалистами в области акушерства и гинекологии и (или) представителями органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лицами, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ВолгГМУ, и (или) иных организаций и (или) научными работниками Университета и (или) иных организаций, имеющими государственное почетное звание.

4.8. Основной формой деятельности комиссии являются заседания. Заседание комиссии правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии.

Решения комиссии принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссии и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами.

4.9. Проведение заседания государственной экзаменационной комиссии, решения, принятые комиссией, оформляются протоколами на каждого обучающегося (приложение 1,2,3). В протоколе заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии по приему итогового (государственного) экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов итоговой (государственной) экзаменационной комиссии о выявленном в ходе итогового (государственного) аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также

о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии также подписывается секретарем итоговой (государственной) экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве Управления подготовки в ординатуре Института НМФО ФНБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

4.10. Основными функциями государственной экзаменационной комиссии являются:

- определение соответствия подготовки ординатора требованиям федерального государственного образовательного стандарта по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология;

- принятие решения о присвоении квалификации «врач-психиатр» по результатам итоговой (государственной итоговой) аттестации и выдаче ординатору диплома об окончании ординатуры и приложения к нему.

4.11 Не позднее, чем за 30 календарных дней до проведения первого этапа государственного аттестационного испытания, организация утверждает распорядительным актом расписание государственных аттестационных испытаний (далее - расписание), в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающегося, членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

4.12 При формировании расписания устанавливается перерыв между государственными аттестационными испытаниями продолжительностью не менее 7 календарных дней.

4.11 К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший индивидуальный учебный план в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программой, разработанной на основе федерального государственного образовательного стандарта (далее - ФГОС).

4.12 Обучающимся и лицам, привлекаемым к итоговой (государственной итоговой) аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

4.13 Не допускается взимание платы с обучающихся за прохождение государственной итоговой аттестации.

4.14 Для обучающихся из числа инвалидов государственная итоговая аттестация проводится Университетом с учетом особенностей их

психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

4.15 Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации – по программам ординатуры.

4.16 Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки "неудовлетворительно", отчисляются из организации с выдачей справки об обучении, как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

4.17 Лицо, не прошедшее итоговую (государственную итоговую) аттестацию, может повторно пройти итоговую (государственную итоговую) аттестацию не ранее чем через один год и не позднее чем через пять лет после срока проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации, которая не пройдена обучающимся.

4.18 Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для итоговой (государственной итоговой) аттестации по соответствующей образовательной программе.

4.19 Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения Государственной итоговой аттестации. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

4.20 Ординаторам, не сдавшим итоговую (государственную итоговую) аттестацию, ординатура, по желанию, может быть продлена на компенсационной основе (по договору) с правом повторной сдачи экзамена через 6 месяцев.

4.21 По результатам Государственной итоговой аттестации обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию (далее - Комиссия) письменное заявление об апелляции по вопросам, связанным с процедурой проведения государственной итоговой аттестации, не позднее следующего рабочего дня после прохождения Государственной итоговой аттестации.

4.22 Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

4.23 Состав Комиссии утверждается приказом ректора Университета. Комиссия формируется в количестве не менее 4 человек из числа профессорско-преподавательского состава медицинского института Университета, не входящих в состав государственной экзаменацонной комиссии.

4.24 Председатель Комиссии утверждается приказом ректора Университета из числа лиц, включенных в состав Комиссии.

4.25 Апелляция подлежит рассмотрению не позднее двух рабочих дней со дня ее подачи.

4.26 Апелляция рассматривается на заседании Комиссии с участием не менее половины состава Комиссии. На заседание Комиссии приглашаются председатель государственной экзаменацонной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

4.27 Для рассмотрения вопросов, связанных с процедурой проведения государственной итоговой аттестации, в Комиссию направляется протокол заседания государственной экзаменацонной комиссии, экзаменацонные листы обучающегося.

4.28 Решение Комиссии принимается простым большинством голосов и оформляется протоколом. При равном числе голосов председатель Комиссии обладает правом решающего голоса.

4.29 Оформленное протоколом решение Комиссии, подписанное ее председателем, доводится до сведения подавшего апелляцию обучающегося (под роспись) в течение трех рабочих дней со дня заседания Комиссии.

4.30 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

4.31 Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

4.32 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. ЭТАПЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

5.1 Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры – Психиатрия, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

5.2 Итоговая (государственная итоговая) аттестация ординаторов в Университете в 2025-2026 учебном году проводится в форме государственного экзамена в форме трех государственных аттестационных испытаний:

- Тестового контроля (I этап);
- Оценки практических навыков (II этап);
- Заключительного собеседования (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам) (III этап).

5.3 Первый этап итогового (государственного) аттестационного испытания, проводится в тестовой форме, результаты объявляются на следующий рабочий день после дня его проведения, второй и третий этапы итогового (государственного) экзамена, проводятся в устной форме, результаты объявляются в день проведения этапа,

5.4 1 этап – тестовый контроль: используются тестовые задания, включающие все разделы рабочей программы по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология; экзамен проводит председатель, сопредседатель, члены экзаменационной комиссии; по заданной программе ЭВМ регистрирует количество правильных и неправильных ответов и выставляет конечный результат 1 этапа экзамена, который заносится в соответствующий протокол; результат тестового контроля оценивается как «зачет», если ординатор ответил на 71% и более от 100 представленных ему тестовых заданий, и «не зачет», если ординатор ответил менее, чем на 70% от 100 представленных ему тестов (банк тестовых заданий на сайте www.disttest.ru). Протокол результатов прохождения 1 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 1).

5.5 II этап – оценка практических навыков: оценивается освоенный объем практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой:

- общий уровень теоретической и практической подготовки ординатора непосредственно в процессе собеседования);
- умение обследовать больного;
- умение применить специальные инструментальные и лабораторные методы обследования пациента и интерпретировать результаты;
- установление основного и сопутствующего диагноза, осложнений;
- проведение дифференциального диагноза;
- знание методов экстренной и неотложной медицинской помощи, владение методами интенсивной терапии;
- назначение комплексного лечения;
- определение прогноза и дальнейшей тактики ведения больного;
- составление плана диспансерного наблюдения;

5.6 III этап – заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам). Ординатор, не сдавший один из двух первых этапов экзамена, не допускается к третьему этапу. Третий этап представляет проверку целостности профессиональной подготовки ординатора, уровня его

компетентности в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций.

5.7 Результаты 2 и 3 этапов экзамена оцениваются по пятибалльной системе. Протокол результатов прохождения 2, 3 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 2, 3).

5.8 Оценка определяется, исходя из следующих критериев:

- **«Отлично»** – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо» – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«Удовлетворительно» – дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

«Неудовлетворительно» – дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

6. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.

6.1 Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой Итоговой (государственной итоговой) аттестации для обучающихся по основной профессиональной

образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология по вопросам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки к государственному экзамену необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации и стандарты ведения больных, а также использовать материалы электронной информационно-образовательной среды ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России для обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации (программам ординатуры).

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, которые проводятся по расписанию, утвержденному распорядительным актом Университета, и доводятся до обучающихся не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится предэкзаменационная консультация обучающихся по вопросам, включенными в программу государственного экзамена. Консультирование осуществляют преподаватели, включенные в состав государственной экзаменационной комиссии по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, имеющие ученое звание и (или) ученую степень. Первый этап государственного аттестационного испытания – тестирование включает ответы на 100 тестовых заданий с одним или несколькими правильными вариантами ответа. Второй этап государственного аттестационного испытания – оценка практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой. Третий этап государственного аттестационного испытания – собеседование, которое включает устные ответы на вопросы экзаменационного билета и решение одной задачи. Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08. 20 Психиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации). При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии

6.2 Перечень основных разделов дисциплины:

- Общие вопросы психиатрии
- Общая психопатология

- Дифференциальная диагностика психопатологических синдромов в психиатрии
 - Частная психиатрия»
 - Неотложные состояния в психиатрии

6.3 Фонд оценочных средств к итоговой (государственной итоговой аттестации)

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология включает:

- задания в тестовой форме (300)
- вопросы для оценки практических навыков (60)
- вопросы для собеседования (90)
- ситуационные задачи (30)

6.3.1 Примеры тестовых заданий для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология

1. ЗАКОН РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» ПРИМЕНЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

- а) государственных учреждений системы здравоохранения федерального уровня;
- б) медицинских учреждений независимо от их ведомственной принадлежности;
- в) всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории РФ;
- г) медицинских учреждений муниципального уровня;
- д) всех врачей- психиатров за исключением частнопрактикующих врачей.

ОТВЕТ: В

2. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ДОБРОВОЛЬНОЙ, ЕСЛИ ОНА ОКАЗЫВАЕТСЯ⁶

- а) по просьбе близких родственников пациента;
- б) при самостоятельном обращении дееспособного пациента в психиатрическое учреждение;
- в) по направлению участкового врача территориальной поликлиники;
- г) по просьбе или с согласия лица независимо от его возраста.

ОТВЕТ: Б

3. ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О СВОИХ ПРАВАХ, А ТАКЖЕ О ХАРАКТЕРЕ ИМЕЮЩИХСЯ ПСИХИЧЕСКИХ

РАССТРОЙСТВ И ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ В ДОСТУПНОЙ ФОРМЕ И С УЧЕТОМ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ИМЕЮТ⁵

- а) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением;
- б) только лица, госпитализированные в психиатрический стационар;
- в) только лица, получающие лечение психотропными средствами;
- г) только лица, к которым применяются принудительные меры медицинского характера;
- д) все лица, страдающие психическим расстройством при оказании им психиатрической помощи.

ОТВЕТ: Д

4. РЕШЕНИЕ О НЕПРИГОДНОСТИ ГРАЖДАНИНА ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА К ВЫПОЛНЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ИСТОЧНИКОМ ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ, ПРИНИМАЕТСЯ

- а) врачом любой специальности;
- б) врачом- психиатром единолично;
- в) врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения;
- г) прокурором;
- д) судом.

ОТВЕТ: В

5. СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАНИНА ИМЕЮТ ПРАВО ЗАПРАШИВАТЬ

- а) сотрудники по работе;
- б) соседи;
- в) судебно-следственные органы, в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- г) никому не дано такого права.

ОТВЕТ: В

6.3.2 Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.21. Психиатрия-наркология (практическая часть):

1. Особенности курации больных в психиатрическом стационаре.
2. Оформление медицинской документации в психиатрическом диспансере.
3. Тактика терапии алкогольного делирия.
4. Тактика оказания первой врачебной помощи психически больному с социально-опасными действиями.
5. Купирование эпилептического статуса.
6. Показания, противопоказания и методика проведения электросудорожной терапии.
7. Диагностика и купирование злокачественного нейролептического синдрома.
8. Купирование приступа фебрильной шизофrenии.

9. Показания, противопоказания и методика проведения инсулинокоматозной терапии.
10. Проведение недобровольной госпитализации в стационар (показания, оформление необходимой документации).
11. Оформление медицинской документации в наркологическом.
12. Тактика лечения абстинентного синдрома при наркоманиях.
13. Методика купирования психомоторного возбуждения: маниакального, кататонического, гебефренического.
14. Методика купирования различных видов возбуждения: при алкогольном делирии, остром алкогольном галлюцинозе.
15. Методы коррекции хронических неврологических и соматовегетативных побочных эффектов терапии психотропными веществами.
16. Тактика лечения острых алкогольных энцефалопатий.
17. Лечение алкогольного абстинентного синдрома.
18. Тактика лечения острой интоксикации при токсикоманиях.
19. Методики проведения дегидратационной и нейрометаболической терапии при психических расстройствах органического генеза.
20. Методы коррекции нейролептического синдрома.
21. Терапия антидепрессантами (показания к назначению, противопоказания и т.д.)
22. Лечение транквилизаторами (показания к назначению, противопоказания и т.д.)
23. Терапия нейролептиками (показания к назначению, противопоказания и т.д.).
24. Методы коррекции серотонинового синдрома.³
25. Методы коррекции гиперпролактинемии.³
26. Виды режимов наблюдения в психиатрическом стационаре.³
27. Особенности и способы применения мер физического стеснения в психиатрии.
³
28. Первое поколение антипсихотиков: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.³
29. Второе поколение антипсихотиков: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.³
30. Третье поколение антипсихотиков: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.³
- 31.Monoаминовая теория развития депрессий и особенности подбора терапии антидепрессантами в соответствии с ней.³
32. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.³
33. Тактика подбора антипсихотической терапии в зависимости от преобладающей симптоматики.³
34. Нормотимики: основные представители группы, особенности подбора терапии.
³
35. Преодоление резистентности при лечении шизофрении.³
36. Основные лабораторные и инструментальные показатели, подлежащие контролю при проведении психофармакотерапии.³
37. Особенности проведения психофармакотерапии при беременности.³
38. Купирование психотических расстройств и бессонницы у пожилых пациентов.
³
39. Особенности фармакотерапии в детском возрасте. Основные психофармакологические препараты, одобренные для применения в детском возрасте.³
40. Место атипичных антипсихотиков в лечении биполярного аффективного расстройства и рекуррентных депрессий.³

41. Купирующая терапия при шизофрении. Парентеральные формы антипсихотиков.
42. Антипсихотики пролонгированного действия: показания к применению, основные представители, тактика подбора терапии.³
43. Коррекция медикаментозной гипотонии.³
44. Особенности ухода за дементными и ослабленными пациентами.³
45. Тактика подбора терапии при болезни Альцгеймера.³
46. Лечение задержки речевого развития.³
47. Виды амбулаторного наблюдения в психиатрии, их особенности.³
48. Особенности лечения пациентов с кататоническим синдромом.³
49. Тактика лечения пациентов с отказом от приема пищи.³
50. Тактика лечения пациентов с суициdalным риском.³
51. Место психотерапии в лечении психических расстройств.³
52. Дифференциальная диагностика истероформных и эпилептиформных судорожных приступов, отличия базовой терапии.³
53. Особенности ведения медицинской документации недееспособных пациентов, пациентов, состоящих на АДН и АПНЛ в стационаре.³
54. Особенности оформления медицинской документации при назначении препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, препаратов, не входящих в стандарты терапии.³
55. Особенности ведения медицинской документации пациентов, находящихся на листе нетрудоспособности.³
56. Порядок оформления пациента в учреждение социального обслуживания.³
57. Виды принудительного лечения и учреждений, которые его осуществляют.³
58. Основные методики исследования памяти и интеллекта.³
59. Основные методики исследования личностных особенностей.³
60. Основные методики исследования особенностей мышления.³

Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.21. Психиатрия-наркология (теоретическая часть):

Раздел «Общие вопросы наркологии»:

1. Предмет и задачи психиатрии и наркологии, их отношение к другим разделам медицинской науки.
2. Наркологическая служба в РФ как самостоятельная часть здравоохранения.
3. История наркологической помощи в России.
4. Правовые аспекты оказания амбулаторной наркологической помощи.
5. Правовые аспекты и принципы наркологического освидетельствования.
6. Права и обязанности медицинских работников, оказывающих наркологическую медицинскую помощь.
7. Нормативная регуляция наркологической помощи.
8. Нормативная регуляция психиатрической помощи. Основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

9. Организация стационарной психиатрической и наркологической помощи. Показания к госпитализации.
10. Организация амбулаторной психиатрической и наркологической помощи
11. Методы исследования, применяемые в психиатрии и наркологии. Клинический метод. Параклинические методы в психиатрии. Диагностические возможности каждого метода
12. Принципы классификации психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ X). Факторы риска возникновения наркологических заболеваний.

Раздел «Общая психопатология»:

1. Понятие симптома и синдрома в психиатрии, их значение для диагностики психических расстройств. Понятие продуктивной и негативной симптоматики, их диагностическое значение
2. Методы исследования, применяемые в психиатрии. Клинический метод. Параклинические методы в психиатрии. Диагностические возможности каждого метода
3. Расстройства ощущений. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях.
4. Расстройства восприятия: иллюзии, их классификация. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях
5. Расстройства восприятия: галлюцинации их классификация, объективные признаки наличия галлюцинаций. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях.
6. Психосенсорные расстройства. Понятия дереализации и деперсонализации, явления *deja vu* и *jamais vu*. Диагностическое значение
7. Расстройства мышления. Диагностическое значение симптомов
8. Сравнительная клиническая характеристика бредовых, навязчивых и сверхценных идей. Сравнительная клиническая характеристика дисморфоманий и дисморфофобии.
9. Бредовые идеи. Определение, критерии и основные варианты бреда
10. Бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный, парафренный. Клиническая характеристика бредовых синдромов
11. Синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо. Клиническая характеристика.
12. Навязчивые состояния: обсессивные, фобические, компульсивные расстройства. Заболевания, при которых встречаются навязчивые состояния.
13. Ипохондрический синдром. Дифференциальная диагностика с somатическими заболеваниями.
14. Расстройства внимания, клиническая характеристика, диагностическое значение

15. Расстройства памяти. Нарушение запоминания, сохранения и воспроизведения информации.
16. Парамнезии, классификация. Корсаковский синдром. Клиническая характеристика.
17. Умственная отсталость (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), диагностические критерии
18. Приобретенное слабоумие. Клиническая характеристика органической, эпилептической и шизофренической деменции.
19. Расстройства аффективной сферы⁶
20. Клиническая характеристика продуктивных и негативных симптомов, их диагностическое значение.
21. Депрессивный и маниакальный синдромы. Клиническая характеристика
22. Психоорганический синдром. Клиническая характеристика.
23. Расстройства воли и влечений. Клиническая характеристика основных симптомов и синдромов.
24. Невротические и неврозоподобные синдромы, клиническая характеристика
25. Двигательные расстройства. Кататонический синдром, клинические варианты его проявления: ступор, возбуждение.
26. Синдромы выключения сознания (оглушение, сопор, кома). Клиническая характеристика.
27. Синдромы помрачения сознания: делирий, онейроид. Клиническая характеристика.
28. Синдромы помрачения сознания: аменция, сумеречное помрачение сознания. Клиническая характеристика.
29. Пароксизмальные явления: припадки (grand mal, petit mal). Отличие истерических пароксизмов от эпилептических.⁶
30. Эмоциональные реакции. Физиологический и патологический аффект, сравнительная клиническая характеристика⁵.
31. Аутоагрессивное и суицидальное поведение.⁶

Раздел «Частная психиатрия»

1. Принципы классификации психических расстройств в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ X). Факторы риска возникновения психических заболеваний.
2. Дегенеративные заболевания мозга: психические нарушения при болезни Альцгеймера, болезни Пика. Клиническая характеристика, течение, прогноз
3. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах. Классификация, клинические проявления в различные периоды болезненного процесса
4. Психические нарушения инфекционного генеза (сифилис, энцефалиты, СПИД). Клинические особенности.

5. Психические расстройства сосудистого генеза. Общая характеристика. Клиника
6. Психические нарушения при внутричерепных опухолях. Клинические особенности.
7. Эпилепсия. Этиология, патогенез заболевания. Классификация. Клинические проявления пароксизмальных состояний. Изменение личности при эпилепсии.
8. Невротические и неврозоподобные синдромы, клиническая характеристика
9. Шизофрения. Определение. Классификация. Этиология и патогенез
10. Шизотипическое расстройство. Клиника. Особенности течения
11. Основные клинические формы шизофрении: параноидная, простая, кататоническая, гебефреническая. Клиника.
12. Шизоаффективные расстройства. Клиника. Общие черты и различия от биполярного аффективного расстройства
13. Биполярное аффективное расстройство. Клинические проявления. Варианты течения.
14. Понятие маскированной (соматизированной) депрессии. Клиническая характеристика, принципы дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями. Циклотимия
15. Реактивные психозы. Острые реакции: аффективно-шоковые и истерические реактивные психозы. Клинические проявления
16. Затяжные реактивные психозы: реактивная депрессия, реактивный параноид. Клинические проявления
17. Неврозы. Клинические проявления. Критерии диагностики. Этиология, роль личности и среды в возникновении неврозов
18. Истерия. Клинические проявления.
19. Расстройства зрелой личности и поведения (психопатии). Определение. Систематика. Отличие от акцентуации характера.
20. Клинические проявления параноидного, шизоидного, сенситивного расстройств личности.
21. Клинические проявления эмоционально-лабильного, диссоциального, эпилептоидного расстройства личности
22. Клинические проявления истерического, циклотимического, неустойчивого, ананкастного расстройства личности.
23. Неврастения. Клинические проявления.⁵
24. Обсессивно-фобический невроз. Клинические проявления.⁶

Раздел «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ»

1. Острая интоксикация алкоголем. Простое (типичное) и атипичное алкогольное опьянение. Диагностика степени алкогольного опьянения.
2. Патологическое алкогольное опьянение, диагностика.
3. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)

4. Зависимость от алкоголя
5. Классификация алкоголизма и основные клинические закономерности заболевания
6. Симптомы, синдромы и Психопатологические состояния при алкоголизме. Особенности их формирования
7. Пивной алкоголизм
8. Соматические последствия злоупотребления алкоголем
9. Поражения нервной системы при злоупотреблении алкоголем
10. Коморбидность алкоголизма
11. Формулировка диагноза при злоупотреблении алкоголем
12. Алкоголизм у женщин
13. Алкоголизм у лиц пожилого возраста
14. Подростковый алкоголизм⁶
15. Ремиссии и рецидивы при алкоголизме
16. Алкогольные психозы и другие психопатологические состояния при алкоголизме
17. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ (наркомания и токсикомания)
18. Клинические проявления и закономерности течения зависимости от наркотических средств и ПАВ
19. Клиника, принципы диагностики и лечения наркомании и токсикомании
20. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиатов, острые и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
21. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов, острые и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
22. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств, острые и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
23. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина, острые и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.

24. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психостимуляторов, острые и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром
25. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов, острые и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.

- 26.Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
- 27.Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
- 28.Психические и поведенческие расстройства, вызванные сочетанным употреблением различных психоактивных веществ, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром
- 29.Профилактика заболеваний наркологического профиля
- 30.Лечение алкоголизма⁶

Раздел «Неотложные состояния в наркологии»

1. Организационные основы неотложной медицинской помощи больным наркологического профиля
2. Методы интенсивной терапии неотложных состояний в наркологии
3. Клиническая характеристика и лечение неотложных состояний в наркологии
4. Неотложные состояния в наркологии: алкогольный делирий, абстинентный синдром. Клинические проявления, методы купирования.
5. Неотложные состояния в наркологии: героиновый абстинентный синдром, передозировка опиатами. Клинические проявления, методы купирования.
6. Агрессивное и суицидальное поведение пациентов с зависимостью от ПАВ.
7. Психические расстройства у соматически тяжелых реанимационных пациентов⁶

Типовые ситуационные задачи, выносимые на ВЫНОСИМЫЕ НА III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.21. Психиатрия-наркология

Типовые ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1³

Мужчина. 42 года. Достоверных сведений о наследственности нет. Посещал ДДУ, в школу пошел в срок. Окончил 8 классов, ПТУ по специальности «электрогазосварщик». Служил в армии (морская пехота), демобилизован в срок. Работал кровельщиком. Около 20 лет нигде не работает, находился на иждивении родителей, после их смерти в течение 2 лет живет с сестрой. Из перенесенных заболеваний – простудные.

Психические расстройства отмечаются около 20 лет, когда впервые стал испытывать необычные ощущения в теле, стал считать, что «органы переместились, поменялись местами, мешают дышать», в связи с чем бросил работу, пытался обследоваться у врачей-интернистов, но патологий не выявлено, самостоятельно установил себе диагноз

«остеопороз» и далее нигде не работал, вел замкнутый образ жизни, жил на иждивении у родителей.

В течение последнего полугода обратил на себя внимание родственников тем, что разговаривал в пространство, сообщал о «жуке» в голове, который определяет, когда нужно есть и спать, когда вызывать скорую помощь. Сообщал о том, что внутренние органы у него разложились, что 2-хлетний сын племянницы «высасывает» его энергию, в связи с чем перестал общаться с родными.

В ОТДЕЛЕНИИ: Вначале пытался полностью диссимилировать симптоматику, но затем сообщил, что слышит внутри головы шум стройки, работающего трактора, «непонятный голос, который дает советы, предсказывает будущее, комментирует – в скорой все время повторял, что меня будут целый день катать», сообщил, что ощущает неприятный запах от своего тела, что свидетельствует о том, что «все внутренние органы сгнили, после того, как перемешались...до сих пор за столько лет дыхание не восстановилась – это остеопороз». С окружающими не общается, абуличен, неряшлив, все свободное время проводит в постели, встает по необходимости, интересы витальные, во время визитов сестры формален, домашними делами не интересуется, стремится как можно быстрее закончить разговор.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №2³

Мужчина, 18 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Беременность матери протекала без патологии. В раннем развитии – без особенностей. Посещал ДОУ. В школу пошел с 7 лет. Закончил 11 классов, на протяжении 2-х лет обучался в ПУ, но обучения не продолжил в связи с началом психического заболевания. Ничем серьезным не болел, травмы, операции отрицает.

Состояние ухудшилось в течение полугода: после смерти тети, стал тревожным, беспокойным, боялся крестов, могил, упал на кладбище в день похорон, в дальнейшем отказывался выходить на улицу, зашторивал окна, заявлял о воздействии извне: «как будто внутри кто-то сидит...заставляет ругаться матом», «внутренний голос руководит». От обращения к психиатру категорически отказывался. В течение 3-х дней стал отказываться от приема пищи, перестал разговаривать с родными, своего поведения не объяснял. Матерью вызвана скорая помощь.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Неряшлив. Зрительного контакта избегает. Подозрителен, напряжен. Отказывается беседовать в присутствии родителей. При подробном расспросе сообщил, что «слышит» в голове «голос» своего знакомого, который путем «телекинеза» способен управлять его действиями: «говорит моим ртом то, что думает сам». Причину отказа от еды объяснил тем, что «знакомый запрещает, говорит, что родители хотят от меня избавиться». Подробнее переживаний не раскрывает. Мышление паралогичное. Критики к своему состоянию нет.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №3³

Мужчина, 30 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Образование средне специальное, работает слесарем. Из хронических заболеваний – язвенная болезнь желудка. По характеру спокойный, исполнительный. Был призван в армию весной 2010 г. Во время службы изменилось состояние: стал многоречивым, называл себя

«генералом», говорил, что может командовать батареей, был двигательно беспокойным, плохо спал, вмешивался во все происходящее, был непродуктивно деятельным. С 20.05.2010 г по 03.07.2010 г. находился на лечении и обследовании в военном госпитале. Был комиссован из армии. Состояние самопроизвольно купировалось в течение 3 месяцев, смог вернуться к работе, к психиатру не обращался. В настоящее время проживает с женой.

Настоящее ухудшение состояния в течение недели: стал чрезмерно активным, раздражительным, многоречивым, гневливым, конфликтовал с родными, не спал ночами, стал алкоголизироваться. В состоянии алкогольного опьянения избил жену. Женой вызвана спецкарета.

НА МОМЕНТ СМОТРА: Благодушен, суетлив, поет песни, расточает комплименты, многоречив. Фон настроения повышен. Ориентирован правильно, в полном объеме. Охотно беседует, в нецензурной форме сообщает об избиении жены «она меня допекла...берегите мужчин». Внимание неустойчивое, перескакивает с одной темы разговора на другую. Обманов восприятия, бредовых идей не обнаруживает. Темп мышления ускорен. Память, интеллект – без грубых нарушений. Критически свое состояние не оценивает.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №4³

Мужчина, 39 лет. Наследственность не отягощена. Имеет средне специальное образование. Служил в армии, в войсках МВД, демобилизован в срок. Работал электромонтажником, в настоящее время инвалид 2 группы по психическому заболеванию. Проживает с матерью. Разведен, детей нет.

По характеру всегда был мягкий, ранимый. Занимался спортом, вел здоровый образ жизни. Пять лет назад получил тяжелую ЧМТ (был избит), с диагнозом: «ЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени» находился на лечении в стационаре, был прооперирован по поводу удаления внутричерепных гематом. В течение полугода после выписки получал амбулаторное лечение у неврологов по месту жительства (по поводу сенсорной и моторной афазии, развернутых эпиприпадков до 3-4 в месяц), в дальнейшем стал наблюдаться у психиатра. С этого времени изменился по характеру, стал несдержаным, придирчивым, грубым, эгоцентричным, на малейшие замечания дает бурные аффективные реакции, неоднократно избивал мать.

Настоящее ухудшение состояния в течение нескольких дней до госпитализации: не спал по ночам, алкоголизировался, в опьянении становился злобным, конфликтовал с родными, угрожал расправой. Матерью вызвана спецкарета.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Суетлив, раздражителен. Речь скандированная, смазанная, контакт малопродуктивный в связи с сенсомоторной афазией. Жестами показывает, что «выпил немного, а мать сразу вызвала скорую», неправильное поведение дома отрицает. Просьбы, инструкции не выполняет, противодействует осмотру, нецензурно бранится, легко аффектируется, грубит. Импульсивен, вскакивает с места, замахивается на санитаров кулаками, на замечания не реагирует. Активной психопродукции не обнаруживает.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №5³

Женщина, 65 лет. После смерти мужа, 2,5 года назад стала принимать феназепам в дозе 1 мг на ночь. Через 3 месяца поняла, что одной таблетки для сна недостаточно. Знакомые посоветовали добавить корвалол. В течение последующих месяцев принимала сперва по 30-40 капель корвалола и 1-2 таблетки феназепама на ночь, затем доза лекарств постепенно повышалась. При попытке уменьшить дозу возникала бессонница, добавляла корвалол, иногда принимала корвалол в течение дня вместе с таблеткой феназепама. На момент осмотра суточная доза феназепама составляет 6-7 мг, в день выпивает по 100-150 капель корвалола. При попытке отказаться от приема препаратов хотя бы в дневные часы становится раздражительной, тревожной, устраивает скандалы дочери. В тайне от нее стремится принять «свою дозу», чтобы успокоиться.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №6³

Мужчина, 20 лет. Наследственность не отягощена. Родился от нормально протекавших беременности и родов. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел в 6 лет, учился удовлетворительно. Род общительным, любознательным, много читал. Закончил 9 классов, затем продолжил обучение в техникуме, но учебу бросил. В армии не служил в связи с дебютом психического заболевания. Из перенесенных заболеваний: простудные. ЧМТ, туберкулез, венерические заболевания - отрицает. Лекарственной непереносимости не отмечалось.

Психическое состояние изменилось после смерти отца 2 года назад: переживал его смерть, появилась раздражительность, стал общаться с асоциальной компанией, употреблять наркотики, периодически уходил из дома, не ночевал. Через год употребления ПАВ сообщил матери, что употребление наркотиков прекратил, «...так как прочитал, что это вредно для мозга», стал беспокоиться о своем здоровье, неоднократно обращался к врачам, «... хотел восстановить организм». С этого времени изменился по характеру: стал необщительным, увлекся религией, много читал религиозной литературы, спрашивал у родных: «Как надо жить?». Состояние усугубилось в течение последней недели: сообщал, что его зовут Персей, «... это значит – первый сейчас, ... я сын Зевса, ... я об этом забыл в детстве, а теперь вспомнил, ... мне 15 триллионов лет». Сообщал, что его отцом является Бог, «... других родителей у меня нет, поэтому ушел от людей, у которых жил», вел записи от имени Зевса. По настоянию матери обратился к психиатру.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Загружен болезненными переживаниями, труднооткликаем. Временами к чему-то прислушивается, большинство вопросов игнорирует, спонтанно заявляет, что никого не убивал, что его родственники умрут, если он не будет верить Зевсу, что в его теле «10 лет будут жить Анатолий, Вера, Анна, Наташка, Валера и Максим», сообщил, что в силу божественного происхождения может повелевать силами природы. Мышление разорванное. Оценить когнитивные функции не представляется возможным. Критики к своему состоянию нет.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №7⁶

Мужчина, 39 лет, доставлен в стационар женой, в связи с неправильным поведением дома. Жалоб не предъявляет, больным себя не считает. Поступает в стационар третий раз, после каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу.

Состояние изменилось 2 недели назад, когда пациент стал чрезмерно общительным, легко заводит новые знакомства, даже на улице, приглашает случайных людей к себе домой, доверяет им ключи от квартиры, от машины, раздает деньги. Спит не более 3-4 часов в сутки. Весел, в беседе не может сдержать смех. Мимика живая. На месте не удерживается, быстро ходит по комнате, жестикулирует. Многословен, склонен к рифмованию, декламирует стихи, рассказывает анекдоты. Часто не заканчивает фразы, переходит к новой мысли.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №8³

Мужчина, 25 лет. Наследственность не отягощена. Во время беременности матери отмечался токсикоз первой половины беременности, угроза выкидыша в 7-8 недель, нефропатия 2 ст., патология плаценты. Родился в асфиксии. С детства отставал в психофизическом развитии, обучался во вспомогательной школе, где окончил 4 класса, трудовых навыков не приобрел. Проживает с матерью, родители в разводе, отец проживает отдельно. С детства под наблюдением психиатров (убегал из дома, бродяжничал, совершал поджоги). Настоящее ухудшение состояния в течение 2 недель до госпитализации: убежал из дома, затем спонтанно уехал из областного центра в область, был задержан сотрудниками РОВД, была вызвана мать. В связи с данным состоянием в сопровождении матери обратился к психиатру.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Во времени ориентирован приблизительно, в месте и собственной личности ориентировка сохранена. Выражение лица оглушенное, речь косноязычная, изъясняется простыми фразами. Эмоционально лабилен, раздражителен. Не отрицает, что убегал из дома: «погулять хотел». Примитивен, суждения незрелые. Запас общеобразовательных знаний мал. Умеет писать печатными буквами свои ФИО, чтению не обучен. Мышление конкретное. Коэффициент умственного развития – 48 баллов. Активной психопродукции не обнаруживает.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №9³

Мужчина, 74 года. Наследственность не отягощена. Достоверных сведений о раннем развитии нет. Образование 7 классов. Служил в СА связистом, демобилизован в срок. Пенсионер по возрасту. Проживает один, сын умер несколько лет назад, жена – 8 месяцев назад.

В анамнезе острый инфаркт миокарда около 4 лет назад, страдает гипертонической болезнью, систематического лечения не получает. Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ категорически отрицает.

Со слов соседа, утром накануне госпитализации встретил пациента на улице растерянного, отвел его домой. Вечером вновь встретил его в подъезде в нижнем белье, пациент стал жаловаться а то, что видит различные «картинки», слышит в голове других людей. Сосед вызвал скорую помощь. Для исключения острой соматической патологии проконсультирован терапевтом «острой патологии нет», неврологом: «галлюцинаторное расстройство», выполнена КТ, заключение нейрохирурга: «менингиома параселлярной области», рекомендовано проведение МРТ в плановом порядке. При транспортировке разговаривал вслух, сообщал, что соседи разговаривают с ним и «посылают» ему картинки. Доставлен в стационар.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Сознание не помрачено. В месте и собственной личности ориентирован, правильно называет свой возраст, но текущую дату не знает. Считает, что жена умерла около месяца назад. Растроен, тревожен, недоуменно спрашивает: «Зачем они мне эти картинки без моего разрешения показывают? Периодически застывает. Понимает необычность своего состояния. Бредовой интерпретации не обнаруживает. Мышление обстоятельное, тугоподвижное.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №10³

Мужчина, 27 лет. Употребляет героин на протяжении 5 лет в возрастающих дозах. В последнее время регулярно принимал по 1,5 грамма наркотика в сутки, но из-за сложившихся обстоятельств (отсутствие денег) прекратил прием наркотика. При поступлении в наркологический стационар предъявляет жалобы на резкие боли во всем теле, неприятные ощущения в сердце и желудке, тошноту и диарею. Находится в состоянии двигательного беспокойства, раздражен, постоянно просит дать ему какое-нибудь лекарство.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №11⁴

Женщина, 30 лет. По характеру эгоцентричная, капризная, мнительная. Отец страдал туберкулезом легких, постоянно подозревая его у себя, многократно обследовалась, но патологии со стороны органов дыхания не обнаруживалось. 5 лет назад после конфликта с мужем, чтобы "успокоиться" хотела выпить таблетку фенибути, но поперхнулась, была рвота, возникло чувство удушья, страх смерти. Подобные состояния повторялись еще несколько раз при конфликтах с мужем и на работе. После очередного приступа в прошлом месяце появилось чувство сухости во рту, стала постоянно носить бутылочку с водой и несколько раз за день полоскать горло. На приеме после каждого 2-3 фразы полощет горло.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №12⁴

Мужчина, 52 года. Злоупотребляет алкоголем около 30 лет. Последние 14 лет пьет запоями по 5-7 дней. К настоящему времени перешел на крепленые вина, эпизодически суррогаты. В течение 2 последних лет стал обращать внимание на то, что жена им не интересуется, поздно возвращается домой. Настойчиво стал выяснять «где она пропадает» в течение дня. Ответы жены не удовлетворяли его, перестал ей верить. Стал подозревать, что она ему изменяет, стал за ней следить. Во время ссор стал применять физическое насилие, угрожает расправой. Требует «сознаться во всем и не доводить его до греха», находит «доказательства» неверности (незнакомый запах парфюма, слишком яркий макияж). Пришел к выводу, что жена изменяет ему с начальником.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС: Ориентирован, подробно рассказывает о поведении жены, непоколебимо убежден, что жена ему изменяет. Чтобы не убить ее и не отвечать на это, считает необходимым развестись. Считает себя здоровым, а в больницу его поместили «жена и любовник, чтобы развратничать». В отделении спокоен, однако на свиданиях с женой требует от нее признаний, гневлив, угрожает расправой.

1. Назовите симптомы.

2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №13⁴

Женщина, 49 лет обратилась к психиатру после смерти мужа. Тяжело переживала утрату, много плакала, постоянно думала о муже. При засыпании часто видела мужа, который звал ее к себе. Настроение резко снижено. Выражение лица печальное, на глазах слезы. Рассказывая о своей жизни, о муже, плачет, говорит, что без него жизнь для нее закончилась.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №14⁶

Мужчина, 18 лет. Ранее не употреблял спиртные напитки. После однократного употребления алкоголя в объеме 100 мл водки, отмечалось помрачение сознания с полной дезориентированностью, двигательное возбуждение, немотивированная агрессия. По выходу из состояния отмечалась полная амнезия.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №15⁴

Мужчина, 48 лет. Жалобы на «душераздирающую тоску», тревогу. Поступает в стационар в четвертый раз, приступы по типу «клише». После каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу. Настоящая госпитализация связана с тем, что был намерен «убить себя и жену, чтобы избавить от мучений и ее, и себя». При поступлении выражение лица печальное, настроение резко снижено. Не сидит на месте, вскакивает, говорит, что так ему легче. Во время разговора теребит одежду, заламывает руки, внезапно хватается за голову: «Что же будет?!». Винит себя в том, что «запустил болезнь, не пришел к врачу вовремя». Пессимистичен, не видит выхода из своей «ситуации». Высказывает суицидальные намерения.

Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №16⁴

Мужчина, 33 года. Наследственность не отягощена. Раннее развитие – без особенностей. Образование среднее специальное, работает мастером на заводе. Служил в армии в строительных войсках, демобилизован в срок. Алкоголем и другими ПАВ не злоупотребляет. Травмы, операции, нейроинфекции отрицает.

Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать пациента с завода. По его приказу сотрудники «намекают» пациенту на увольнение, соседи записывают все его разговоры

с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Пациент весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №17⁴

Женщина, 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течение 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают ей, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. «Голоса» идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются пациенткой, как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой пациенткой пульсацией сосудов. При усилении «голосов» в тишине, особенно ночью, пациентка становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с пациенткой «голоса» полностью исчезают. Охотно соглашается, что «голоса» эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №18⁴

Мужчина., 39 лет, слесарь. С 20-летнего возраста злоупотребляет алкоголем, в настоящее время пьет практически ежедневно, разовая толерантность 500 мл водки. 5 дней назад госпитализирован в хирургическое отделение в связи с острым панкреатитом. Накануне вечером появилась непонятная тревога, беспокойство. Считал, что его палата наполнена народом, какие-то люди машут ему, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки. В страхе выбежал из палаты и бросился к выходу, спасаясь от «преследования». Была вызвана психиатрическая бригада скорой помощи.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Возбужден, не удерживается на месте, рвется к дверям, к окнам. Считает, что находится у себя дома. Себя называет правильно. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется. Критики нет.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №19⁴

Женщина, 45 лет. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лежит у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, стонать, держится руками за голову, плачет. Жалуется на тяжелое общее состояние: «Все тело болит.... Голова разламывается... Не сплю ни минуты» и т. п. При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала себе руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет «закатывала» глаза. Сухожильные рефлексы оставались сохранными и даже повышались. После окончания припадка, длившегося 10-15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания. Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной. Просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии. Суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №20⁵

Задача 20. Мужчина, 42 года, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом скорой помощи: инфаркт миокарда - в дальнейшем был отвергнут. Однако с этого времени пациента стала преследовать мысль о том, что он может в любой момент упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда пациент находился в душном помещении, в большой толпе. Он перестал ездить в автобусе, в трамвае - как только закрывались двери вагона, его охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти тяжелые переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях, не ходил в кино. Объяснял это тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем он прибегал на предприятие и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. В один из таких дней, когда по дороге на работу, пациент переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем несколько раз, с большим риском для жизни, проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью аварии на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило пациента обратиться к врачу.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.

3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №21⁵

Женщина, 25 лет, бухгалтер. В течение трех недель пребывания в психиатрической больнице состояние было следующим. Ни с кем не общается. Целыми днями сидит в углу палаты, ни к чему не проявляет интереса, выражение лица отсутствующее, взгляд устремлен в одну точку, временами застывает в нелепых позах. Периодически без видимого повода начинает громко смеяться. Привлечь внимание удается с большим трудом. На короткое время пробуждается как ото сна, дает несколько односложных ответов на вопросы, а затем вновь погружается в прежнее состояние. Удается выяснить, что пациентка находится одновременно и в больнице, и в сказочном мире, потеряла счет времени. К концу третьей недели состояние значительно улучшилось. Она рассказала, что все это время жила в мире сказочных грез. Казалось, что она находится на берегу моря, волны с ревом набегают на берег. Она лазет на высокую гору, по ущелью двигаются автомобили с зажженными фарами. Вокруг - домики, похожие на китайские фанзы, люди, говорящие на китайском языке. Вот она идет по лесу, перед ней большая труба из человеческих голов. Труба превращается в змею, у нее загораются два ярких глаза. Страха при этом не испытала, было очень интересно.

Пациентка помнит обо всем пережитом, но все вспоминается как сон - виденного так много, что «всего не перескажешь».

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №22⁵

Мужчина, 18 лет, учащийся колледжа. С 10-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить пациента нигде не удалось. Спустя сутки вернулся домой. Он был оборванным, замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, все время смотрел в потолок. Ночью совсем не спал. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось, и пациент рассказал следующее: «Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего до тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, все время повторял про себя: до Челябинска 10 километров, 10 километров. После этого опять ничего не помню. Пришел в себя где-то около Челябинска. Я сидел у речки под мостом и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. Я чего-то сильно боялся. Думал: скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню». Знакомые рассказали родителям, что видели их сына после его исчезновения из дома на берегу озера километров за 10 от города. Он показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых рассеянно кивнул им и пошел дальше.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №23⁵

Пациент С., 37 лет. Наследственность манифестными психозами не отягощена. С детства был общительным и легко заводил друзей, нравилось быть в центре внимания. Окончил школу, затем медицинское училище, работал фельдшером. Первый брак – в 19 лет. В возрасте 26 лет на фоне расторжения первого брака по инициативе супруги беспокоила длительная (около полугода) стойкая подавленность, сниженное настроение. Жалел себя, не понимал, как жена могла «совершить подобное предательство». Испытывал чувство тоски в загрудинной области, «будто на душе лежал камень». Был плаксив.

Появилась несвойственная ранее неуверенность в себе, не испытывал желания общаться с друзьями, проводил время в одиночестве. Жаловался родным, что «не чувствует прежнего удовольствия от жизни». С трудом засыпал, просыпаясь чувствовал себя усталым. Потерял 2-3 кг за 6 месяцев. Вместе с тем продолжал работать. К врачам не обращался. Состояние постепенно обошлось спустя 6 месяцев. Вернулся к привычному настроению, вскоре повторно женился. Чувствовал себя удовлетворительно. Настоящее ухудшение в течение 2 недель. Со слов жены, стал более возбужденным, не сидел на месте. Пребывал в приподнятом настроении, был более энергичным: неожиданно затеял ремонт в квартире, заявил, что справится с ним самостоятельно без привлечения строителей, одновременно решил приобрести дом за

городом. Вместе с тем был рассеянным, постоянно переключался с одной идеи на другую, бросал начатое. Стал многогречив, заводил беседу с незнакомцами в магазине, транспорте, предлагал свою помощь. Узнав о финансовых трудностях у случайной знакомой, подарил той семейные драгоценности. Говорил, что нашел свое призвание – «помогать людям». Резко нарушился сон, спал не более 3-4 часов в сутки. Похудел на 4 кг за 2 недели. После уговоров родных амбулаторно обратился за психиатрической помощью.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №24⁵

Женщина, 35 лет. Мать властная, энергичная, настойчивая, вспыльчивая, неуравновешенная, в 62 года находилась на лечении в психиатрической больнице по поводу депрессивного расстройства. Больная развивалась нормально, была веселой, подвижной, энергичной. Работала продавцом-консультантом в магазине одежды, легко находила подход к покупателям. Замужем с 21 года. Имела 4 беременности (3 искусственных абортов и 1 роды в 24 года). После родов перенесла эпизод депрессии. Отмечалось снижение настроения, подавленность. Жаловалась на постоянное чувство усталости, слабости, разбитости. Беспокоила апатия, нежелание что-либо делать. Заботы о ребенке и домашнем хозяйстве перепоручила матери. По многу часов лежала в постели без сна, много плакала. Винила себя в том, что не испытывает чувств к ребенку. Нарушился сон, с трудом засыпала. За время депрессии (6 месяцев) похудела на 8 кг. Суицидальных намерений не строила. К врачам не обращалась. Состояние постепенно обошлось самостоятельно спустя 8 месяцев.

Настоящее ухудшение в течение двух недель. Стала испытывать трудности на работе, делала ошибки, была задумчивой, рассеянной, тревожной. Наросла подавленность, тоскливость. Резко нарушился ночной сон по типу трудностей засыпания. Снизился аппетит, потеряла более 5 кг за две недели. Стала высказывать родным идеи о том, что является преступницей, так как совершила в прошлом аборты. Просила прощения у мужа и матери, плакала. Пассивно согласилась на госпитализацию. Во время осмотра психиатра плачет, просит о помощи. Выражение лица тоскливо. Мимика обеднена. Двигательно заторможена. Мысление крайне замедлено, говорит тихим голосом, ответы дает после длительной паузы, односложные. Сообщает, что слышит детский плач за стеной; считает, что из-за нее убивают детей. Высказывает идеи самообвинения, самоуничижения. Считает себя плохой матерью, лентяйкой, всю жизнь плохо работавшей. Настроение снижено на протяжении всего дня, без суточных колебаний. Сообщает, что задумывается о самоубийстве, чтобы «облегчить жизнь близким».

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №25⁶

Мужчина, 38 лет, инженер-строитель. На работе получил тяжелую травму головы. Доставлен на фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась рвота. Находился неделю на больничном листе, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти, в связи с чем больной госпитализирован.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: РаSTERян. Дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 1955, 1971, 1915; при поправке повторяет за врачом и тут же забывает. В качестве адреса места жительства называет старый адрес родителей, амнезировал, что у него есть жена и ребенок. Не помнит обстоятельство поступления в стационар. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет блюда, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена на ближайшие события, отдаленные анамнестические сведения сообщает подробно. Сообщает, что в настоящее время проходит службу в армии, соседи по палате – его сослуживцы и у них «привал». Мышление замедленное, конкретизированное, ригидное.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №26⁵

Мужчина, 42 года. Обратился за консультацией к знакомому психологу с жалобами на необычное состояние, которое сопровождало его в последние несколько дней, в течение которых, особенно вечерами, чувствовал себя крайне тревожно, никак не мог уснуть, непрестанно ходил по комнатам: казалось, что в доме кто-то есть. Открыв двери в ванной, четко разглядел стоящего у двери человека с седой бородой в чалме и длинном восточном одеянии. Схватил его, но обнаружил, что держит банный халат. Отправился в спальню и у окна увидел того же восточного человека, бросился к нему, но понял, что это штора. Лег, но не мог уснуть. Заметил, что цветы на обоях в спальне стали выпуклыми, начали вырастать из стены и превращаться в ползущих к нему змей и насекомых необычного размера. В панике выбежал из комнаты, но потом «взял себя в руки», вернулся в спальню.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №27⁵

Мужчина, 27 лет. Первый приступ паники возник на фоне похмелья. Ощутил сердцебиение и остановку сердца, страх, одышку. Вызвал «скорую помощь», врач

определенное некоторое повышение АД, был сделан папаверин и диазол. С., испугавшись, совершенно бросил пить и курить, однако второй приступ произошел через месяц в совершенно спокойной обстановке, дома, во время просмотра телепередач. Понял, что с ним случилось нечто серьезное; приступ прошел через 5 минут, но повторился на следующий день и длился уже более часа. С. покинул свой дом и поселился у товарища, чтобы в случае чего «было кому вызывать «скорую помощь». До этого на работе приступы паники не отмечались, но через два месяца это произошло. На фоне отсутствия напряжения, когда он, стоя у стола, просматривал бумаги, его настиг приступ паники, тревога сопровождалась резким головокружения, он вынужден был, «чтобы не упасть», схватиться за угол стола. Понял, что сейчас умрет. Была вызвана «скорая помощь», и стационарирован в неврологическое отделение. В период стационарного обследования паника не наблюдалась ни разу, но после выписки в тот же день она возобновилась.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №28⁵

Мужчина, 32 года. С детства отличается замкнутым характером. Друзей никогда не было. В школе успехи неровные, имел отличные успехи по физике и математике и удовлетворительные по литературе, не мог выучить ни одного стихотворения, поскольку не понимал их смысла. Был источником всеобщих насмешек, так как ходил в одном пальто много лет и давно из него вырос. Отказывался от совместных праздников, на которых ему было скучно. Воспитывался требовательной, гиперпротективной матерью, для которой был единственной отрадой. После окончания педагогического университета стал работать учителем физики. Женился в возрасте 30 лет, однако считал, что половая жизнь необходима только для рождения детей. Намерен «завести» ребенка лет через 10. Дома поселился в отдельной комнате, которую завалил сломанной радио- и электронной аппаратурой. По уверениям жены, не способен забыть гвоздь. На работе характеризуется как блеклый, но надежный работник. В период болезни жены и ее пребывания в больнице даже не посещал ее, так как считал, что ничем ей помочь не может. Требования жены к проведению ремонта привели его в уныние и стали мешать его работе, поскольку никак не мог собраться. В результате конфликта ушел к матери, которая предоставила ему полную свободу действий. Однако, поскольку она жила далеко от работы, вынужден был оставить работу, так как постоянно опаздывал. Мысление витиеватое, аутистическое. Имеет свои представления обо всем, совершенно не интересуется социальной действительностью, за которой следит только по курсу доллара.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №29⁵

Мужчина, 34 года, техник-строитель. Среди родственников психически больных нет. По характеру в раннем детстве был добрым, заботливым примерным мальчиком, старался всем угодить. В школе был прилежным, дисциплинированным, аккуратным, особенно в одежде. Старался угодить учителям, которые его любили. На работе

пунктуален, все выполнял четко, по плану. С возрастом характер Г. стал раздражительным, вспыльчивым, напряженным, грубым. Аффектировался, бывал склонен к агрессии. Говорил, что «если ненавижу, то мстить буду до конца». Очень любил девушку, из-за ревности пытался задушить ее. Обычно после аффективных вспышек настроение улучшалось, становился услужлив, слащав.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №30⁶

Мужчина, 63 года. Мать пациента страдала деменцией. С 57 лет пациент периодами становился рассеянным, забывал текущие дела, особенно при стрессовых ситуациях. С 58 лет появились кратковременные эпизоды дезориентации в малознакомых местах. Пациент понимал, что у него возникли проблемы с психикой, легко расстраивался, часто посещали тревожные мысли, что он может потерять работу. Путался в датах, мог в выходные собраться пойти на работу. Перестал справляться с прежним объемом работы, пытался все записывать, но часто путался в своих же записях. В 62 года уволился с работы, но периодически забывал, что он не работает, рано вставал, собирался на работу. Появились проблемы с ориентировкой даже в хорошо знакомой местности. Однажды в гостях, обвинил жену в измене, указывав на ее брата, был раздражен, не узнал его, кричал на жену. Собственного сына, который приехал их навестить, начал выгонять из дома, называл «любовником» жены, обвинял ее в неверности. По настоянию жены обратился к психиатру.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Сознание ясное. Активно жалоб не высказывает, считает, что у него все в порядке. При наводящих вопросах соглашается, что есть проблемы с памятью, из-за них трудно было работать. Речь в умеренном темпе, забывает названия некоторых предметов, но может описать их предназначение. Не помнит текущее число, день недели. Понимает, что находится на приеме у врача. Память на события недавнего и отдаленного времени существенно нарушена: не в состоянии вспомнить событий, происходивших накануне, несколько дней, месяцев и лет тому назад. Путается в хронологии и датах эмоционально значимых событий. При обследовании выявляются

выраженные затруднения запоминания серии простых слов. После интерференции не вспоминает ни одного из этих слов. Отмечается приблизительное понимание речи, сложные грамматические конструкции не осмысливает. В письменной речи отмечается логоклоническое заикание, пропуски букв. Выявляются расстройства пространственного гносиза. Нарушено узнавание времени по реальным и «слепыми» часам. В тесте рисования часов путается при постановке стрелок. Узнавание изображений предметов нарушено частично, в сенсибилизованных пробах – значительные ошибки. Допускает грубые ошибки в пробах на счет.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

7. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.21 ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ.

7.1. Основная литература:

1. Антропов Ю. А. Диагностика психических болезней: избранные лекции: шизофрения, паранойя, психоз истощения и др. [Электронный ресурс] : руководство / Ю. А. Антропов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 264 с. : ил. - (Библиотека врача-специалиста). - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428023.html>⁵
2. Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Иванец и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 896 с. : ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438947.html>
3. Психиатрия [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова ; отв. ред. Ю.А. Александровский. - Краткое издание. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 624 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435038.html>
4. Менделевич, В. Д. Психиатрия : учебник / В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2023. - 414 с. (Высшее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-41240-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222412404.html>⁶

7.2. Дополнительная литература:

1. Александровский Ю. А. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ [Электронный ресурс] / Александровский Ю. А., Ромасенко Л. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406649V0008.html>
2. Антропов Ю. А. Основы диагностики психических расстройств [Электронный ресурс] : руководство / Антропов А. Ю., Незнанов Н. Г., Незнанов Н. Г. ; под ред. Ю.А. Антропова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 384 с. - (Библиотека врача-специалиста). - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970412923.html>⁸
3. Иванюшкин А. Я. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ [Электронный ресурс] / А. Я. Иванюшкин, В. А. Тихоненко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
4. Изнак А. Ф. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИИ [Электронный ресурс] / А. Ф. Изнак. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Незнанов Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Незнанов Н. Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438282.html>
6. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс] : учебник / Иванец Н. Н., Тюльпин Ю. Г., Чирко В. В., Кинкулькина М. А. - М., 2012. - 832 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411674.html>
10. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике [Электронный

- ресурс] : руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М. : Литтерра, 2014. - 1080 с. – (Рациональная фармакотерапия). - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
7. Тихоненко В. А. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ [Электронный ресурс] / В. А. Тихоненко, М. А. Елфимов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
12. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421987.html>
13. Оруджев Н. Я. Клиническое применение психотропных средств [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 65 - Леч. дело, 060103 65 - Педиатрия, 060105 65 - Мед.-профил. дело, 060201 (060105) 65 - Стоматология / Оруджев Н. Я., Тараканова Е. А. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2013. – 100 с.
14. Оруджев Н. Я. Основные психопатологические синдромы детского возраста. Олигофрении [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз и доп. проф. образования врачей / Оруджев Н. Я., Тараканова Е. А. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ, Каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии и психиатрии-наркологии ФУВ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2013. - 109, [3] с.
15. Тараканова Е. А. Органические заболевания головного мозга : систематика, диагностика, клиника, лечение [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 65 - Леч. дело, 060103 65 - Педиатрия, 060105 (060104) 65 - Мед.-профил. дело, 060201 (060105) 65 - Стоматология / Тараканова Е. А. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ, 2013. - 57, [3] с
17. Тараканова Е. А. Клиника интеллектуальных нарушений [Текст] : учеб. пособие по спец. 060101 65 - "Леч. дело", 060103 65 - "Педиатрия", 060105 (060104) 65 - "Мед.-профил. дело", 060201 (060105) 65 - "Стоматология" / Тараканова Е. А. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ, Каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курс. психиатрии и психиатрии-наркологии ФУВ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2013. - 98, [2] с.
18. Ростовщиков В. В. Возрастные особенности клиники и лечения депрессивных расстройств [Текст] : учеб. пособие / Ростовщиков В. В., Иванчук Э. Г. ; Минздрав РФ ; ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2013. - 86, [2] с.
19. Поплавская О. В. Общая психопатология [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 65 - Лечебное дело, 060103 65 - Педиатрия, 060201 (060105) 65 - Стоматология, 060105 (060104) 65 - Медико-профилактическое дело / Поплавская О. В., Осадчий Ю. Ю. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2013. - 90, [6] с.
21. Бунькова К. М. Депрессии и неврозы [Электронный ресурс] : руководство / Бунькова К.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419755.html>
22. Сидоров П. И. ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ [Электронный ресурс] / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев. - М., 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406649V0005.html>

Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

1. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии - абстракты статей

2. Вестник психиатрии и психологии Чувашии - официальный сайт журнала, полные тексты статей (выпуски на новом сайте РОП, выпуски на старом сайте РОП)
3. Вопросы наркологии - полные тексты статей
4. Вопросы психического здоровья детей и подростков - полные тексты статей
5. Журнал им. П.Б.Ганнушкина "Психиатрия и психофармакотерапия" - полные тексты статей, новый сайт издательства. Старая версия сайта (архив выпусков).
6. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова - полные тексты статей только для подписчиков
7. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика - научный сетевой журнал, полные тексты статей
8. Медицинская психология в России - полные тексты статей
9. Наркология - абстракты статей на сайте narkotiki.ru.
10. Неврологический вестник им. В.М.Бехтерева - полные тексты статей
11. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика - полные тексты статей
12. Независимый психиатрический журнал - полные тексты статей
13. Обзор современной психиатрии - статьи иностранных авторов, переведенные на русский язык
14. **Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева** - полные тексты статей на нашем сайте
15. Омский психиатрический журнал - полные тексты статей
16. Психиатрия - полные тексты статей
17. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология - абстракты статей
18. Психические расстройства в общей медицине - полные тексты статей, новый сайт издательства. Старая версия сайта (архив выпусков).
19. Психическое здоровье - информация о журнале на сайте elibrary.ru. Психопатология и аддиктивная медицина - полные тексты статей. *NB!* Его англоязычная версия Psychopathology & Addiction Medicine
20. Психотерапия
21. Психофармакология и биологическая наркология - полные тексты статей
22. Российский психиатрический журнал - полнотекстовый архив и свежие выпуски журнала (полные тексты публикуются через 6 месяцев после выхода "бумажной" версии)

23. Сибирский вестник психиатрии и наркологии (полные тексты статей) - информация о журнале на нашем сайте
24. Современная терапия в психиатрии и неврологии - полные тексты статей
25. Современная терапия психических расстройств - полные тексты статей
26. Социальная и клиническая психиатрия - полные тексты статей на нашем сайте
27. **Суицидология** - полные тексты статей на нашем сайте
28. Статьи по психиатрии в Русском Медицинском Журнале - полные тексты статей
29. Статьи по психиатрии в журнале Доктор.ру -полные тексты статей
30. **World Psychiatry** - журнал Всемирной Психиатрической Ассоциации, перевод на русский язык на нашем сайте

Приложение 1

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ №_____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки (I этап ГИА)

(наименование специальности)

«_____» 20____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК:

/ФИО/

Члены государственной

экзаменационной комиссии:

/ФИО/

Секретарь подкомиссии:

/ФИО/

Количество заданных вопросов при проведении аттестационного
тестирования – 100

Количество правильных ответов при проведении аттестационного
тестирования - _____

Оценка _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____
сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

Приложение 2

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ №_____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(II этап ГИА - практические навыки)

(наименование специальности)
«_____» 20____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК:

/ФИО/.

Члены государственной

экзаменационной комиссии:/ФИО/

Секретарь подкомиссии:/ФИО/

Экзаменационный билет №_____

Вопросы:

1. _____

2. _____

3. _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____

сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

Приложение 3

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ №_____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(III этап ГИА – устное собеседование)

(наименование специальности)
«_____» 20____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК:

/ФИО/

Члены государственной

экзаменационной комиссии:

/ФИО/

Секретарь подкомиссии:

/ФИО/

Экзаменационный билет №_____

Вопросы:

1._____

2._____

3._____

Постановили:

Признать, что ординатор_____

сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /