

№ ОРД-ПУЛЬМ-22

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания
Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «22» марта 2022 г. № 4

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по ПРОГРАММЕ «Психолого-педагогическая практика»**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.45 «Пульмонология» утвержденной 30.03.2022 г

по дисциплине: **«Психолого-педагогическая практика»**
для ординаторов 1 года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности 31.08.45 «Пульмонология»

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 14 марта 2022 г. протокол №8**

Заведующая кафедрой

доцент



О.З. Басиева

г. Владикавказ 2022г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - перечень контрольных вопросов
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - эталоны ситуационных задач с ответами

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)
РЕЦЕНЗИЯ**

**НА ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ПРОГРАММЕ «Психолого-педагогическая практика»**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.45 «Пульмонология»

Для ординаторов по специальности 31.08.45 «Пульмонология» Фонд оценочных средств составлен на кафедре фтизиопульмонологии на основании рабочей и типовой программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям Федерального государственного стандарта ординатуры. Фонд оценочных средств утвержден на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплен печатью факультета подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнительного профессионального образования.

Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий ситуационные задачи а также ответы к ним. Тесты и задачи позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки ординаторов по **«Психолого-педагогическая практика»**.

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания варианты тестовых заданий шаблоны ответов. Все задания соответствуют образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности «Пульмонология» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество билетов для зачета достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же документа в одной академической группе в один день. Билеты для зачета выполнены на бланках единого образца по стандартной форме на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя 2 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины. Сложность вопросов в билетах распределена равномерно. Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом фонд оценочных средств по **«Психолого-педагогическая практика»** способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по **«Психолого-педагогическая практика»** по специальности «Пульмонология» может быть рекомендован к использованию для проведения зачета на Факультете подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнительного профессионального образования у ординаторов.

Рецензент:

Заведующий кафедрой
внутренних болезней №2
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России


М.М. Теблов



**Паспорт фонда оценочных средств
Психолого-педагогическая практика**

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименован ие оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1	Педагогическое мастерство преподавателя вуза Образовательный процесс в высшей школе Подготовка и проведение психолого-педагогического исследования Учёт и оценка деятельности практиканта	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

Перечень контрольных вопросов по дисциплине «Психолого-педагогическая практика», для проведения зачетного занятия ординаторов по специальности 31.08.45 Пульмонология

1. Педагогика как наука и практическая деятельность в системе образовательных и медицинских организаций.
2. Исторические вехи развития педагогической мысли: идеи, парадигмы, персоналии.
3. Высшее медицинское образование в РФ. Нормативно-правовое обеспечение образовательного процесса в медицинском вузе.
4. Формы учебных занятий и практик в высшей медицинской школе, их виды и характеристика.
5. Инновационные технологии обучения в медицинском вузе.
6. Многомерный подход к классификации методик и технологий обучения.
7. Модульное построение содержания учебной дисциплины и рейтинговый контроль.
8. Активные и интерактивные технологии обучения.
9. Личностно-ориентированный подход в обучении.
10. Компетентностно-ориентированный подход в обучении.
11. Информационные технологии обучения и технологии дистанционного образования.
12. Лекция в медицинском вузе: роль, место в учебном процессе, функции. Виды лекций и их характеристика.
13. Практические занятия на теоретических и клинических кафедрах в медицинском вузе, виды.
14. Самостоятельная работа обучающихся. Виды и формы организации. Проектно-творческая деятельность.
15. Основы педагогического контроля учебных достижений. Формы и методы оценки.
16. Сущность, содержание и структура педагогического общения. Стили педагогического общения, их характеристика. Особенности педагогического общения в медицинском вузе.
17. Психологическая, аутопсихологическая, коммуникативная и конфликтологическая культура.
18. Навыки просветительской и профилактической работы врача.
19. Коммуникативные навыки врача как навыки эффективного взаимодействия с пациентами и обучающимися, виды и их характеристика.
20. Основы психологии конфликта. Навыки конструктивного поведения в конфликтной ситуации.
21. Образование, обучение, воспитание как основные категории педагогики, их сущность и краткая характеристика.
22. Современные тенденции развития высшего медицинского образования в России и за рубежом. Компетентностный подход, уровневость, непрерывность.
23. Болонский процесс и другие интеграционные процессы в развитии высшего медицинского.
24. Педагогика как практическая деятельность в системе медицинских организаций. Медицинская педагогика: предмет, задачи, функции. Врач как педагог.
25. Профилактическая и просветительская виды деятельности в работе врача.
26. Инновационные технологии обучения в медицинском вузе.
27. Многомерный подход к классификации методик и технологий обучения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

***Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования***

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 1

Больной М. 42 лет слесарь-сантехник. Курит около 30 лет злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой одышку при физической нагрузке общую слабость недомогание повышение температуры тела по вечерам до 37,68 °С.

Врач обследовавший больного поставил диагноз: хронический бронхит обострение и назначил противовоспалительное лечение отхаркивающие средства ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось уменьшился кашель одышка почти исчезла нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе.

Через 2 месяца при очередном флюорографическом обследовании обнаружено обширное затемнение в области верхней доли правого легкого негетерогенное по структуре с участками просветления в нижних отделах правого легкого — множественные расположенные группами малоинтенсивные очаговые тени.

ВОПРОСЫ:

Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача если да то какие?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании данных флюорографии?

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какова должна быть тактика участкового врача?

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

К какому специалисту на консультацию должен быть направлен данный больной?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

***Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования***

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 2

Больная П. 23 лет швея поступила в клинику с жалобами на общую слабость повышение температуры тела (в вечерние часы) до 38°C понижение аппетита похудание одышку при физической нагрузке сухой кашель. Больной себя считает около трех месяцев когда была на седьмом месяце беременности. Сначала появилась общая слабость субфебрильная температура тела затем присоединился сухой кашель. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита эффект незначительный. На второй день после родов повысилась температура тела до 38,6°C появилась одышка.

Анамнез жизни: в детстве перенесла скарлатину пневмонию. Муж здоров.
Флюорографическое обследование не проходила более 4-х лет.

Объективно: правильного телосложения пониженного питания кожа чистая бледная умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин. ритмичный. Границы сердца в пределах нормы тоны сердца приглушены. АД 110/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания перкуторно ясный легочной звук аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание хрипов нет частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

Общий анализ крови: эритроциты $228 \times 10^{12}/л$ Нв – 86 г/л лейкоциты $115 \times 10^9/л$
э–0% п–5% с–65% л–18% м–12% СОЭ–24 мм/ч.

Рентгенологически: в легких на всем протяжении больше на верхушках по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаговые тени. Структура корней легких не изменена. Синусы свободны. Сердце без особенностей. В правом корне единичные мелкие кальцинаты. Произведено исследование мокроты на БК — в шести анализах методом флотации микобактерии не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

ВОПРОСЫ: Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинко-рентгенологических данных?

Обоснуйте Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз. Куда необходимо направить больную после установления диагноза? О чем говорит отрицательная проба Манту у данной больной? Лечение.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

***Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования***

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 3

Больная Н. 39 лет домохозяйка. Жалобы на кашель с выделением скудной слизистой мокроты непостоянные боли в правой половине грудной клетки одышку при быстрой ходьбе.

Анамнез заболевания: указанные жалобы больную беспокоят на протяжении двух месяцев но к врачу не обращалась. Патологические изменения в области корней легких выявлены флюорографически при устройстве на работу.

Анамнез жизни: в детстве болела корью. Муж и дети здоровы. Предыдущее флюорографическое обследование год назад — без патологии.

Объективно: температура тела 36,6°C. Правильного телосложения повышенного питания. На коже голеней — узловатая эритема. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 72 уд. в мин ритмичный. Тоны сердца ясные. АД 130/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Перкуторно легочной звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание хрипов нет. Живот мягкий безболезненный печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эритроциты $41 \times 10^{12}/л$ Нв—126 г/л лейкоциты $57 \times 10^9/л$ э—1% п—1% с—53% л—37% м—8% СОЭ—6 мм/ч. При исследовании мокроты микобактерии и опухолевые клетки не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

На рентгенографии: легкие без очаговых и инфильтративных теней корни легких расширены бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопупьмональной группы.

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?

Обоснуйте Ваш диагноз.

Укажите какие клинико-рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?

Тактика лечения.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

***Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования***

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 4

Больной В. 35 лет зоотехник доставлен “Скорой помощью” в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 39°C одышку при незначительной физической нагрузке сухой кашель умеренные боли в грудной клетке справа общую слабость.

Из анамнеза: больным себя считает в течении пяти когда после простудного фактора повысилась температура тела появилась одышка постепенно нарастала. К врачу не обращался не лечился. При более тщательном сборе анамнеза выяснилось что больной около 2-х мес. назад начал постепенно худеть стал сильно уставать считал это последствиями возросшей нагрузки на работе.

Объективно: правильного телосложения пониженного питания кожа бледная грудная клетка обычной формы правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания тоны сердца ритмичные приглушены границы сердца в норме ЧСС 96 в мин АД 1 /70 мм рт. ст. Перкуторно слева легочной звук справа — притупление аускультативно в легких слева — везикулярное дыхание справа — ослабленное хрипов нет ЧД 20 в мин. Живот мягкий безболезненный печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови — эритроциты $45 \times 10^{12}/л$ Нв–121 г/л лейкоциты $99 \times 10^9/л$ э–1% п–40% с–6% л–18% м–11% СОЭ 31 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л общий билирубин 12 мкмоль/л сахар 40 ммоль/л.

Рентгенологически: слева легкое чистое справа с уровня II ребра до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение неотделимое от тени утолщенной костальной плевры органы средостения смещены влево.

Дважды производились плевральные пункции удалено соответственно 28 мл и 4 мл соломенно-желтой прозрачной жидкости произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л цитоз умеренно-клеточный лимфоциты 96% нейтрофилы 4% микобактерии опухолевые клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ — 4 мм в центре папулы — везикула.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?
2. Правильно поступил ли врач дважды пропунктировав плевральную полость? Почему?
3. По данным анализов плеврального содержимого транссудат это или экссудат? Почему?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?
5. Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?
6. По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему? Сформулируйте диагноз.
7. Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

**Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования**

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 5

Больной В. 36 лет. Жалобы на субфебрильную температуру слабость повышенную потливость особенно по ночам быструю утомляемость небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1°С. Кожные покровы чистые бледные румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чист. Имеются кариозные зубы. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочной звук незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное справа в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги эластичная безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. 91×10^9 /л эоз.-3% п/я-6% с/я-59% лимф.-18% мон.-14% СОЭ 24 мм/час.

Реакция Манту с 2 ТЕ — 9 мм. Посев мокроты на БК отр.

Рентгенологически: справа в С₂ на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами выражена наклонность к слиянию очагов.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

Какая тень на рентгенограмме называется очагом?

С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?

Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?

В какой группе учета должен состоять данный больной?

Какое лечение будет назначено?

Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?

Возможные исходы заболевания?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

***Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования***

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 6

Больная А 27 лет обратилась на консультацию к фтизиатру по поводу появления узловатой эритемы на коже в области голеностопного сустава общей слабости ночных потов похудания за последний год на 5–6 кг. Из анамнеза заболевания выявлено что ухудшение состояния отмечается после родов когда появились боли в крупных суставах субфебрильная температура до 37,7°С. Красновато-синюшные пятна на коже голеней. Больная обратилась к врачу-терапевту. Была обследована ОАК ОАМ биохимический анализ крови ревмо-фактор Р-графия коленных суставов. Выставлен диагноз: Ревматоидный артрит? Лечилась по поводу данного заболевания принимала Преднизолон коротким курсом. Состояние больной несколько стабилизировалось но беспокоили слабость потливость. Спустя 6 месяцев во время профосмотра на флюорографии органов грудной клетки выявлена мелкоочаговая диссеминация легких расширение тени корня легких с обеих сторон за счет увеличения лимфатических узлов бронхопульмональной группы. Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная. По поводу чего больную направили на консультацию к фтизиатру.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз?

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какие ошибки допущены при ведении больной?

Какова тактика лечения?

Нуждается ли больная в диспансерном учете и в какой группе?

Какие изменения на Р-грамме легких можно наблюдать при данном заболевании?

Характерное изменение в крови.

Почему у данной категории больных проба Манту чаще отрицательная?

Каков прогноз заболевания у данной больной?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 7

Больной С. заболел 1 мес. назад когда внезапно повысилась температура тела до 39°C появился озноб кашель с мокротой иногда с примесью крови боли в правом боку одышка. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая влажная. Дыхание бронхиальное ослаблено разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей температура тела — 38,3°C.

Гемограмма: $L-120 \times 10^9$ г/л СОЭ—49 мм/час.

На обзорной рентгенограмме: справа в верхней доле инфильтрация легочной ткани множественные участки просветления. Слева в нижней доле инфильтрация участки просветления очаговые тени без четких контуров.

ВОПРОСЫ:

Где должен лечиться больной?

Чем объяснить участки просветления на обзорной рентгенограмме?

Необходимы ли дополнительные рентгенологические методы обследования?

Предварительный диагноз?

Какие осложнения возможны?

Какое лечение необходимо назначить?

Каков прогноз заболевания у данного больного?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

***Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования***

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 8

Больная Х. 19 лет не работает. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость быструю утомляемость сухой кашель. Два месяца назад роды при сроке 32 недели без осложнений. Незначительное недомогание почувствовала сразу после родов однако данное состояние расценивала как недомогание в послеродовом периоде между тем недомогание нарастало. Начато лечение амбулаторно в течение двух недель (неспецифическая антибактериальная терапия) без эффекта. Больная госпитализирована в терапевтическое отделение. К этому моменту увеличивается слабость потливость повышается температура тела до 38,6°С в вечернее время утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается слабость нарастает появляется чувство разбитости появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38,3°С. Больная правильного телосложения пониженного питания отмечается небольшой цианоз губ. Грудная клетка симметрична обе половины активно участвуют в акте дыхания. Кожные покровы влажные периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии в нижних отделах справа притупление перкуторного звука.

Аускультативно слева везикулярное дыхание справа в нижних отделах слегка ослабленное. Живот мягкий печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Эр. 36×10^{12} г/л Нв–115 г/л э–3 п–9 л–14 м–11 Л– 91×10^9 г/л СОЭ – 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С₁ С₂ С₆ массивная инфильтрация легочной ткани состоящая из сливных очагов.

В течение месяца больной с диагнозом крупозная пневмония проводилась неспецифическая антибактериальная терапия. Эффекта от лечения не отмечено. В тяжелом состоянии больная переведена в отделение реанимации где в течение 10 дней также проводилась интенсивная терапия и тоже без эффекта. Больная консультировалась онкологом. Опухолевый процесс в легком исключен.

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?

Интерпретируйте общий анализ крови.

Назовите сходные заболевания при которых могут наблюдаться сходные изменения

Предположительный диагноз?

Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 9

Больная М. 20 лет не работает. На 4 день после родов поднялась высокая температура до 39°C слабость одышка. Лечение антибиотиками широкого спектра действия к улучшению состояния не привело.

Объективно: больная правильного телосложения пониженного питания. Кожа чистая бледная губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин. ритмичный температура тела 39,4°C. Границы сердца в пределах нормы тоны сердца приглушены над верхушкой - нежный систолический шум. АД 110/60 мм рт. ст. Число дыхания 36 в минуту. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания при перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно с обеих сторон скудные рассеянные влажные и сухие хрипы. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр. 328×10^{12} г/л Нв -106 г/л лейкоциты 115×10^9 г/л эоз.-0 п/я-5% с/я-65% лимф.-18% мон.-12% СОЭ 24 мм/ч. Анализ мочи без патологии. В мокроте МБТ не обнаружены. На рентгенограмме органов грудной полости по всем легочным полям равномерно мелкие очаговые тени по ходу сосудов. Синусы свободны.

ВОПРОСЫ:

Интерпретируйте анализ крови.

О каком заболевании можно думать?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику

Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов

Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 10

Больной А. 43 года прибыл из мест заключения. При устройстве на работу обследован флюорографически. Выявлены изменения в легких: слева в верхней доле легкого группа очагов.

При обследовании жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на перенесенный туберкулез нет. В последние годы ежегодно обследовался флюорографически но ни разу на изменения в легких не указывалась.

При объективном обследовании: кожные покровы нормальной окраски подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Прощупываются подчелюстные и единичные подмышечные лимфатические узлы небольших размеров безболезненные подвижные плотные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослабленное хрипы не выслушиваются.

Анализ крови: СОЭ 4 мм/час Нв–126 г/л лейкоцитов 46×10^9 /л э–2% п–2% с–63% л–26% мон.–7%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: слева в области 1 и 2 сегментов легкого определяются полиморфные очаги на фоне ограниченного пневмосклероза интенсивные четко очерченные. Корни легких несколько уплотнены в левом - единичный петрификат размером до 1 см. Тень сердца не изменена.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 14 мм. В мокроте простой и люминесцентной микроскопией МБТ не выявлены.

ВОПРОСЫ:

Какой должна быть тактика терапевта?

О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?

Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?

С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?

Где должен лечиться больной?

Какие исходы этого заболевания могут быть?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 1

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
1. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
2. Общий анализ крови общий анализ мочи проба Манту исследование мокроты на БК бактериоскопическим методом трехкратно томография правого легкого бронхоскопия.
3. Провести клинический минимум обследования на туберкулез.
4. Затенение в верхней доле справа негетерогенное по структуре с участками просветления очаги обсеменения в нижних отделах малоинтенсивные расположены группами.
5. Необходимо направить к фтизиатру.
6. Провести дифференциальный диагноз между инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада периферическим раком легких абсцедирующей пневмонией эозинофильным легочным инфильтратом.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 2

Милиарный туберкулез легких саркоидоз легких карциноматоз легких двусторонняя очаговая пневмония.

УЗИ органов брюшной полости осмотр гинекологом с целью исключения первичной опухоли фибробронхоскопия фиброгастроскопия.

Милиарный туберкулез легких БК (-).

Диагноз милиарного туберкулеза легких выставляется на основании: жалоб (слабость повышение температуры тела по вечерам понижение аппетита одышка при физической нагрузке сухой кашель) анамнеза (больна в течении 3 месяцев заболела во время беременности заболевание развивалось постепенно эффект от неспецифической терапии незначительный) объективного обследования (в легких везикулярное дыхание хрипов нет симптомы интоксикации (бледность кожи акроцианоз приглушенность тонов сердца тахикардия увеличение печени) лабораторных данных (умеренный лейкоцитоз с лимфопенией умеренное увеличение СОЭ) рентгенологического исследования (в легких на всем протяжении больше на верхушках по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаги в правом корне мелкие единичные кальцинаты).

а) Саркоидоз легких чаще всего протекает мало- или бессимптомно отсутствуют симптомы интоксикации. Часто саркоидоз легких протекает совместно с саркоидозом внутригрудных лимфоузлов. Клинически проявляется синдромом Лефгрена.

б) Карциноматоз легких у молодых людей встречается редко при рентгенологическом обследовании верхушки легких чаще бывают чистыми нередко удается обнаружить первичную опухоль (чаще всего — опухоли желудка поджелудочной железы органов женской половой сферы)

в) Острая двусторонняя пневмония обычно начинается остро часто связана с простудным фактором клиническая картина развивается в течении нескольких дней при богатой рентгенологической симптоматике при пневмонии наблюдается и богатая аускультативная симптоматика рентгенологические изменения чаще всего наблюдаются в средних и нижних отделах очаги различных размеров неравномерные картина крови при пневмонии резко изменена (высокий лейкоцитоз сдвиг формулы влево большое увеличение СОЭ и т.д.).

6. Наличие кальцинатов в корне; очаги средней интенсивности мелкие расположены вдоль сосудов.
7. В противотуберкулезный диспансер.
8. Отрицательная проба Манту у больной туберкулезом отражает резко выраженную иммунологическую недостаточность.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 3

1. Фибробронхоскопия УЗИ органов брюшной полости.
1. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов туберкулез внутригрудных лимфоузлов лимфогранулематоз лимфосаркома центральный рак.
2. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов активная фаза.
3. На основании жалоб (кашель с выделением скудного количества мокроты одышке при быстрой

- ходьбе) анамнезе (выявлена флюорографически при устройстве на работу) объективных данных (в легких везикулярное дыхание хрипов нет на коже голеней — узловатая эритема) лабораторных данных (в пределах нормы отсутствие в мокроте опухолевых клеток и микобактерий) рентгенологического обследования ОГК (корни легких расширены бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы).
4. Малосимптомность течения заболевания наличие узловатой эритемы отсутствие изменений в гемограмме характерная рентгенологическая картина.
 5. а) Для туберкулеза внутригрудных лимфоузлов характерно наличие признаков интоксикации изменения в гемограмме возможно обнаружение МБТ в мокроте (при наличии бронходулярного свища) рентгенологически чаще определяется одностороннее поражение положительная проба Манту.
б) Для лимфогранулематоза характерен выраженный интоксикационный синдром зуд кожи увеличение также периферических лимфоузлов выраженные изменения в гемограмме (значительный лейкоцитоз лимфопения эозинофилия).
в) При лимфосаркоме отмечается типичная клиническая симптоматика (одышка интенсивная боль в грудной клетке истощение) лимфосаркома быстро прогрессирует в гемограмме — выраженная анемия лимфопения увеличение СОЭ).
г) Центральный рак легкого встречается чаще у мужчин чаще в пожилом возрасте поражение наиболее часто одностороннее при цитологическом исследовании мокроты обнаруживаются опухолевые клетки решающим в диагностике является фибробронхоскопия с биопсией опухоли.
 7. В противотуберкулезном диспансере.
 8. До получения результатов посева на чувствительность к антибактериальным препаратам необходимо назначить стандартный режим лечения: изониазид в дозе 10 мг на 1 кг веса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 4

1. Экссудативный плеврит справа.
2. Правильно потому что жидкость из плевральной полости должна быть эвакуирована полностью с целью предотвращения нагноения и осумкования.
3. Экссудат так как количество белка плеврального содержимого более 50% от количества белка сыворотки крови.
4. ЭКГ фибробронхоскопия фиброгастроскопия УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
5. Между туберкулезным плевритом плевритом неспецифической этиологии мезотелиомой плевры метастатическим плевритом кардиогенным выпотом.
6. С наибольшей вероятностью можно думать об экссудативном плеврите справа туберкулезной этиологии в пользу данного диагноза говорит постепенное развитие заболевания характерные изменения в гемограмме лимфоцитарный цитоз плевральной жидкости гиперергическая проба Манту.
7. Консультация фтизиатра с последующим переводом больного для лечения в противотуберкулезный диспансер.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 5

1. Очаговый туберкулез С₂ правого легкого фаза инфильтрации. БК отр.
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10–12 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте не является основанием для исключения туберкулезного процесса.
5. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I А группе диспансерного учета.
6. Три противотуберкулезных препарата в течение 6 месяцев.
7. Изониазид. Рифампицин. Стрептомицин.
8. При благоприятном течении заболевания и правильном лечении возможно рассасывание или уплотнение очага при неблагоприятном течении заболевания возможно прогрессирование процесса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 6

1. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких.
2. Р-графия органов дыхания.
3. Туберкулез легких рак легких пневмокониоз саркоидоз альвеолиты.

4. Врач-терапевт направил больную на рентгенографию легких.
5. Преднизолон антиоксиданты иммуномодуляторы.
6. VIII группа диспансерного учета в противотуберкулезном диспансере пожизненно.
7. Увеличение внутригрудных лимфоузлов расширение корней легких двухсторонняя мелкоочаговая диссеминация.
8. Общий анализ крови: лейкоцитоз лимфопения моноцитоз ускорение СОЭ до 20–40 мм/ч.
9. Проба Манту у данной категории больных чаще отрицательная ввиду иммунологической несостоятельности.
10. Саркоидоз — доброкачественное заболевание хорошо поддающееся лечению. Нет обострения рецидивы встречаются редко.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 7

1. В стационаре противотуберкулезного диспансера.
2. Наличием полостей распада.
3. Необходимо проведение томографического обследования.
4. Казеозная пневмония.
5. Кровотечение дыхательная сердечная недостаточность.
6. 4 противотуберкулезных препарата 3–4 месяца: 2–3 препарата — в последующем. Общий курс непрерывного лечения не менее 15 года.
7. Прогноз: — развитие фиброзно-кавернозного туберкулеза
— цирротического туберкулеза
— больших остаточных изменений
— летальный исход

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 8

1. При постановке диагноза туберкулез необходимо провести клинический минимум обследования на туберкулез: жалобы анамнез объективные исследования общий анализ крови общий анализ мочи мокроту на БК бактериоскопическим методом обзорную рентгенографию грудной клетки пробы Манту с 2 ТЕ.
2. Умеренный лейкоцитоз палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево лимфопения умеренное увеличение СОЭ.
3. Казеозная пневмония крупозная пневмония центральный рак легкого осложненный ателектазом абсцедирующая пневмония.
4. Инfiltrативный туберкулез С₁С₂С₆ правого легкого.
5. Изониазид рифампицин стрептомицин.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 9

1. Снижение уровня гемоглобина лейкоцитоз сдвиг лейкоформулы влево моноцитоз увеличение СОЭ.
2. О милиарном туберкулезе с острым течением.
3. Саркоидоз мелкоочаговая двусторонняя пневмония карциноматоз коллагенозы.
4. Изониазид рифампицин стрептомицин
5. При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит. Возможен летальный исход.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 10

1. Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
2. С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.
3. ОАК проба Манту обзорная рентгенография прицельная рентгенография легких томография легких исследование мокроты на БК.
4. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с такими заболеваниями: бронхит начальные формы рака легких.
5. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.
Исходы очагового туберкулеза: рассасывание уплотнение прогрессирующее.

№ ОРД-ПУЛЬМ-22

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

Кафедра фтизиопульмонологии

Эталоны тестовых заданий

по ПРОГРАММЕ «Психолого-педагогическая практика»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности **31.08.45 «Пульмонология»** утвержденной 30.03.2022 г

по дисциплине: **«Психолого-педагогическая практика»**
для ординаторов 1 года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности 31.08.45 Пульмонология

г. Владикавказ 2022 г.

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий /Промежуточный		
1.	Педагогическое мастерство преподавателя вуза	20	
2.	Образовательный процесс в высшей школе	10	
3.	Подготовка и проведение психолого-педагогического исследования	10	
4.	Учёт и оценка деятельности практиканта	10	

Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Психолого-педагогическая практика».

Раздел 1

1. Особенности, препятствующими творческому мышлению, являются указанные, кроме:

1. Склонности к конформизму;
2. Способности видеть объект под новым углом зрения;
3. Ригидности мышления; 4. Внутренней цензуры;

1. Операция процесса мышления, которая требует умения выделить существенные признаки предметов:

1. Обобщение; 2. Абстрагирование; 3. Классификация; 4. Умозаключение;

2. К операциям мышления относятся:

1. Анализ; 2. Ретенция (сохранение); 3. Обобщение; 4. Воспроизведение; 5. Абстракция; 6. Конкретизация;

3. Когда человек носит жесткие контактные линзы, они ему очень мешают, но со временем он перестает их замечать. Что является причиной этого?

1. Адаптация; 2. Сенсбилизация; 3. Реминисценция; 4. Иллюзия;

4. Воспроизведение какого-либо события без его узнавания называется:

1. Апарамнезией; 2. Гипермнезией; 3. Криптомнезией; 4. Гипомнезией;

5. Расстройства восприятия, когда человек видит, слышит, ощущает то, чего в реальной действительности не существует:

1. Галлюцинации; 2. Дерезализация; 3. Иллюзии; 4. Бред;

6. Мышление включает следующие операции, кроме:

1. Анализа; 2. Абстракции; 3. Разделения; 4. Обобщения;

7. Качественные изменения (извращения) информации, поступающие с рецептора в кору головного мозга, это:

1. Гиперестезия; 2. Гипестезия; 3. Галлюцинации; 4. Парестезия;

8. Повышенный нижний абсолютный порог ощущений ведет к:

1. Повышению чувствительности; 2. Полной потере чувствительности;
3. Понижению чувствительности; 4. Качественным изменениям чувствительности;

9. Непосредственное воздействие предмета или явления на рецепторы - обязательная черта таких познавательных процессов, как:

1. Ощущение; 2. Восприятие; 3. Мышление; 4. Воображение; 5. Внимание;

10. Плацебо-эффект связан с:

1. Параметрами лекарственного вещества; 2. Психологической установкой;
3. Длительностью предъявления раздражителя; 4. Наркотической зависимостью; 5. Фактором неожиданности;

11. Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения относят к:

1. Нарушениям динамики мыслительных процессов;
2. Нарушениям операционной стороны мышления;
3. Нарушениям личностного компонента мышления;
4. Нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности;
5. Нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности;

12. Исходя из предмета изучения, психология - это наука

1. Точная; 2. Естественная; 3. Педагогическая; 4. Медицинская; 5. Гуманитарная;

13. Холистический подход психологии здоровья опирается:

1. На клиническую картину личности; 2. На изучение психики человека;
3. На изучение поведенческих процессов; 4. На всестороннее гармоничное развитие личности;

14. Ощущения, рецепторы которых находятся в связках, суставах, и дают информацию о движении и положении тела в пространстве, называется:

1. Экстерорецептивные; 2. Интерорецептивные; 3. Проприорецептивные; 4. Контактные;

15. Большинство студентов оглядываются, когда на лекции громко открывается дверь. Внимание,

которое задействовано при этом, называется:

1. Непроизвольное; 2. Произвольное; 3. Устойчивое; 4. Статическое;

16. Искаженное восприятие реально существующего предмета или явления, называется

1. Галлюцинации; 2. Дерезализация; 3. Иллюзии; 4. Бред;

17. Минимальная величина раздражителя, вызывающего едва заметное ощущение, называется:

1. Абсолютным верхним порогом ощущений; 2. Абсолютно нижним порогом ощущений; (порогом чувствительности) 3. Болевым порогом; 4. Дифференциальным порогом ощущений 5. Оперативным порогом ощущений;

18. Изменение чувствительности органов чувств под влиянием действующего раздражителя, это:

1. Сенсбилизация; 2. Адаптация; 3. Синестезия; 4. Апперцепция;

19. Способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться; умение приобретать объективные знания и воплощать их в жизнь, относится к:

1. Духовному потенциалу человека; 2. Потенциал тела;
3. Потенциал разума; 4. Потенциал чувств;

20. Восстановите последовательность.

Формирование ощущений:

1. Раздражитель; 2. Органы чувств; 3. Нервные проводящие пути;

Соответствующий центр головного мозга; 5. Ощущение;

Раздел 2

21. Канцерофобия — это:

1. Навязчивый страх заболеть раком;
2. Навязчивый страх заболеть любым онкологическим заболеванием;
3. Сверхценная идея о наличии у человека раковой опухоли;
4. Бредовая идея о наличии у человека раковой опухоли;
5. Доминирующая идея о наличии у человека раковой опухоли;

22. Неправильное искаженное восприятие предмета или явления, действующего в **данный** момент на органы чувств, это:

1. Галлюцинация; 2. Иллюзия; 3. Реминисценция; 4. Адаптация

23. Ночью перед экзаменом студент сидит над скучным учебником. Внимание, которое задействовано при этом, называется:

1. Непроизвольное; 2. Произвольное; 3. Субпроизвольное; 4. Гиперволевое;

24. Какой философ античности соединил в своем представлении о душе два противоположных философских направления - материализм и идеализм:

1. Платон; 2. Аристотель; 3. Демокрит; 4. Сократ;

25. В понятие гармоничной личности включается все из нижеперечисленного за исключением:

1. Доброты; 2. Ответственности; 3. Самостоятельности; 4. Нравственности;
5. Автономности;

26.

27. К свойствам памяти относят:

1. Объем; 2. Скорость; 3. Устойчивость; 4. Точность;

28. К понятию «нозос» в отличие от «патос» относятся все за исключением одного:

1. Устойчивые психопатологические состояния;
2. Психопатологические психические процессы;
3. Психопатологические симптомы и синдромы с внутренней закономерностью

симптомообразования;

4. Психопатологические расстройства, имеющие этиопатогенетические механизмы;
5. Психические заболевания;

29. К нарушениям памяти относят:

1. Гипермнезию; 2. Гипомнезию; 3. Гипопрозексию; 4. Парамнезию;

30. Эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт входят в структуру:

1. Шизофренического симптомокомплекса; 2. Невротического симптомокомплекса;

- 3. Психопатического симптомокомплекса
- 4. Органического симптомокомплекса;
- 5. Олигофренического симптомокомплекса;

31. К методам исследования в клинической психологии относится все за исключением одного:
1. Патопсихологическое исследование; 2. Клиническое интервьюирование;
3. Нейропсихологическое исследование; 4. Тестирование индивидуально-психологических особенностей; 5. Амита-кофеиновое растормаживание;

Раздел 3

32. Явление, при котором анализатор полностью не способен отвечать на раздражение, называется:
1. Гиперестезия; 2. Гипестезия; 3. Анестезия; 4. Парестезия;

33. Обеспечивает сохранение информации в течение нескольких часов, является промежуточным звеном на пути перевода информации из кратковременной памяти в долговременную - это:

1. Кратковременная память; 2. Сенсорная; 3. Буферная память; 4. Долговременная память;

34. Объем внимания взрослого человека составляет:

1. 5-7 простых фигур; 2. 6-9 простых фигур; 3. 9-11 простых фигур; 4. 12-13 простых фигур;

35. Память - это

1. Психический процесс отражения, заключающийся в запечатлении и сохранении с последующим воспроизведением и узнаванием следов прошлого опыта, делающим возможным его повторное использование в деятельности;

2. Отражения единичных свойств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств;

3. Психический процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей;

4. Познавательный психический процесс создания нового образа (представления) предмета или ситуации путем перестройки (преобразования) имеющихся у человека представлений;

36. Предпочитаемый канал восприятия информации (зрительный, слуховой, кинестетический), имеющий большое значение при определении индивидуальных методов и средств подачи информации в процессе общения, обучения, совместной деятельности и пр., называется:

1. Апперцепция восприятия; 2. Диапазон чувствительности;

3. Рациональная форма познания; 4. Ведущая сенсорная система;

37. К параметрам гармоничного характера относится все из нижеперечисленного за исключением:

1. Зрелость; 2. Здравомыслие; 3. Автономность; 4. Гибкость самооценки; 5. Нравственность;

38. Бесплодное, бесцельное основанное на нарушении мышления мудрствование называется:

1. Демагогией; 2. Краснобайством; 3. Амбивалентностью; 4. Аутистическим мышлением;

5. Резонерством;

39. Свойство восприятия, которое обеспечивает относительное постоянство по форме, цвету,

величине и др. параметрам воспринимаемых нами предметов, это: 1. Апперцепция;

2. Константность; 3. Предметность; 4. Осмысленность;

40. Логофобия встречается при:

1. Шизофрении; 2. Сахарном диабете; 3. Заикании; 4. Гиперкинетическом синдроме;

5. Аутизме;

Раздел 4

41. Ятрогенными заболеваниями называются заболевания:

1. Вызванные патологическими формами воображения;

2. Возникающие под влиянием неосторожного слова врача;

3. Возникающие при недоразвитии речевой системы;

4. Возникающие при нарушениях динамики мыслительной деятельности;

42. Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения относят к:

1. Нарушениям динамики мыслительных процессов;

2. Нарушениям операционной стороны мышления;

3. Нарушениям личностного компонента мышления;

4. Нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности;

5. Нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности;

43. Психический процесс, который обеспечивает направленность и сосредоточенность психики на определенных предметах и явлениях внешнего мира - это: 1. Ощущение; 2. Внимание;

3. Восприятие; 4. Мышление;
44. Эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт входят в структуру:
1. Шизофренического симптомокомплекса; 2. Невротического симптомокомплекса;
3. Психопатического симптомокомплекса; 4. Органического симптомокомплекса;
5. Олигофренического симптомокомплекса;
45. Расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления называется:
1. Инертностью; 2. Резонерством; 3. Персеверацией; 4. Соскальзыванием;
5. Разноплановостью;
46. Ощущения, связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях, суставах, называются: 1. Экстерорецептивными;
2. Интерорецептивными; 3. Кинестетическими; 4. Эндоцептивными;
47. В недрах какой науки зародилась психология: 1. Политология; 2. Биология; 3. Философия;
4. Социология;
48. Наиболее прочно в памяти сохраняется информация: 1. Осмысленная; 2. Вызубренная;
3. Малоизвестная; 4. Неотрефлексированная;
49. Связь восприятия с личностью, его прошлым опытом, называется 1. Константность;
2. Чувствительность; 3. Апперцепция; 4. Осмысленность;
50. Интегральный результат непосредственного воздействия на человека каких-либо раздражителей (цветовых, звуковых, химических и т.д.) называется: 1. Восприятием; 2. Перцепцией; 3. Ощущением;

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

вопрос	ответ
1.	2
2.	2
3.	1,3,5
4.	1
5.	1
6.	1
7.	3
8.	4
9.	3
10.	1,2
11.	2
12.	2
13.	5
14.	4
15.	3
16.	1
17.	3
18.	2
19.	2
20.	3
21.	1,2,3,4,5
22.	1
23.	2
24.	2
25.	2
26.	1
27.	1,2,3,4
28.	2
29.	3
30.	5
31.	3
32.	3

33.	1,2
34.	1
35.	1
36.	4
37.	4
38.	5
39.	2
40.	3
41.	2
42.	2
43.	2
44.	3,8
45.	3
46.	3
47.	3
48.	1
49.	3
50.	1