

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ
Директор по учебной работе
ФГБОУ ВО «ПИМУ»
Минздрава России
Е.С. Богомолова

«12» 03 2021 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре
по специальности 31.08. 72 «Стоматология общей практики»

Дисциплина: «ПСИХИАТРИЯ»
Вариативная часть Б1.В.ДВ.1.2
72 часа (2 з.е.)

2021 г.

Рабочая программа разработана в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «26» августа 2014 № 1115.

Разработчик рабочей программы:

Касимова Лала Наримановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

Рецензенты:

1. Погодина Т. Г., доктор медицинских наук, профессор кафедры криминалистики Федерального Государственного Казенного Образовательного учреждения Высшего Образования «Нижегородская академия Министерства Внутренних дел Российской Федерации».

2. Божкова Елена Димитрова, кандидат медицинских наук, исполняющий обязанности заведующего кафедрой общей и клинической психологии.

Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии (протокол от «03» 03 2021 г. № 3)

Заведующий кафедрой

 Л.Н. Касимова
(подпись)

«02» 03 2021г.

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника
учебно-методического управления

 Л.В. Ловцова
(подпись)

«19» 03 2021г.

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Цель освоения дисциплины: участие в формировании компетенций УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7.

Задачи дисциплины:

1) Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

2) Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи, опираясь на знания психиатрии.

3) Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками психиатрии для проведения общеврачебных манипуляций по оказанию скорой и неотложной помощи.

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы. Дисциплина «Психиатрия» относится к вариативной части, дисциплин по выбору блока Б1(индекс Б1.В.ДВ.1.2) образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.72 «Стоматология общей практики», изучается на 2 курсе обучения.

3. Требования к результатам освоения программы дисциплины (модуля) «Психиатрия»

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы **универсальные и профессиональные компетенции.**

Универсальные компетенции УК-1):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

Профессиональные компетенции (ПК-1,5,7):

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

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи (ПК-7).

4. Перечень компетенций и результатов обучения в процессе освоения дисциплины.

Компетенция	Результаты освоения дисциплины (знать, уметь, владеть)	Виды занятий	Оценочные средства
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу		
	Знать: • общие вопросы организации психиатрической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию	Лекции, семинары, практические занятия,	Тестовые задания, опрос, ситуационные

<p>работы скорой и неотложной помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> • закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; • симптоматиологию психических расстройств; • дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов; • современную классификацию болезней и причин смерти; • правила оформления клинического диагноза; • этиологию, патогенез, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз при психических расстройствах; • методы и принципы терапии психических расстройств; • принципы и методы профилактической и реабилитационной работы в психиатрии. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации; • верифицировать и/или уточнить клинический диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в диспансер; • определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: наблюдение, надзор, строгий надзор, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение; • ориентироваться в основных методах терапии, реабилитации и профилактики при психических расстройствах. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценкой состояния больного с психическими расстройствами; • методами диагностики и дифференциальной диагностики психических расстройств на симптоматологическом, синдромологическом и нозологическом уровнях; • установлением необходимости консультации врача-психиатра для решения вопроса о госпитализации больного в психиатрический 	<p>самостоятельна я работа</p>	<p>задачи, рефераты</p>
--	------------------------------------	-----------------------------

	<p>стационар, показаний к нахождению больного в психиатрическом отделении;</p> <ul style="list-style-type: none"> оформлением медицинской документации: направления на консультацию психиатра. 		
ПК-1	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>		
	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> общие вопросы организации психиатрической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи; закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; симптоматологию психических расстройств; дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов; современную классификацию болезней и причин смерти; этиологию, патогенез, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз при психических расстройствах; принципы и методы профилактической и реабилитационной работы в психиатрии. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с больными; провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации; верифицировать и/или уточнить клинический диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в диспансер; определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: наблюдение, надзор, строгий надзор, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в 	<p>Лекции, семинары, практические занятия, самостоятельная работа</p>	<p>Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи, рефераты</p>

	<p>другое отделение;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ориентироваться в основных методах терапии, реабилитации и профилактики при психических расстройствах. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценкой состояния больного с психическими расстройствами; • методами диагностики и дифференциальной диагностики психических расстройств на симптоматологическом, синдромологическом и нозологическом уровнях; • установлением необходимости консультации врача-психиатра для решения вопроса о госпитализации больного в психиатрический стационар, показаний к нахождению больного в психиатрическом отделении; • оформлением медицинской документации: направления на консультацию психиатра. 		
ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • симптоматологию психических расстройств; • дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов; • современную классификацию болезней и причин смерти; • правила оформления клинического диагноза; • этиологию, патогенез, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз при психических расстройствах; • методы и принципы терапии психических расстройств. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с больными; • провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации; • верифицировать и/или уточнить клинический диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в диспансер; • определить тактику ведения больного в 	<p>Лекции, семинары, практические занятия, самостоятельная работа</p>	<p>Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи, рефераты</p>

	<p>зависимости от характера и тяжести заболевания: наблюдение, надзор, строгий надзор, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение.</p> <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценкой состояния больного с психическими расстройствами; • методами диагностики и дифференциальной диагностики психических расстройств на симптоматологическом, синдромологическом и нозологическом уровнях; • установлением необходимости консультации врача-психиатра для решения вопроса о госпитализации больного в психиатрический стационар, показаний к нахождению больного в психиатрическом отделении; • оформлением медицинской документации: направления на консультацию психиатра. 		
ПК-7	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании стоматологической медицинской помощи		
	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • общие вопросы организации психиатрической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи; • закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; • симптоматологию психических расстройств; • дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов; • современную классификацию болезней и причин смерти; • правила оформления клинического диагноза; • этиологию, патогенез, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз при психических расстройствах; • методы и принципы терапии психических расстройств; • методы предупреждения осложнений и неотложных состояний при психических расстройствах; • принципы и методы профилактической и реабилитационной работы в психиатрии. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • использовать деонтологические навыки в целях установления положительного 	Лекции, семинары, практические занятия, самостоятельная работа	Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи, рефераты

	<p>психологического контакта с больными;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации; ● верифицировать и/или уточнить клинический диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в диспансер; ● определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: наблюдение, надзор, строгий надзор, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение; ● ориентироваться в основных методах терапии, реабилитации и профилактики при психических расстройствах. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● оценкой состояния больного с психическими расстройствами; ● методами диагностики и дифференциальной диагностики психических расстройств на симптоматологическом, синдромологическом и нозологическом уровнях; ● установлением необходимости консультации врача-психиатра для решения вопроса о госпитализации больного в психиатрический стационар, показаний к нахождению больного в психиатрическом отделении; ● диагностикой и терапией интоксикации и абстиненции при употреблении ПАВ, интоксикационной комы; ● методами купирования различных видов возбуждения; ● неотложной помощью при истерическом припадке, остром психотическом состоянии, суицидальных тенденциях, состояниях помраченного сознания, при отказе от еды; ● оформлением медицинской документации: направления на консультацию психиатра. 		
--	--	--	--

5. Распределение трудоемкости дисциплины.

5.1. Распределение трудоемкости дисциплины и видов учебной работы:

Вид учебной работы	Трудоемкость	
	объем в зачетных единицах (ЗЕ)	объем в академических часах (АЧ)
Аудиторная работа, в том числе		
Лекции (Л)	0,13	5
Лабораторные практикумы (ЛП)		
Практические занятия (ПЗ)	1,1	39
Клинические практические занятия (КПЗ)		
Семинары (С)	0,27	10
Самостоятельная работа (СР)	0,5	18
Промежуточная аттестация		
ИТОГО	2	72

5.2. Разделы дисциплины, виды учебной работы и формы текущего контроля

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (в АЧ)							Оценочные средства
		Л	ЛП	ПЗ	КПЗ	С	СР	всего	
1	Организация психиатрической помощи.	1		3		2	1	7	Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи, рефераты
2	Общая психопатология.	2		18		4	7	31	Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи.
3	Частная психиатрия и наркология.	2		18		4	10	34	Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи.
	ИТОГО	5		39		10	18	72	

Л - лекции

ЛП – лабораторный практикум

ПЗ – практические занятия

КПЗ – клинические практические занятия

С – семинары

СРС – самостоятельная работа

5.3. Темы лекций:

№ п/п	Темы лекций	Трудоемкость в А.Ч
1.	Вопросы законодательства оказания. Вопросы этики и деонтологии.	1
2.	Основные синдромы психических расстройств.	2
3.	Частная психиатрия и наркология.	2
	ИТОГО (всего - 5 АЧ)	

5.4. Темы практических занятий:

№ п/п	Темы практических занятий	Трудоемкость в А.Ч
1	Формы, порядок и стандарты оказания психиатрической помощи. Вопросы законодательства оказания. Вопросы этики и деонтологии.	3
2	Основные симптомы и синдромы психических расстройств.	18
3	Частная психиатрия и наркология.	18
	ИТОГО (всего - 39 АЧ)	

5.5. Темы семинарских занятий

№ п/п	Темы семинарских занятий	Трудоемкость в А.Ч
1.	Формы, порядок и стандарты оказания психиатрической помощи. Вопросы этики и деонтологии.	2
2.	Основные симптомы и синдромы психических расстройств.	4
3.	Частная психиатрия и наркология.	4
	ИТОГО (всего - 10 АЧ)	

5.6. Самостоятельная работа по видам:

№ п/п	Виды работ	Трудоемкость в А.Ч
1.	<i>Вопросы законодательства в психиатрии. Этика и деонтология.</i>	1
2.	<i>Основные симптомы психических расстройств.</i>	3
3.	<i>Невротические и нерозоподобные синдромы.</i>	1
4.	<i>Психопатические и психопатоподобные синдромы.</i>	1
5.	<i>Астенический синдром.</i>	1
6.	<i>Судорожный синдром.</i>	1
7.	<i>Эпилепсия. Изменения личности и психозы при эпилепсии.</i>	3
8.	<i>Психические расстройства при первично-дегенеративных процессах головного мозга.</i>	2
9.	<i>Наркомании и токсикомании.</i>	5
	ИТОГО (всего - 18 АЧ)	18

6. Оценочные средства для контроля успеваемости и результатов освоения дисциплины.

6.1. Формы текущего контроля и промежуточной аттестации*, виды оценочных средств: тестовые задания, ситуационные задачи, рефераты

6.2. Примеры оценочных средств:

1. Тестовые задания.

Для выявления бредовых идей можно использовать все следующие приемы, кроме:

- а) сообщения больному объективных сведений о нем, не называя дающего сведения,
- б) **обещания наказания в случае отказа больного сообщить интересующие врача сведения,**
- в) разговора с больным на посторонние темы,

- г) неоднократного возвращения в процессе разговора к интересующему врача вопросу,
- д) всего перечисленного.

Метод наблюдения позволяет выявить:

- а) диссимуляцию,
- б) изменение психического состояния больного,
- в) возможность агрессивных действий,
- г) **все перечисленное,**
- д) ничего из перечисленного.

Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости проводится для диагностики всех следующих заболеваний, кроме:

- а) менингитов,
- б) абсцессов мозга,
- в) **опухолей мозга,**
- г) сифилиса нервной системы,
- д) токсоплазмоза.

Изменения на ЭЭГ характерны для всех перечисленных заболеваний, кроме:

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

Психический статус не должен содержать:

- а) специальных психиатрических терминов,
- б) анамнестических сведений,
- в) оценки врачом обнаруженных у больного расстройств,
- г) **верно все перечисленное,**
- д) неверно все из перечисленного.

2. Ситуационные задачи:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной 44 года бухгалтер, наблюдается у психиатра с 35 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, возникающих преимущественно в осенний период. Пациент обходился амбулаторным лечением, принимал amitriptyline доза 50 мг. в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда полгода назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижении работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания). Сидел дома, основное время проводил в кровати из – за отсутствия желания что-либо делать. Переживал, что

		<p>ничего не может сделать с этим состоянием, высказывал мысли о собственной никчемности, виновности, о нежелании жить. В день госпитализации с суицидальной целью выпил пачку таблеток. Женой была вызвана СМП.</p> <p>Психический статус: Настроение снижено. Больной заторможен, общается неохотно, на вопросы отвечает односложно, после паузы. Голос тихий, маломодулированный. Внешний вид неопрятный. Сидит в одной позе, смотрит в пол, мимика однообразная. Жалуется на тоску, отсутствие аппетита. На вопрос какие лекарства выпил отвечает: «не помню, хотелось быстрее умереть». Рассказал, что периодически наносил порезы на предплечья, «это немного облегчало состояние». Высказывает суицидальные мысли, «только мешаю всем, пойду повешусь, раз с таблетками не вышло». Острой галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет.</p> <p>Соматический статус: Сниженного питания, за 2 месяца похудел на 8 кг. Кожа сухая, тонус снижен. На коже предплечий порезы различной давности.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий тяжелый депрессивный эпизод.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз тяжелого депрессивного эпизода поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МКБ-10:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение настроение, 2. Ангедония (утрата интересов и удовольствий), 3. Повышенная утомляемость <p>А также дополнительных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушенный сон, 2. Сниженный аппетит, 3. Снижение способности к сосредоточению и вниманию, 4. Идеи виновности, 5. Попытка суицида. <p>Диагноз рекуррентного депрессивного расстройства поставлен на основании данных анамнеза (предшествующие депрессивные эпизоды и текущий депрессивный эпизод тяжелой степени)</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома или заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Проведите дифференциальную диагностику с биполярным аффективным расстройством.
О	-	При биполярном аффективном расстройстве имеют место эпизоды депрессии в сочетании с эпизодами мании или гипомании.

P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена не полностью
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Препараты какой группы можно рекомендовать пациенту в качестве основной терапии?
Э	-	Так как пациент страдает от рекуррентного депрессивного расстройства и в настоящий момент имеет симптомы депрессивного эпизода тяжелой степени, в качестве основной терапии показаны антидепрессанты. Препаратами выбора являются современные антидепрессанты с минимальными побочными эффектами - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИЗС): флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, пароксетин или трициклические антидепрессанты.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.
B	5	С какими состояниями можно провести дифференциальный диагноз?
Э	-	Рекуррентное депрессивное расстройство необходимо дифференцировать от биполярного аффективного расстройства, депрессивного синдрома при шизофрении.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
H	-	001
Ф	...	...
Ф	...	...

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Женщина, 56 лет, индивидуальный предприниматель (имеет сеть салонов красоты), работает в одном из них парикмахером. Анамнез: Имеет 2 высших образования, разведена, один ребенок-дочь. Первая проба алкоголя в 25 лет, отмечает непереносимость при первых пробах. В дальнейшем употребляла спиртные напитки « по большим праздникам». Злоупотребление алкоголем отмечает с 38 лет, когда стала 2, 3 раза в неделю с коллегами по работе выпивать по 200-250 гр. коньяка в день « за компанию». Абстинентный синдром сформировался в 40 лет, амнезии опьянений с 39 лет.

		<p>Проходила дважды дезинтоксикационное лечение в наркологической больнице по настоянию дочери. Толерантность повысилась до 0,7л. Пьянство носит характер псевдозапоев. Последний запой длился 6 дней, на 7 день ночью проснулась от нестерпимой головной боли, профузного потоотделения. На утро состояние не улучшилось: присоединилась рвота, дрожь во всем теле, тревожность. Для купирования данного состояния пациентка употребляла 50 гр коньяка. Дочерью вызвана СМП, пациентка доставлена в наркологическую больницу.</p> <p>Наследственный наркологический анамнез не отягощен.</p> <p>При осмотре: внешне неопрятна, выглядит старше своего возраста. Ориентирована в полном объеме. В беседу вступает неохотно. На вопросы отвечает по существу. Нарушений речи нет. Во время разговора раздражается, обвиняет дочь в том, что она поспособствовала госпитализации, говорит, что справилась бы самостоятельно. Эмоционально неустойчива. Фон настроения снижен. Память на текущие события сохранена. Мышление последовательное. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. Агрессивных и аутоагрессивных тенденций не выявлено. Аппетит снижен, сон снижен. Критика к собственному состоянию формальная.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром отмены алкоголя, неосложненный
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - данных анамнеза (алкоголизация в виде псевдозапоев в течении 18 лет, сформировавшийся синдром отмены, который выражается яркой вегетативной симптоматикой: повышение АД, профузное потоотделение, рвота, головная боль, дрожь во всем теле, необходимость опохмелиться, для снятия симптоматики); - данных психического статуса (настроение сниженное, пациент раздражительный, критика к состоянию формальная, эмоционально лабильна).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	<p>Лечение синдрома отмены алкоголя включает в себя медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.</p> <p>Для снятия острой вегетативной симптоматики используется дезинтоксикационная терапия, включающая солевые растворы, витамины группы В.</p>

		Для лечения депрессивной симптоматики используют антидепрессанты, чаще всего – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; нарушения сна и выраженной тревоги – транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Для улучшения мозгового кровообращения назначаются ноотропные препараты; Для снижения АД и ЧСС применяются бета-адреноблокаторы; Немедикаментозные методы включают в себя психотерапию: Релаксационные методы, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
V	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	В легких случаях все явления абстинентного синдрома без лечения исчезают в период до 10 дней, при лечении без госпитализации в период до 5 дней. Прогноз при тяжелой абстиненции зависит от формы расстройства, выраженности психических нарушений и тяжести соматической патологии. Самое тяжелое течение наблюдается при преобладании психопатологической симптоматики и переходе в алкогольный делирий.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
V	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Дифференциальную диагностику проводят с постинтоксикационным синдромом. При алкогольном абстинентном синдроме опохмеление снимает (или уменьшает) тягостные явления, наблюдаемые при лишении алкоголя. Характерно наличие патологического влечения (тяги) к спиртным напиткам, анамнестические данные об алкоголизме.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
H	-	002
Ф	...	...
Ф	...	...

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		

И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Мужчина 78 лет, разнорабочий.</p> <p>Анамнез: родился в г. Лукоянов, в полной семье, третьим ребенком. Рос и развивался согласно возрасту. ДДУ не посещал, в школу пошел с 7 лет, адаптировался хорошо. Закончил 7 классов (неполное среднее образование). После школы пошел работать в колхоз. Родители так же работали в колхозе. Наследственность по алкогольной зависимости не отягощена. Разведен, есть дети. Первая проба алкоголя в 18 лет, непереносимости не отмечал. Употреблял с друзьями « за компанию». В 30 лет начал злоупотреблять, быстро сформировался абстинентный синдром, во время которого отмечалось: злобность, вспыльчивость, « я мог убить родную мать, бил ее сильно, и жену бил». По настоянию жены был отправлен на лечение в ЛТП. С 33 лет отмечал амнезии опьянений. Пьянство в виде запоев, продолжительность в 3 недели. Светлый промежуток до 2-х месяцев. Влечение к алкоголю носило компульсивный характер. Толерантность возрасла до 2-х литров. Далее со слов жены: последний запой в течении 2-х недель, после обрыва « все было как обычно, тряслись руки, просил налить рюмочку». На 3-й день пациент не спал всю ночь, скрывался в доме от каких-то призраков, стал агрессивен в отношении жены, считал, что она « с ними за одно». На замечания реагировал агрессией- набрасывался с кулаками на жену. Была вызвана СМП.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы лица, шеи гиперемированны. Гипергидроз. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием. В позе Ромберга не устойчив, падает. Тремор рук, языка: мелкий.</p> <p>Психический статус: Контакт формальный, на вопросы отвечает не по существу. Во время беседы ведет себя настороженно: прислушивается, оглядывается по сторонам, глядя на потолок, указывает на кого-то пальцем, огрызается. Дезориентирован в месте и времени. Сообщает, что находится у друга в гостях. Предъявляет жалобы на страх смерти, тревогу. На вопросы врача отвечает агрессией. В поведении раздражителен, возбужден. Критики к своему состоянию нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром отмены алкоголя с делирием
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - данных анамнеза (длительное злоупотребление алкоголем, более 40 лет) - данных психического статуса (Контакт формальный, на вопросы отвечает не по существу. Во время беседы ведет себя настороженно: прислушивается, оглядывается по сторонам, глядя на потолок,

		указывает на кого-то пальцем, огрызается. Дезориентирован в месте и времени. Сообщает, что находится у друга в гостях. Предъявляет жалобы на страх смерти, тревогу. На вопросы врача отвечает агрессией. В поведении раздражителен, возбужден. Критики к своему состоянию нет.).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь со стрессом.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
V	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
O	-	<p>Для лечения данного заболевания используется медикаментозная и немедикаментозная терапия.</p> <p>Медикаментозная:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для снятия острой вегетативной симптоматики используется дезинтоксикационная терапия, включающая солевые растворы, раствор глюкозы, витамины группы В. (обязательно под контролем водно-солевого баланса). 2. Для купирования продуктивной симптоматики необходимо использовать транквилизаторы бензодиазепинового ряда и барбитуровой кислоты (диазепам, лоразепам); нейролептики-наиболее безопасным для пациентов с делирием является галоперидол. 3. Для устранения судорожного синдрома, для достижения седации применяют магния сульфат. 4. После устранения всех острых симптомов проводят сенсibiliзирующую терапию. <p>Немедикаментозная:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Семейное психологическое консультирование.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
V	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	Прогноз при алкогольном делирии зависит от формы болезни и своевременности лечения. При типичной белой горячке в большинстве случаев наступает выздоровление. У некоторых больных могут наблюдаться остаточные явления в виде психоорганического синдрома и нарушений памяти различной степени выраженности. Вместе с тем (особенно при отсутствии лечения) нельзя исключать вероятность развития тяжелых осложнений со стороны внутренних органов. Вероятность летального исхода резко увеличивается при тяжелых психозах.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
V	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с другими

		видами делирия(признаком алкогольного делирия будет наличие в анамнезе длительное злоупотребление алкоголем).
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
H	-	002
Ф	...	...
Ф	...	...
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
у	-	<p>Больной Н., 25 лет, программист .</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность неотягощена. Рос и развивался соответственно возрасту, окончил школу и институт</p> <p>По характеру замкнутый, вспыльчивый, ответственный</p> <p>Употребление алкоголя отрицает.</p> <p>Анамнез заболевания: Со слов пациента, жалобы на нарушение сна, кошмарные сновидения, навязчивые мысли о прожитой ситуации и страх, что она повторится, появились месяц назад. Последние 3,5 месяца провел дома на самоизоляции во время эпидемии коронавирусной инфекции. При переходе на дистанционную работу приехал в другой город к родителям и брату. Появились симптомы вирусной инфекции, тест на COVID"19 положительный. Вся семья была «закрыта на карантин» в двухкомнатной квартире. В течение десяти дней симптомы появились у отца и матери. Их состояние стало быстро ухудшаться, хотя сам пациент переносил инфекцию в относительно легкой форме. Спустя несколько дней отца увозят в тяжелом состоянии, после чего он скончался в больнице. «На глазах брату стало хуже, и его «увезли под ИВЛ». В это время возникает страх за жизнь брата и матери. Следующие 1,5 месяца находился дома, ни с кем не общался, нарушился ночной сон. Стали мучить кошмарные сновидения. Избегает разговоров с матерью. Считает себя виноватым в заражении семьи и смерти отца. Боится выходить из дома и посещать общественные места со страхом коронавирусной инфекции. Постоянно думает о том, как заразил отца, «лучше бы умер я, чем семья» Стал очень раздражительным «заводится по щелчку» . Работа стала очень тяжело даваться, тратит на нее в два раза больше должного времени.</p> <p>Психический статус: Настроение снижено. Больной заторможен, на вопросы о произошедшей ситуации отвечает неохотно, пытается избежать ответа. Сидит в одной позе, опустив голову, мимика однообразная.</p> <p>Жалуется на плохой сон, отсутствие аппетита, головные боли и</p>

		учащение сердцебиения. Суицидальные мысли отрицает. Мышление замедленное, снижена концентрация внимания. Соматический статус: Кожа сухая, тонус снижен. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Посттравматическое стрессовое расстройство
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	Диагноз тяжелого депрессивного эпизода поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МКБ-10: 1. Непосредственная связь с сильной стрессовой ситуацией, 2. Повторные переживания в виде ночных кошмаров 3. Негативные изменения в эмоциях 4. Повышенная реактивность и возбуждение 5. Длительность симптомов более месяца 6. Нарушение нормального повседневного функционирования вследствие этих симптомов
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома или заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Так как пациент страдает от посттравматического стрессового расстройства и имеет симптомы сниженного настроения, нарушения сна и ночных кошмаров, то препаратами выбора являются современные антидепрессанты с минимальными побочными эффектами - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИЗС): флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, пароксетин.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, обоснование верное.
P1	-	Ответ дан не полностью: выбрана верная группа препаратов, но обоснование не верное.
P0	-	Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.
В	4	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Посттравматическое стрессовое расстройство необходимо дифференцировать с острой реакцией на стресс (симптомы возникают немедленно вслед за подверженностью стрессору, расстройством приспособительных реакций (развитие симптомов происходит в течение месяца после стрессового фактора)
P2	-	Ответ дан полностью.

P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
Вид	Код	текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Больной М., 39 лет, автослесарь.</p> <p><u>Анамнез жизни</u>: Отец и дед со слов жены злоупотребляли алкоголем. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещал ДДУ, был активным, общительным ребенком. В школу пошел с 7 лет. Все школьные годы был активным, занимался в секции настольного тенниса и футбола. Учился хорошо. Вместе со своими друзьями - одноклассниками, поступил после 8 класса в авиамеханический техникум по специальности слесарь-автомеханик. По характеру активный, общительный, всегда имел много друзей, по мимо спорта увлекался разборкой мототранспорта. Служил в армии в войсках связи. После демобилизации устроился с лучшим другом работать в официальный сервис к автодилеру марки «Ауди» на должность слесаря-автомеханика, с хорошей оплатой.</p> <p>Сообщает, что курить начал, как и отец с 15 лет, говорит, что алкоголь употребляет как все, «по праздникам».</p> <p><u>Анамнез заболевания</u> (со слов пациента и его жены И.): сообщает, что с момента учебы в техникуме любил каждые выходные посидеть с друзьями «пообщаться и отдохнуть» с пивом. Делал перерывы в употреблении алкоголя только летом, когда уезжал помогать родителям в деревню и все лето был занят на полевых работах каждодневно. Техникум окончил на отлично. После службы в армии женился и устроился на работу в авто салон по специальности. Продолжал собираться с друзьями для распития алкоголя по выходным. Совместно с другом каждый квартал после получения премии ходил в бар, где «активно праздновали» получение дополнительного дохода. Дома стали происходить конфликты с женой. После рождения дочери, на полгода прекратил прием алкоголя, так как «обещал жене». В этот период отмечал сильное желание выпить. Возобновление алкоголизации объяснял так: «очень устаю от воспитания ребенка, хочется расслабиться». Когда отмечали рождение дочери друга, ушел в «запой» на 3 дня. В возрасте 30 лет начались постоянные ссоры с женой в связи с ухудшением симптоматики, периодически употреблял алкоголь по будням объясняя: «трудный клиент сегодня был». Каждую отпускную неделю, начинал пить один дома в течение всего отпуска, на замечания жены реагировал раздражением, сообщая: «все под контролем, я заслужил расслабиться в отпуске». По окончанию отпуска пить прекращал, шел в парикмахерскую, брился начисто и</p>

		<p>выходил на работу. Воздерживался от принятия алкоголя около 12 дней, потом опять начинал прием, оправдываясь сложной работой. Жена начала отмечать, что объемы выпитого увеличился. В периоды между принятием алкоголя становился раздражительным, переставал играть и общаться с дочерью, срывался в телефонных разговорах на мать. Стал пропускать работу без уважительных причин. Друг сообщал жене пациента, что тот получает постоянные замечания от руководителя салона и угрозы увольнения. После звонка начальника жена узнала, что, если он прогуляет еще один рабочий день, то его уволят, не смотря на добросовестную работу. Жена позвонила другу-коллеге, чтобы узнать обстоятельства случившегося. Ей было сообщено, что к концу недели без приема алкоголя, пациент начинает рассказывать анекдоты, связанные с приемом алкоголя. Даже пару раз декламировал стихотворения, посвященные алкоголю, не являлся на работу, выпивая с новым охранником автостоянки, и после выговора от руководства, своего поведения не поменял. Узнав новую информацию, жена сообщила об ультиматуме, что может подать на развод. Он согласился на ее условия, однако на следующий вечер пришел пьяным со словами: «отмечали день рождения коллеги, не смог отказать». По рекомендации начальника обратились к врачу психиатру-наркологу для лечения.</p> <p><u>Психический статус:</u> сознание не помрачено, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внешне неопрятен, чувствуется запах перегара. В разговоре сообщает, что не понимает смысла визита и говорит, что его поведение «как у половины жителей страны». Дает согласие на лечение: «только чтобы жена успокоилась». Однако, после расспроса о жалобах говорит, что бывает плохой сон с кошмарными сновидениями, если долго не употребляет алкоголь, а когда примет «лекарство» спит, «как младенец», жалуется на слабость, недомогание по утрам, сухость во рту, тремор рук после выпивки по утрам, в связи с чем опохмеляется. Подтверждает, что имеет тягу к приему алкоголя, парируя это аргументом: «есть ведь тоже все хотят, а на Руси из покон веку пили...». Отмечает, что в последнее время запои продолжаются по несколько недель. Аппетит пониженный. Фон настроения несколько снижен, раздражителен. Эмоционально откликается на алкогольные темы. Относится к своему здоровью и пьянству легковесно. Наличие галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявлено. Суицидальные мысли отрицает. Опасных тенденций не прослеживается.</p> <p>Сомато - неврологический статус: без особенностей</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром алкогольной зависимости 2 стадия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз «Синдром алкогольной зависимости, 2 стадия» поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МКБ-10:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сильное желание или чувство трудно преодолимой тяги к приему алкоголя. 2. Повышение толерантности. 3. Продолжение употребления алкоголя, вопреки признакам вредных последствий. 4. Абстинентный синдром. <p>А также дополнительных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Псевдо-запой. 2. Поглощенность приемом алкоголя. <p>Диагноз «Синдром алкогольной зависимости, 2 стадия» поставлен на основании данных анамнеза (многолетняя длительность приема алкоголя с сильным желанием и повышением толерантности, деструктивным поведением, сопровождающиеся периодическими псевдо-запойми и алкогольными шуточками).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома иди заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Может ли данный пациент быть госпитализирован в недобровольном порядке? Если да, то на каком основании.
О	-	<p>Пациент не может быть госпитализирован в психиатрическую клинику недобровольно в соответствии с действующим законодательством: «Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016), статья 29, пункты а, б, в». Пациент не представляет опасность непосредственно для себя и окружающих, отсутствует его беспомощность и он способен удовлетворить свои потребности и большая вероятность отсутствия резкого ухудшения его психического состояния до необходимости в надобности госпитализации.</p> <p>Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:</p> <p>Статья 29. Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке:</p> <p>Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью в следствие ухудшения

		психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Обоснование госпитализации дано не полностью, не указаны пункты статьи.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	В связи с отсутствием желания у самого пациента к лечению от зависимости, целесообразнее использовать препарат налтрексон, для устранения приятных ощущений от выпитого, а так же сохранения комплаенса в связи с минимальными побочными эффектами. Вторым препаратом для лечения можно добавить топирамат, для воздействия на стадию абстиненции и нормотимического эффекта в сочетании со снижением тяги к алкоголю. При согласии и появлении желания на лечение от самого пациента рекомендовано подключить препарат дисульфирам, для формирования негативной реакции на алкоголь, благодаря плохим ощущениям при сочетании с алкоголем. Рекомендовать подключение индивидуальную КПТ и групповую психотерапию «12 шагов». При остатке в процессе лечения «кошмарных» сновидений рассмотреть возможность назначение α1-адреноблокаторов перед сном.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, обоснование верное.
P1	-	Ответ дан не полностью: выбрана верная группа препаратов, но обоснование не верное.
P0	-	Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.
B	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	«Синдром алкогольной зависимости 2 стадии» необходимо дифференцировать с «Синдромом алкогольной зависимости 1 и 3 стадии» (на первой стадии должны быть в основном психическая зависимость с повышением уровня толерантности, отсутствие абстиненций и легкий способ отказаться от приема на довольно продолжительный срок. Отсутствие запоев и псевдо-запоев. На третьей стадии должно быть снижение толерантности к алкоголю, возможно наличие резидуальных психических расстройств, все действия должны быть направлены только на употребление алкоголя, без каких либо внешних интересов).
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
H	-	001
Ф	...	...
Ф	...	...

Вид	Код	текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У		<p>Больная А., 37 лет, врач-рентгенолог в ЦРБ.</p> <p><u>Анамнез жизни:</u> Наследственность психопатологически неотягощена. Единственный ребенок в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещала ДДУ, была активным, общительным ребенком. В школу пошла с 7 лет, все школьные годы была активисткой, возглавляла спортивную секцию по волейболу. Училась на хорошо и отлично. Все школьные годы активно занималась спортом. Поступила в медицинский институт, продолжала заниматься волейболом, участвовала и заняла 2 место на конкурсе «Мисс институт». Закончив институт, устроилась работать рентгенологом в ЦРБ.</p> <p>По характеру активная, общительная, ответственная, имела много друзей среди сокурсников. Однако всегда отмечала признаки сильной тревоги перед важными событиями. Курение и употребление алкоголя отрицает. Не замужем, детей нет.</p> <p><u>Анамнез заболевания</u> (со слов пациентки): переехала в Нижегородскую область ухаживать за матерью, которая болела ХОБЛ. После ее смерти сильно переживала, испытывала тревогу, отмечалось пониженное настроение, к психиатру не обращалась.</p> <p>В феврале 2020 года в ЦРБ поступила женщина, вернувшаяся с отдыха из Италии с жалобами на отдышку, периодические приступы удушья, малопродуктивный кашель, высокую температуру, отсутствие вкусовых и обонятельных ощущений.</p> <p>В соответствии с родом своей деятельности пациентка выполняла рентгенографию данной женщине. Через неделю стала чувствовать себя плохо, поднялась температура, появился «сухой кашель». Обратилась к участковому терапевту по месту жительства. Проходила лечение амбулаторно. Через 3 дня появилась выраженная отдышка, была переведена на стационарное лечение с признаками пневмонии. В связи с ухудшением состояния переводилась в реанимационное отделение и была подключена к ИВЛ. После забора мазков был выставлен диагноз: COVID-19. Соматическое состояние было тяжелым. На фоне лечения отмечалось улучшение. Спустя 20 дней была выписана домой с отрицательными мазками на COVID-19 и пробой ФВД (свидетельствующая о снижении ЖЕЛ на 30%).</p> <p>В течение полутора месяцев чувствовала себя удовлетворительно, продолжала работать и восстанавливаться после заболевания. Интересуясь заболеванием COVID-19, смотрела лекцию американского профессора о высокой вероятности реинфекции и, получив информацию из Департамента Здравоохранения о перепрофилировании ее ЦРБ в стационар под «коронавирус»,</p>

		<p>нарушился сон. Постоянно появлялись навязчивые воспоминания о приступах удушья. Мучилась от «кошмаров», в которых видела себя на аппарате ИВЛ. Взяла в больнице отпуск, однако через некоторое время ее попросили выйти на работу раньше на две недели в связи с нехваткой персонала. На что пациентка сказала неправду. Сказала, что находится далеко и не приедет раньше времени, хоть и находилась дома. Каждый раз, смотря на себя в зеркало и видя шрам после ИВЛ, испытывала страх и чувство паники с наплывом воспоминаний о лечении в больнице. Стала сильно тревожиться о том, что в связи со снижением ЖЕЛ больше не сможет заниматься спортом. Для облегчения своего состояния каждый вечер начала выпивать алкоголь, но выраженного эффекта достигнуть не могла. По настоянию близкой подруги обратилась к психиатру.</p> <p><u>Психический статус:</u> Внешне выглядит опрятно, одета в кофту с высоким воротником. В начале беседы с настороженностью делилась своими переживаниями, но после осознания, что врач понимает ее, стала открыто делиться всеми переживаниями. Ищет помощи и поддержки. Жалуется на плохой сон с кошмарными сновидениями и частыми просыпаниями, постоянные навязчивые воспоминания о пережитой ситуации и чувстве нахождения в реанимации. Отмечает усиление тревоги и страха каждый раз, когда видит шрам на шее, либо смотрит новости в интернете связанные с вирусом. Говорит о чувстве тревожности и беспокойства из-за сложившейся ситуации. Аппетит пониженный. Фон настроения не резко снижен. Эмоционально несколько отчужденная. Наличие галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявлено. Суицидальные мысли отрицает. Опасных тенденций не прослеживается.</p> <p>Сомато-неврологический статус: без особенностей</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Посттравматическое стрессовое расстройство .
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МКБ-10:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Отсроченная реакция, проявившаяся в течение 6 месяцев с момента психотравмирующей ситуации. 6. Тревога и повторные переживания ситуации (флешбеки). <p>А также дополнительных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Нарушенный сон. 4. Сниженный аппетит. 5. Избегание. 6. Чувство беспокойства. <p>Диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» поставлен на основе данных анамнеза (сильно значимая для индивида травма), имеющие место флешбеки и отсроченная в</p>

		течении 6 месяцев от пережитой ситуации реакция.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома или заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
V	3	Может ли данная пациентка быть госпитализирована в недобровольном порядке? Если да, то на каком основании.
O	-	<p>Пациентка не может быть госпитализирована в психиатрическую клинику недобровольно в соответствии с действующим законодательством.</p> <p>«Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016), статья 29, пункты а, б, в».</p> <p>Пациентка не представляет опасность непосредственно для себя и окружающих, у нее отсутствует беспомощность и она способна удовлетворить свои потребности. Большая вероятность отсутствия резкого ухудшения ее психического состояния до необходимости в надобности госпитализации.</p> <p>Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:</p> <p>Статья 29. Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке:</p> <p>Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:</p> <p>а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или</p> <p>б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или</p> <p>в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.</p>
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Обоснование госпитализации дано не полностью, не указаны пункты статьи.
P0	-	Ответ дан не верно.
V	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	В качестве первой линии терапии ПТСР используют антидепрессанты группы СИОЗС и ИОЗСН. Благодаря хорошей переносимости и минимальном количестве побочных эффектов, а также молодом возрасте и отсутствии проблем, связанных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы целесообразнее выбрать препарат группы СИОЗС (эсциталопрам) в начальной

		дозировке 10 мг/сут. С осторожностью при усилении тревоги можно добавить препараты бензодиазепинового ряда (феназепам) в дозировке 1 мг на ночь №15. Рекомендовать подключение КПТ. При остатке в процессе лечения «кошмарных» сновидений рассмотреть возможность назначения α1-адреноблокаторов перед сном.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, обоснование верное.
P1	-	Ответ дан не полностью: выбрана верная группа препаратов, но обоснование не верное.
P0	-	Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.
B	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Посттравматическое стрессовое расстройство необходимо дифференцировать от Панического расстройства (должны быть страх ожидания, а также беспокойство, связанное с паническими атаками, приступы паники должны быть внезапными, без провоцирующего фактора); Генерализованного тревожного расстройства (должна присутствовать постоянная тревога, усталость, нарушение концентрации, мышечное напряжение, раздражительность и не должно быть «кошмарных» сновидений, связанных с пережитой ситуацией и флешбеков)
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.

3. Темы рефератов.

- 1) Формы оказания психиатрической помощи.
- 2) Формы оказания наркологической помощи.
- 3) Порядок оказания психиатрической помощи.
- 4) Порядок оказания наркологической помощи.
- 5) Принципы этики и деонтологии.
- 6) Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.
- 7) Основные принципы и методы профилактики психических расстройств.
- 8) Реабилитация лиц с психическими и наркологическими расстройствами.
- 9)

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (печатные, электронные издания, интернет и другие сетевые ресурсы).

7.1. Перечень основной литературы:

№ п/п	Наименование согласно библиографическим требованиям
1.	Психиатрия: национальное руководство + 1 электрон. диск (CD-Rom) / под. Ред. Ю.А. Александровского, Н.Г.Незванова; Изд. организация Всероссийское общество психиатров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1008 с.
2.	Клиническая психиатрия детского возраста: учебное пособие / Л.Н.Касимова, Ж.В.Альбицкая. – 2-е изд. – Н.Новгород: НижГМА, 2015. – 160 с.
3.	Психиатрия: справочник практического врача / под ред. А.Г.Гофман. - М.: МЕДпресс-информ, 2019. - 624 с.

7.2. Перечень дополнительной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям
1.	Психиатрия и медицинская психология /Иванец Н.Н. и др. – М.: Гэотармедиа, 2016 – 896 с.:
2.	Психиатрия и медицинская психология /Иванец Н.Н. и др. – М.: Гэотармедиа, 2016 – 896 с.:
3.	Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / ред. Ю.С.Шевченко. -е изд., перераб. и доп - - М.: Медицинское информационное агентство, 2017. - 1124 с.
4.	Судебная психиатрия: учебное пособие для студентов вузов обучающихся по специальности «Юриспруденция» / З.О. Георгадзе, А.В. Датий, Н.Н. Джачвадзе и др. ; под ред. З.О. Георгадзе. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2015. - 255 с.

7.3. Электронные образовательные ресурсы, используемые в процессе преподавания дисциплины:

7.3.1. Внутренняя электронная библиотечная система университета (ВЭБС)

Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика (контент)	Условия доступа	Количество пользователей
Внутренняя электронная библиотечная система (ВЭБС) http://nbk.pimunn.net/MegaPro/Web	Труды профессорско-преподавательского состава университета: учебники, учебные пособия, сборники задач, методические пособия, лабораторные работы, монографии, сборники научных трудов, научные статьи, диссертации, авторефераты диссертаций, патенты	С любого компьютера и мобильного устройства по индивидуальному логину и паролю. Режим доступа: http://nbk.pimunn.net/MegaPro/Web	Не ограничено

7.3.2. Электронные образовательные ресурсы, приобретенные ПИМУ

№ пп	Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика (контент)	Условия доступа	Количество пользователей
1.	ЭБС «Консультант студента» (Электронная база данных «Консультант студента». База данных «Медицина. Здравоохранение (ВО) и «Медицина. Здравоохранение (СПО)») http://www.studmedlib.ru	Учебная литература, дополнительные материалы (аудио-, видео-, интерактивные материалы, тестовые задания) для высшего медицинского и фармацевтического образования	С любого компьютера и мобильного устройства по индивидуальному логину и паролю (на платформе Электронной библиотеки ПИМУ)	Не ограничено Срок действия: до 31.12.2021
2.	База данных «Консультант врача. Электронная	Национальные руководства, клинические рекомендации, учебные	С любого компьютера и мобильного	Не ограничено

	медицинская библиотека» https://www.rosmedlib.ru	пособия, монографии, атласы, фармацевтические справочники, аудио- и видеоматериалы, МКБ-10 и АТХ	устройства по индивидуальному логину и паролю (на платформе Электронной библиотеки ПИМУ)	Срок действия: до 31.12.2021
3.	Электронная библиотечная система «Букап» https://www.books-up.ru	Учебная и научная медицинская литература российских издательств, в т.ч. переводы зарубежных изданий. В рамках проекта «Большая медицинская библиотека» доступны издания вузов-участников проекта	С любого компьютера и мобильного устройства по индивидуальному логину и паролю (на платформе Электронной библиотеки ПИМУ); с компьютеров университета. Для чтения доступны издания из раздела «Мои книги».	Не ограничено Срок действия: до 31.05.2022
4.	Образовательная платформа «ЮРАЙТ» https://urait.ru	Коллекция изданий по психологии, этике, конфликтологии	С любого компьютера и мобильного устройства по индивидуальному логину и паролю (на платформе Электронной библиотеки ПИМУ)	Не ограничено Срок действия: до 31.12.2021
5.	Электронные периодические издания в составе базы данных «Научная электронная библиотека eLIBRARY https://elibrary.ru	Электронные медицинские журналы	С компьютеров университета ; с любого компьютера и мобильного устройства по индивидуальному логину и паролю (после регистрации с компьютеров ПИМУ)	Не ограничено Срок действия: до 31.12.2021
6.	Интегрированная информационно-библиотечная система (ИБС) научно-образовательного медицинского	Электронные копии научных и учебных изданий из фондов библиотек-участников научно-образовательного медицинского кластера ПФО «Средневолжский»	Доступ предоставляется по заявке на по индивидуальному логину и паролю с любого компьютера и	Не ограничено Срок действия: неограничен

	кластера Приволжского Федерального округа – «Средневолжский» (договор на бесплатной основе)		мобильного устройства	
7.	Электронная справочно-правовая система «Консультант Плюс» (договор на бесплатной основе) http://www.consultant.ru	Нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинских и фармацевтических учреждений	С компьютеров научной библиотеки	Не ограничено Срок действия: неограничен
8.	Национальная электронная библиотека (НЭБ) (договор на бесплатной основе): http://нэб.рф	Электронные копии изданий (в т.ч. научных и учебных) по широкому спектру знаний	Научные и учебные произведения, не переиздававшиеся последние 10 лет – в открытом доступе. Произведения, ограниченные авторским правом, – с компьютеров научной библиотеки.	Не ограничено Срок действия не ограничен (договор пролонгируется каждые 5 (пять) лет).

7.3.3. Ресурсы открытого доступа (указаны основные)

№ п/п	Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика (контент)	Условия доступа	Количество пользователей
Отечественные ресурсы				
1.	Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) http://нэб.рф	Полнотекстовые электронные копии печатных изданий и оригинальные электронные издания по медицине и биологии	С любого компьютера, находящегося в сети Интернет. Режим доступа: http://нэб.рф	Не ограничено
2.	Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU https://elibrary.ru	Рефераты и полные тексты научных публикаций, электронные версии российских научных журналов	С любого компьютера, находящегося в сети Интернет. Режим доступа: https://elibrary.ru	Не ограничено
3.	Научная электронная библиотека открытого доступа КиберЛенинка http://cyberleninka.ru	Полные тексты научных статей с аннотациями, публикуемые в научных журналах России и ближнего зарубежья	С любого компьютера, находящегося в сети Интернет. Режим доступа: https://cyberleninka.ru	Не ограничено
Зарубежные ресурсы в рамках Национальной подписки				

1.	Электронная коллекция издательства Springer https://rd.springer.com	Полнотекстовые научные издания (журналы, книги, статьи, научные протоколы, материалы конференций)	С компьютеров университета	Не ограничено Срок действия: до 31.12.2021
2.	База данных периодических изданий издательства Wiley www.onlinelibrary.wiley.com	Периодические издания издательства Wiley	С компьютеров университета, с любого компьютера по индивидуальному логину и паролю	Не ограничено Срок действия: до 31.12.2021
3.	Электронная коллекция периодических изданий «Freedom» на платформе Science Direct https://www.sciencedirect.com	Периодические издания издательства «Elsevier»	С компьютеров университета, с любого компьютера по индивидуальному логину и паролю.	Не ограничено Срок действия: до 31.12.2021
4.	База данных Scopus www.scopus.com	Международная реферативная база данных научного цитирования	С компьютеров университета, с любого компьютера по индивидуальному логину и паролю.	Не ограничено Срок действия: до 31.12.2021
5.	База данных Web of Science Core Collection https://www.webofscience.com	Международная реферативная база данных научного цитирования	С компьютеров университета, с любого компьютера по индивидуальному логину и паролю. Режим доступа: https://www.webofscience.com	Не ограничено Срок действия: до 31.12.2021
6.	База данных Questel Orbit https://www.orbit.com	Патентная база данных компании Questel	С компьютеров университета. Режим доступа: https://www.orbit.com	Не ограничено Срок действия: до 31.12.2021
Зарубежные ресурсы открытого доступа (указаны основные)				
1.	PubMed https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Поисковая система Национальной медицинской библиотеки США по базам данных «Medline», «PreMedline»	С любого компьютера и мобильного устройства. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Не ограничено
2.	Directory of Open Access Journals http://www.doaj.org	Директория открытого доступа к полнотекстовой коллекции периодических	С любого компьютера и мобильного	Не ограничено

		изданий	устройства. Режим доступа: http://www.doaj.org	
3.	Directory of open access books (DOAB) http://www.doabooks.org	Директория открытого доступа к полнотекстовой коллекции научных книг	С любого компьютера и мобильного устройства. Режим доступа: http://www.doabooks.org	Не ограничено

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины.

8.1. Перечень помещений*, необходимых для проведения аудиторных занятий по дисциплине.

1. Лекционная аудитория
2. Учебные комнаты для проведения клинических практических занятий, семинаров, промежуточной аттестации, самостоятельной работы

8.2. Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.

- мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран) – 1 шт.
- телевизор – 1 шт.
- видео- и DVD проигрыватели – 1 шт.
- видеокамера – 1 шт.

8.3. Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

№ п. п.	Программное обеспечение	кол-во лицензий	Тип программного обеспечения	Производитель	Номер в едином реестре российского ПО	№ и дата договора
1	Wtware	100	Операционная система тонких клиентов	Ковалёв Андрей Александрович	1960	2471/05-18 от 28.05.2018
2	МойОфис Стандартный. Лицензия Корпоративная на пользователя для образовательных организаций, без ограничения срока действия, с правом на получение	220	Офисное приложение	ООО "НОВЫЕ ОБЛАЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ"	283	без ограничения с правом на получение обновлений на 1 год.

	обновлений на 1 год.					
3	LibreOffice		Офисное приложение	The Document Foundation	Свободно распростр аняемое ПО	
4	Windows 10 Education	700	Операционные системы	Microsoft	Подписка Azure Dev Tools for Teaching	
5	Яндекс.Браузе р		Браузер	ООО «ЯНДЕКС»	3722	
6	Подписка на MS Office Pro на 170 ПК для ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России	170	Офисное приложение	Microsoft		23618/НН 10030 ООО "Софтлай н Трейд" от 04.12.202 0