

## 1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине: Психиатрия-наркология

по специальности: 31.08.21 Психиатрия-наркология

| № п/п | Контролируемые разделы (темы) дисциплины  | Код контролируемой компетенции  | Результаты обучения по дисциплине  | Наименование оценочного средства        |                      |
|-------|---|---|--|---|----------------------|
|       |   |   |  | вид                                     | количество           |
| 1.    | <p>Раздел 1. «Общая и частная психопатология»</p> <p>Раздел 2. «Общая патология и патогенез наркологических заболеваний»</p> <p>Раздел 3. «Клиника алкоголизма»</p> <p>Раздел 4. «Клиника наркоманий и токсикоманий»</p> <p>Раздел 5. «Экспертиза в наркологии»</p> <p>Раздел 6. «Лечение и реабилитация наркологических больных»</p> <p>Раздел 7. «Медицинская психология»</p> <p>Раздел 8. «Суицидология»</p> | <p>УК-1,<br/>УК-2,<br/>УК-3,<br/>ПК-1,<br/>ПК-2,<br/>ПК-3,<br/>ПК-4,<br/>ПК-5,<br/>ПК-6,<br/>ПК-7,<br/>ПК-8,<br/>ПК-9,<br/>ПК-10,<br/>ПК-11,<br/>ПК-12.</p> | <p><b>Знать:</b></p> <p>— основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;</p> <p>— общие вопросы организации наркологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи;</p> <p>— причины и механизмы развития наркологических расстройств, сущность функциональных и морфологических процессов и их клинические проявления при наркологических расстройствах у пациентов различных возрастных групп;</p> <p>— основы фармакотерапии наркологических расстройств, фармакодинамику и фармакинетику основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и их коррекцию;</p> <p>— основы иммунологии и реактивности организма и клинической генетики;</p> <p>— организацию службы скорой медицинской помощи и интенсивной терапии;</p> <p>— основы</p> | <p>Тесты</p> <p>Ситуационные задачи</p> | <p>194</p> <p>30</p> |

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  | <p>немедикаментозной терапии: психотерапии, физиотерапии, ЛФК и санаторно-курортного лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— основы рационального питания здоровых и больных;</li><li>— противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;</li><li>— экспертизу ВУТ, МСЭ, ВЭ, СПЭ при психических расстройствах;</li><li>— диспансерное наблюдение за здоровыми и больными;</li><li>— особенности течения, диагностики и лечения наркологических расстройств в пожилом и старческом возрасте;</li><li>— симптоматиологию наркологических расстройств;</li><li>— дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов;</li><li>— современную классификацию болезней и причин смерти;</li><li>— диагностическую значимость (в том числе специфичность, чувствительность) результатов дополнительных методов исследования;</li><li>— правила оформления клинического диагноза;</li><li>— особенности течения и диагноза наркологических расстройств в зависимости от возраста и пола;</li><li>— этиологию, патогенез, патофизиологию, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз при наркологических</li></ul> |  |  |
|--|--|--|---|--|--|

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  | <p>расстройствах; а также основных инфекционных заболеваний;</p> <p>— фармакодинамику и фармакокинетику лекарств, показания и противопоказания, признаки терапевтического и побочного действия, взаимодействие лекарств в организме;</p> <p>— методы и принципы начального и поддерживающего лечения и комбинированной фармакотерапии, оценку пользы и риска при применении лекарств;</p> <p>— возможности неотложной клинической диагностики острых осложнений при наркологических расстройствах, включая пограничные ситуации хирургического, неврологического, инфекционного, интоксикационного профиля;</p> <p>— физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний;</p> <p>— методы специфического (причинного) и неспецифического физического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления первой врачебной помощи;</p> <p>— методы предупреждения осложнений и неотложных состояний при наркологических расстройствах;</p> <p>— принципы и методы профилактической работы в наркологии;</p> <p>— формы и методы санитарно-просветительной</p> |  |  |
|--|--|--|---|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>работы.</p> <p><b><u>Уметь:</u></b></p> <p>— 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, трудоспособность;</p> <p>— верифицировать и/или уточнить направленный диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в диспансер;</p> <p>— использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с больными;</p> <p>— 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.</p> <p>— <i>квалифицированно осуществлять:</i></p> <p>✓ эффективное и безопасное лечение больных, в том числе постоянное самостоятельное лечение и наблюдение наркологических больных, а также первичную и</p> |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <p>вторичную профилактику наркологических расстройств;</p> <p>✓ плановое комплексное лечение больных, используя режим, диету, физиотерапию, медикаменты, психотерапию, и осуществлять динамический контроль за состоянием больного, эффективностью и переносимостью назначенного лечения, и при необходимости проводить его коррекцию (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних).</p> <p>— осуществлять диагностику и квалификационную врачебную помощь при неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе;</p> <p>✓ клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния;</p> <p>✓ определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи в полном объеме; начать лечение и вызвать на консультацию соответствующего врача-специалиста;</p> <p>✓ провести в случае необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, инфузионную терапию;</p> <p>✓ провести экстренную медикаментозную терапию по показаниям (антибиотики, анальгетики, вазопрессоры, бронхолитики, гормональные препараты, antidotes при отравлениях, гемостатические и др.);</p> <p>✓ профилактику</p> |  |  |
|--|--|---|--|--|

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <p>аспирации, пролежней, травм, интеркуррентных инфекций;</p> <p>✓ динамическое наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма;</p> <p>✓ оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии;</p> <p>✓ проводить терапию синдромов острой дыхательной недостаточности, малого сердечного выброса, коагулопатий, дисгидрий, экзо — и эндотоксикоза, белково-энергетической недостаточности, внутричерепной дистензии и их сочетаний;</p> <p>— проводить санитарно-просветительную работу среди населения;</p> <p>— оформить медицинскую документацию.</p> <p>—</p> <p>— <b>Владеть:</b> организацией рабочего места в психиатрическом и наркологическом стационарном, реабилитационном и диспансерном отделениях;</p> <p>— оценкой состояния больного с наркологическими расстройствами;</p> <p>— способностью оценить результаты дополнительных методов исследования (ЭЭГ-исследование, эхо ЭЭГ-исследование, пневмо-ЭГ, ультразвуковая доплерография, рентгенография черепа, заключение по исследованию</p> |  |  |
|--|--|---|--|--|

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  | <p>глазного дна, лабораторных исследований, результатов экспериментально-психологического исследования);</p> <p>— методами диагностики и дифференциальной диагностики психических и наркологических расстройств на симптоматологическом, синдромологическом и нозологическом уровнях;</p> <p>— осуществлением контроля состояния пациента с наркологическими расстройствами в стационарных и амбулаторных условиях, своевременным распознаванием возникающих нарушений состояния больного и осложнений, применением обоснованной корригирующей терапии;</p> <p>— осуществлением рациональной фармакотерапии психических и наркологических нарушений с учетом особенностей детского, подросткового, пожилого возраста, состояния больного;</p> <p>— проведением профилактики и лечения побочных эффектов и осложнений психофармакотерапии, включая злокачественный нейрорептический синдром, хронические неврологические побочные эффекты, соматовегетативные побочные эффекты терапии психотропными средствами;</p> <p>— установлением необходимости госпитализации в психиатрический и</p> |  |  |
|--|--|--|---|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>наркологический стационар, показаний к нахождению больного в наркологическом отделении;</p> <p>— распознаванием urgentных состояний в наркологии и проведением своевременных лечебно-реанимационных мероприятий, включая лечение серийных эпилептических приступов, эпилептического статуса, тяжелых форм алкогольного делирия и острых алкогольных энцефалопатий, неотложную терапию при реакции на алкоголь у лиц, принимающих дисульфирам;</p> <p>— проведением неотложных мероприятий при синдромах острой сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, печеночной, почечной недостаточности, при критических состояниях эндокринного генеза, при инфаркте миокарда, нарушениях ритма сердечной деятельности, гипертоническом кризе, отравлениях (медикаментами, препаратами бытовой химии, угарным газом, ФОС, этанолом и др.); столбняке, холере, ботулизме;</p> <p>— диагностикой и терапией интоксикации и абстиненции при употреблении ПАВ, интоксикационной комы;</p> <p>— методами купирования различных видов возбуждения;</p> <p>— неотложной помощью при истерическом припадке, остром психотическом состоянии, суицидальных тенденциях, состояниях помраченного сознания, при отказе от еды;</p> |  |  |
|--|--|--|--|--|



|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <p>— тактикой оказания первой врачебной помощи наркологическому больному с социально-опасными действиями;</p> <p>— методами рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, поведенческой, коллективной, групповой, семейной психотерапии;</p> <p>— навыками социальной реабилитации;</p> <p>— оформлением медицинской документации: направления на стационарное и амбулаторное лечение у психиатра и нарколога, на недобровольную госпитализацию в психиатрический и наркологический стационар, на военно-психиатрическую и судебно-психиатрическую экспертизу, в дом - инвалидов для психохроников; акта об имевшем место судорожном припадке; отчетно-статистической документации.</p> |  |  |
|--|--|---|--|--|

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 2.1 Тестовые задания по дисциплине

#### Раздел 1. «Общая и частная психопатология»

| Тестовые задания с вариантами ответов   | № компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание                              |
|---|---|
| <p>1. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) физической истощаемости</p> <p>б) психической истощаемости</p> <p>в) фиксационной амнезии</p> <p>г) аффективной лабильности</p> <p>д) вегетативными расстройствами</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |

|  |   |
|--|---|
|  |   |
| <p>2. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) проявлений раздражительной слабости<br/> б) аффективной лабильности<br/> в) явлений "усталости, не ищущей себе покоя"<br/> г) ментизма<br/> д) головных болей и вегетативных нарушений</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>3. ДЛЯ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) легкие нарушения сознания в виде обнубиляции<br/> б) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению<br/> в) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха<br/> г) резко выраженную утомляемость<br/> д) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>4. КЛАССИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) эмоциональным торможением<br/> б) двигательным торможением<br/> в) идеаторным торможением<br/> г) всем перечисленным<br/> д) ничем из перечисленного</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>5. ДЛЯ ДЕПРЕССИВНОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) сниженного настроения<br/> б) двигательного торможения<br/> в) меланхолического раптуса<br/> г) идеаторного торможения<br/> д) всего перечисленного</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>6. ДЕПРЕССИВНОЕ ИДЕАТОРНОЕ ТОРМОЖЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНО ВСЕМ ПРОЯВЛЕНИЯМИ, КРОМЕ</p> <p>а) концентрации мышления на депрессивной фабуле<br/> б) затруднения запоминания<br/> в) затруднения воспроизведения<br/> г) депрессивного моноидеизма<br/> д) явлений прогрессирующей амнезии</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>7. К ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИВНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) повышенную чувствительность<br/> б) бедность мимики<br/> в) ощущение мышечной слабости<br/> г) замедление движений<br/> д) явления депрессивного ступора</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>8. К СОМАТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИИ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) запоры<br/> б) дисменорея<br/> в) похудание<br/> г) все перечисленное<br/> д) ничего из перечисленного</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>9. К СОМАТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИЙ МОГУТ ОТНОСИТЬСЯ</p> <p>а) повышение веса<br/> б) отсутствие аппетита<br/> в) постарение<br/> г) все перечисленное<br/> д) ничего из перечисленного</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>10. ЧТО ВЫХОДИТ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН В КЛИНИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ БОЛЬНЫХ С «МАСКИРОВАННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ»</p> <p>а) нарушения мимики и пантомимики<br/> б) пониженное настроение<br/> в) интеллектуально-мнестические нарушения<br/> г) изменения личности<br/> д) соматовегетативные функциональные расстройства</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>11. МЕЛАНХОЛИЧЕСКИЙ РАПТУС ЭТО</p> <p>а) не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного<br/> б) двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий<br/> в) расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения<br/> г) периодически и внезапно возникающая страсть к воровству<br/> д) двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>12. ДЕПРЕССИВНЫЙ СТУПОР ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а) невротической депрессии<br/> б) маниакально-депрессивном психозе<br/> в) патохарактерологических реакциях<br/> г) формирующейся психопатии<br/> д) неврозе навязчивых состояний</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>13. С НАЛИЧИЕМ ГИПОМАНИАКАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ</p> <p>а) повышенный аппетит<br/> б) нарушение сна<br/> в) расторможение влечений<br/> г) все перечисленные<br/> д) ни одно из перечисленных</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11,</p>       |

|   |  |
|---|--|
|   | ПК-12  |
| <p>14. МАНИАКАЛЬНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) повышенным настроением<br/> б) ускорением ассоциаций<br/> в) двигательным возбуждением<br/> г) всем перечисленным<br/> д) ничем из перечисленного</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>15. МАНИАКАЛЬНОЕ ИДЕАТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) гипермнезию<br/> б) конфабуляции<br/> в) ускорение ассоциаций<br/> г) явления повышенной отвлекаемости со скачкой идей<br/> д) идеаторную "спутанность"</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-1</p>  |
| <p>16. ПРИЗНАКАМИ ГИПОМАНИАКАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) повышенная активность<br/> б) повышение настроения<br/> в) нарушение сна<br/> г) все перечисленные<br/> д) ни один из перечисленных</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>17. ГИПЕРМЕТАМОРФОЗ ЭТО</p> <p>а) расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям<br/> б) неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта<br/> в) замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества<br/> г) нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью<br/> д) ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>18. ОБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания<br/> б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним<br/> в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий<br/> г) всем перечисленным<br/> д) ничем из перечисленного</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>19. К ОТВЛЕЧЕННЫМ НАВЯЗЧИВОСТЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка)<br/> б) навязчивое чувство антипатии</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p>в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.<br/> г) навязчивый счет<br/> д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов</p>  | <p>ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p>  |
| <p>20. НАВЯЗЧИВЫЕ ВЛЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) появления вопреки разуму, воли и чувству<br/> б) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие<br/> в) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного<br/> г) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления чуждого влечения<br/> д) чувством навязанности, сделанности из вне</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>21. НАВЯЗЧИВЫЙ СТРАХ (ФОБИЯ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности<br/> б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним<br/> в) наличия конкретного содержания<br/> г) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного<br/> д) возможности быть всеохватывающим</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>22. НАВЯЗЧИВЫЕ СОМНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий<br/> б) сомнение в правильности и точности исполнения<br/> в) стремление проводить перепроверки<br/> г) возможность продолжаться до бесконечности<br/> д) успокоение больного многократными проверками</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |

## Раздел 2 «Общая патология и патогенез наркологических заболеваний»

| Тестовые задания с вариантами ответов  | № компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание   |
|--|--|
| <p>23. ПОНЯТИЕ "ПЕРВИЧНОЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ" СООТВЕТСТВУЕТ УТВЕРЖДЕНИЮ</p> <p>а) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации<br/> б) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации<br/> в) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы<br/> г) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса<br/> д) все перечисленное</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>24. НАИБОЛЕЕ ОБЩИЕ СВОЙСТВА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) изменения суждений больного</p> <p>б) направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер</p> <p>в) сохранения критики к своему состоянию и окружающему</p> <p>г) формирования жизненных позиций под влиянием влечения</p> <p>д) доминирующего характера поведения</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>25. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМИ ОБ АКТУАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) ощущения общего недомогание, слабости</p> <p>б) изменения аппетита</p> <p>в) ощущения жажды</p> <p>г) потливости</p> <p>д) уменьшения частоты курения</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ПРИ АКТУАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ ПРИЗНАКАМИ ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) неустойчивости настроения</p> <p>б) переключения интересов на занятия типа "хобби"</p> <p>в) повышения истошаемости</p> <p>г) беспричинной напряженности, затруднений при попытке расслабиться</p> <p>д) нарушения сна, появления в сновидениях алкогольной тематики</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>27. ДЛЯ СИМПТОМА СИТУАЦИОННО-ОБУСЛОВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) появления на начальных стадиях заболевания</p> <p>б) связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношения к профессиональной деятельности)</p> <p>в) невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм</p> <p>г) оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя</p> <p>д) возможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>28. ДЛЯ СИМПТОМА СПОНТАННО-ВОЗНИКАЮЩЕГО ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ С БОРЬБОЙ МОТИВОВ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) влечения, которое осознается больным со всей определенностью</p> <p>б) постоянного присутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка)</p> <p>в) попыток больного бороться с желанием выпить</p> <p>г) появления на этапе I-II, II ст. заболевания</p> <p>д) отсутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка)</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>29. ДЛЯ СИМПТОМА СПОНТАННО ВОЗНИКАЮЩЕГО ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ БЕЗ БОРЬБЫ МОТИВОВ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ,</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3,</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <p>КРОМЕ</p> <p>а) неосознаваемости больным влечения</p> <p>б) появления во II стадии болезни</p> <p>в) способности предотвратить развитие эксцесса с помощью этических моментов</p> <p>г) раздражительности перед алкогольным эксцессом, колебаний настроения</p> <p>д) неспособности предотвратить развитие эксцесса с помощью этических моментов</p>   | <p>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p>  |
| <p>30. ДЛЯ АКТУАЛИЗАЦИИ СИМПТОМА СПОНТАННО ВОЗНИКАЮЩЕГО ПЕРВИЧНОГО ВЛЕЧЕНИЯ БЕЗ БОРЬБЫ МОТИВОВ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) появления уверенности в возможности "нормальной выпивки"</p> <p>б) оживления в ответ на алкогольные раздражители</p> <p>в) поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя</p> <p>г) изменения аппетита</p> <p>д) ощущения внутренней физической тяжести</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>31. ДЛЯ СИМПТОМА ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ С ХАРАКТЕРОМ НЕОДОЛИМОСТИ ВЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) спонтанного возникновения</p> <p>б) реализации вслед за возникновением</p> <p>в) появления преимущественно у больных с астеническими характерологическими чертами в преморбиде</p> <p>г) интенсивности, подобной голоду или жажде</p> <p>д) формирования во II-III и III стадиях заболевания</p>                      | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>32. СИМПТОМУ ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ С ХАРАКТЕРОМ НЕОДОЛИМОСТИ ПРЕДШЕСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) отчетливое желание выпить</p> <p>б) тревогу, ожидание беды, неприятностей</p> <p>в) злость, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя</p> <p>г) ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке</p> <p>д) утрату на этот период каких-либо морально-этических норм</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>33. ДЛЯ СИМПТОМА ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ, ВОЗНИКАЮЩЕГО НА ФОНЕ "ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ", ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) связи с аффективными, чаще депрессивными состояниями</p> <p>б) снятия приемом алкоголя душевного дискомфорта</p> <p>в) резкого ухудшения психического состояния с вытрезвлением</p> <p>г) отчетливого желания выпить</p> <p>д) борьбы мотивов</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>34. СИМПТОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ В СОСТОЯНИИ ОПЬЯНЕНИЯ С УТРАТОЙ КОЛИЧЕСТВЕННОГО И СИТУАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) возможности прекращения употребления алкоголя в связи с социально-этическими препятствиями</p> <p>б) пренебрежения принятыми нормами в отношении времени и места употребления алкоголя</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>в) приобретения алкоголя любыми средствами</p> <p>г) возникновения неодолимого влечения к алкоголю после любой, даже незначительной (которая может и не вызвать опьянения) дозы</p> <p>д) невозможности прекращения употребления алкоголя в связи с социально-этическими препятствиями</p>   |   |
| <p>35. ДЛЯ СИНДРОМА ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) интенсивного влечения к опохмелению</p> <p>б) употребления алкоголя с целью устранения тяжелого физического состояния после предыдущего алкогольного эксцесса</p> <p>в) желания вернуть "привычную работоспособность"</p> <p>г) стремления снять аффективную напряженность</p> <p>д) употребления алкоголя с целью устранения психотических расстройств (влечение к алкоголю в состоянии похмелья)</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |

### Раздел 3. «Клиника алкоголизма»

| Тестовые задания с вариантами ответов   | № компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание                              |
|---|---|
| <p>36. В ДИНАМИКЕ АЛКОГОЛИЗМА ФОРМИРОВАНИЕ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРОИСХОДИТ НА ЭТАПЕ</p> <p>а) систематического употребления алкоголя</p> <p>б) в I стадии заболевания</p> <p>в) при переходе во II стадию</p> <p>г) во II стадии заболевания</p> <p>д) в III стадии заболевания</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>37. В СТРУКТУРЕ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРЕОБЛАДАЕТ ГРУППА РАССТРОЙСТВ</p> <p>а) психических</p> <p>б) вегетативно-астенических</p> <p>в) психоорганических</p> <p>г) неврологических</p> <p>д) соматических</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>38. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА С ВЕГЕТАТИВНО-АСТЕНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) потливости</p> <p>б) тахикардии</p> <p>в) сухости во рту</p> <p>г) тремора пальцев рук</p> <p>д) нерезко выраженной астении</p>               | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>39. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА С ВЕГЕТАТИВНО-СОМАТИЧЕСКИМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) гипергидроза</p> <p>б) диспептических расстройств</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7,</p>                                 |



|  |  |
|--|--|
| <p>в) нарушений памяти<br/> г) генерализованного тремора<br/> д) нарушений сердечнососудистой деятельности</p>   | <p>ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p>   |
| <p>40. ДЛЯ РАЗВЕРНУТОГО АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) выраженного гипергидроза<br/> б) генерализованного тремора<br/> в) тревожно-параноидной установки<br/> г) гипертензии, болей в сердце<br/> д) менингеальных симптомов</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>41. ДЛЯ АБСТИНЕНТНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА С СУДОРОЖНЫМ КОМПОНЕНТОМ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p>а) тремора, гипергидроза<br/> б) идей ревности<br/> в) развернутых или abortивных судорожных припадков<br/> г) тревожно-тоскливого фона настроения<br/> д) головных болей</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>42. ДЛЯ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА, В ОТЛИЧИЕ ОТ ЭПИЛЕПСИИ, ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) наличия тонической и клонической фазы<br/> б) стереотипности припадков<br/> в) развития психомоторного возбуждения после припадка<br/> г) отсутствия на ЭЭГ характерных для эпилепсии изменений<br/> д) преобладания тонической фазы в картине припадка</p>                                   | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>43. ДЛЯ АБСТИНЕНТНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) депрессивно-тревожного аффекта с пугливостью<br/> б) расстройства сна, сопровождающегося кошмарными сновидениями<br/> в) тревожно-параноидной установки<br/> г) вербального галлюциноза<br/> д) рудиментарных зрительных галлюцинаций</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>44. ДЛЯ АБСТИНЕНТНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА С ОБРАТИМЫМИ ПСИХООРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) мнестических расстройств с утратой критики к своему состоянию и окружающему<br/> б) колебаний аффекта от благодушия, эйфории до немотивированной злобы<br/> в) атаксии, генерализованного тремора, пирамидных знаков<br/> г) обстоятельности мышления, бедности речи<br/> д) расстройства схемы тела</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>45. АЛКОГОЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ БАРБИТУРОВОЙ НАРКОМАНИИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) сроков формирования</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <p>б) тяжести клинических проявлений</p> <p>в) напряженности аффекта, дистрофичности</p> <p>г) наличия вегетативных расстройств</p> <p>д) наличия постоянной судорожной готовности</p>  | <p>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p>  |
| <p>46. БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ И ЖЕЛУДКЕ В СТРУКТУРЕ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ</p> <p>а) барбитуратами</p> <p>б) алкоголем</p> <p>в) препаратами конопли</p> <p>г) опиатами</p> <p>д) кокаином</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>47. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ</p> <p>а) токсическим действием алкоголя и его метаболитов</p> <p>б) преморбидными характерологическими особенностями индивидуума</p> <p>в) психореактивными моментами</p> <p>г) всем перечисленным</p> <p>д) ничем из перечисленного</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>48. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ДЕГРАДАЦИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) эмоционального огрубения с исчезновением семейных и общественных привязанностей</p> <p>б) заострения преморбидных личностных особенностей</p> <p>в) упадка инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться, снижения и поверхностности критики</p> <p>г) утраты морально-нравственных ценностей</p> <p>д) интеллектуально - мнестического снижения</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>49. АЛКОГОЛЬНАЯ ДЕГРАДАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p>а) стойких изменений памяти и интеллекта</p> <p>б) игнорирования этических норм</p> <p>в) расстройства мышления в виде разорванности</p> <p>г) психопатоподобных проявлений</p> <p>д) утраты критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>50. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ДЕГРАДАЦИИ С ПСИХОПАТОПОДОБНЫМИ СИМПТОМАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) возбудимость с агрессивными поступками</p> <p>б) грубый цинизм, бестактность</p> <p>в) выраженные расстройства памяти на текущие события</p> <p>г) назойливую откровенность, стремление очернить окружающих</p> <p>д) периодически возникающие расстройства настроения по типу дисфории или глухой подавленности</p>                         | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>51. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ДЕГРАДАЦИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЭЙФОРИЕЙ (ПО Е. БЛЕЙЛЕРУ) ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) беспечного, благодушного настроения</p> <p>б) разорванности мышления</p> <p>в) резкого снижения критики к собственному положению и</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,</p>                             |

|   |   |
|---|---|
| <p>окружающему</p> <p>г) откровенности с окружающими вплоть до обнаженности</p> <p>д) речи, определяемой набором шаблонных оборотов и стереотипных избитых шуток</p>  | <p>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p>  |
| <p>52. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ДЕГРАДАЦИИ С АСПОНТАННОСТЬЮ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) замкнутость, отгороженность</p> <p>б) вялость, пассивность, снижение побуждений</p> <p>в) склонность к паразитическому образу жизни</p> <p>г) утрату интересов и инициативы</p> <p>д) оживленность при появлении алкогольных раздражителей</p>                              | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>53. СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ АЛКОГОЛЕМ ОБУСЛОВЛЕНА ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) преморбидного состояния органов и систем индивидуума</p> <p>б) гистотоксического действия алкоголя и его метаболитов</p> <p>в) ферментных нарушений в тканях</p> <p>г) нарушения обмена ацетилхолина</p> <p>д) нарушения обмена катехоламинов</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>54. ДЛЯ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВО II СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) стабильность</p> <p>б) обратимость</p> <p>в) неспецифичность</p> <p>г) отсутствие всего перечисленного</p> <p>д) все перечисленное</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>55. ДЛЯ СОМАТИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ АЛКОГОЛИЗМА ВО II СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) жировой дистрофии печени</p> <p>б) кардиомиопатии</p> <p>в) гиперацидного гастрита</p> <p>г) язвенной болезни желудка</p> <p>д) полиневропатии</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>56. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ И РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) тахикардия и одышка при физической нагрузке</p> <p>б) кардиалгический синдром</p> <p>в) пастозность и отеки нижних конечностей</p> <p>г) акроцианоз</p> <p>д) все перечисленное</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>57. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) зернистая дистрофия гепатоцитов</p> <p>б) жировая дистрофия</p> <p>в) некроз гепатоцитов</p> <p>г) цирроз печени портального типа</p> <p>д) все перечисленное</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>58. ПРИ ОСТРОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) диспептических расстройств<br/> б) общей интоксикации<br/> в) желтухи паренхиматозной<br/> г) гипергликемии<br/> д) увеличения печени</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>59. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТ ВИРУСНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) асцита<br/> б) увеличения печени<br/> в) желтухи<br/> г) сопутствующих заболеваний (язва желудка, панкреатит, сахарный диабет)<br/> д) спленомегалии</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>60. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) тупую боль в правом верхнем квадрате живота<br/> б) горечь во рту<br/> в) снижение уровня билирубина в сыворотке крови<br/> г) увеличенную и плотную печень<br/> д) сосудистые "звездочки" на коже</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>61. ХРОНИЧЕСКИЕ ПАНКРЕАТИТЫ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ИМЕЮТ РЯД ОСОБЕННОСТЕЙ, К КОТОРЫМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) преобладания латентных форм<br/> б) редкости типичного болевого синдрома<br/> в) сочетания с гепатомегалией<br/> г) раннего появления и выраженного развития синдрома кишечной и желудочной диспепсии (вследствие содружественного поражения поджелудочной железы и печени)<br/> д) необязательного повышения уровня диастазы в моче и крови</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>62. СРЕДИ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ПОЗДНИХ ЭТАПАХ АЛКОГОЛИЗМА ПРЕОБЛАДАЮТ</p> <p>а) язвенная болезнь желудка<br/> б) гипо- и анацидные гастриты<br/> в) хронические энтероколиты<br/> г) все перечисленные<br/> д) ничего из перечисленного</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>63. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) острой почечной недостаточности<br/> б) хронического нефрита<br/> в) пиелонефрита<br/> г) нефроза<br/> д) хронической почечной недостаточности</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>64. ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ТОКСИЧЕСКИЙ НЕФРОНЕКРОЗ) У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) развития после приема малых доз алкоголя<br/> б) минимальной протеинурии<br/> в) микрогематурии<br/> г) мочевого синдрома<br/> д) быстрого течения заболевания</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>65. ХРОНИЧЕСКИЙ НЕФРИТ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p>а) двухсторонней гематурии<br/> б) гипериммуноглобулинемии А<br/> в) артериальной гипертензии<br/> г) сочетания с внепочечными проявлениями алкоголизма (гепатит, панкреатит)<br/> д) обострения в связи с алкогольным эксцессом</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>66. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) развития на фоне алкогольного цирроза печени<br/> б) скудости клинической картины<br/> в) апостематозного характера<br/> г) летального исхода<br/> д) тяжелых осложнений</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>67. ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</p> <p>а) трахеобронхит<br/> б) бронхоэктазы<br/> в) пневмосклероз<br/> г) эмфизема легких<br/> д) все перечисленные</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>68. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АЛКОГОЛИЗМОМ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а) снижением местной защиты легких в связи с алкогольной интоксикацией<br/> б) развитием функциональных и органических изменений в ЦНС и внутренних органах, иммунной системе<br/> в) неполноценным питанием, нарушением обмена веществ<br/> г) снижением общей резистентности организма<br/> д) всем перечисленным</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>69. К ИЗМЕНЕНИЯМ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) расширения поверхностных сосудов кожи<br/> б) меланоза<br/> в) трофических язв<br/> г) гиперемии кожи лица<br/> д) "сосудистых звездочек" и участков депигментации</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>70. НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) амблиопии<br/> б) сужения полей зрения<br/> в) атрофии зрительного нерва<br/> г) нарушения цветового зрения<br/> д) нарушения темновой адаптации</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>71. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) полиневропатии<br/> б) синдрома рассеянного энцефаломиелита<br/> в) судорожного синдрома<br/> г) гипоталамического синдрома с вегетативно-сосудистыми пароксизмами<br/> д) паркинсоноподобного синдрома</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>72. СРЕДИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ВЫДЕЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) токсических процессов, обусловленных токсическими эффектами этанола<br/> б) деструктивных процессов, обусловленных токсическими эффектами этанола<br/> в) гидроцефалического синдрома<br/> г) воспалительных процессов в головном и спинном мозгу<br/> д) повышения внутричерепного давления</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>73. ДЛЯ НАРУШЕНИЙ СНА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) раннего пробуждения<br/> б) бессонницы, сочетающейся с астенией, аффективной неустойчивостью<br/> в) сохранения чувства сна при отсутствии чувства отдыха после сна<br/> г) затрудненного засыпания<br/> д) частых пробуждений</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>74. ВЕГЕТО-СОСУДИСТАЯ ДИСТОНΙΑ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) повышенной сонливости<br/> б) гипергидроза<br/> в) лабильности пульса и артериального давления<br/> г) повышенной раздражительности<br/> д) быстрой утомляемости</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>75. К ПЕРЕХОДЯЩИМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ В СТРУКТУРЕ ПОХМЕЛЬНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) тремора<br/> б) вегетативной дисфункции<br/> в) судорожных проявлений<br/> г) нарушения мозжечковых функций<br/> д) алкогольной полиневропатии</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>76. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) парестезии<br/> б) наличия многочисленных трофических язв<br/> в) утраты ахилловых и повышения коленных рефлексов<br/> г) снижения болевой и температурной чувствительности<br/> д) болей по ходу периферических нервов</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>77. КЛИНИКА СИНДРОМА РАССЕЯННОГО ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ВКЛЮЧАЕТ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) снижения остроты зрения<br/> б) болей в руках и ногах<br/> в) онемения в дистальных отделах рук и ног, повышенной слабости<br/> г) головной боли, головокружения<br/> д) нарушения сна</p>                             | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>78. ДЛЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p>а) развития делирия после припадка<br/> б) развития в постинтоксикационном периоде<br/> в) появления на ЭЭГ специфических изменений<br/> г) преобладания в структуре припадка тонической фазы<br/> д) наличие тонической и клонической фаз</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>79. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СОСТОЯНИЕ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) изменения в эмоциональной сфере<br/> б) функциональных изменений моторики<br/> в) изменения ассоциативного процесса и характера восприятия окружающего<br/> г) запаха алкоголя изо рта<br/> д) миоза</p>               | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>80. ДЛЯ ПРИЗНАКОВ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) ощущения психического и физического комфорта<br/> б) повышения речедвигательной активности<br/> в) легкого нарушения координации движений<br/> г) замедления ассоциативного процесса</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11,</p>       |

|  |  |
|--|--|
| д) появления вегетативных реакций в виде гиперемии кожи  | ПК-12  |
| 81. ДЛЯ ПРИЗНАКОВ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ<br>а) функциональных нарушений моторики<br>б) замедления и затруднения ассоциативного процесса<br>в) непроизвольного мочеиспускания<br>г) дизартричности речи<br>д) однообразности представлений, трудности в переключении внимания, застреваемости  | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |
| 82. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ<br>а) мозжечковой атаксии<br>б) мышечной атонии, амимии<br>в) вестибулярных расстройств: головокружения, тошноты, рвоты<br>г) гипертермии<br>д) снижения тонуса сердечнососудистой системы  | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |
| 83. ПО МИНОВАНИИ ТЯЖЕЛОЙ ИНТОКСИКАЦИИ АЛКОГОЛЕМ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ДНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ<br>а) адинамическая астения<br>б) анорексия<br>в) нарушение ночного сна<br>г) повышенная потливость<br>д) все перечисленное  | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |
| 84. В ОТНОШЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ ВЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ<br>а) внезапности, остроты и транзиторности психотического эпизода<br>б) сумеречного состояния сознания<br>в) импульсивности и целенаправленного характера разрушительных, нередко криминальных действий<br>г) кризисного разрешения глубоким сном и астенией, амнезии<br>д) высокого риска возникновения повторных состояний патологического опьянения | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |

#### Раздел 4. «Клиника наркоманий и токсикоманий»

| Тестовые задания с вариантами ответов               | № компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание |
|---|--|
| 85. ТЕРМИН "НАРКОТИЧЕСКОЕ" СРЕДСТВО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ | УК-1, УК-2,  |



|  |  |
|--|--|
| <p>СЛЕДУЮЩИЕ КРИТЕРИИ:</p> <p>а) медицинский<br/> б) социальный<br/> в) юридический<br/> г) все перечисленные<br/> д) ничего из перечисленного</p>   | <p>УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p>                  |
| <p>86. ТЕРМИН "НАРКОТИК" ПРИМЕНИМ:</p> <p>а) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими<br/> б) к психотропным веществам, способным вызывать зависимость<br/> в) к лекарственным средствам, употребляемым в немедицинских целях<br/> г) применим ко всем перечисленным<br/> д) не применим ко всем перечисленным</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>87. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ НАРКОМАНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ИСКЛЮЧАЯ:</p> <p>а) появление новых форм наркотиков, смену их<br/> б) склонность к комбинированному приему наркотиков<br/> в) рост числа женщин, злоупотребляющих наркотиками<br/> г) преимущественное употребление средств растительного происхождения<br/> д) появление новых путей введения наркотиков</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>88. АБСТИНЕНЦИЯ ЭТО</p> <p>а) состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами<br/> б) утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее<br/> в) потеря способности запоминать текущие события<br/> г) одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций<br/> д) отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>89. ЧАЩЕ ВСЕГО НАРКОМАНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ У ЛИЦ:</p> <p>а) с дефектами воспитания<br/> б) с личностными девиациями<br/> в) с нарушениями социальной адаптации<br/> г) со всем перечисленным<br/> д) ни с чем из перечисленного</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>90. БОЛЬНЫМ НАРКОМАНИЕЙ В ПРЕМОРБИДЕ ПРИСУЩИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ, КРОМЕ:</p> <p>а) черт психического инфантилизма<br/> б) высокой частоты перинатальной и ранней постнатальной патологии<br/> в) паранойальности<br/> г) различных психопатологических расстройств (логоневроз, невротические реакции, гипердинамический синдром и др.)</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,</p>            |

|  |  |
|--|--|
| д) затруднений в социальной адаптации  | ПК-12  |
| 91. ВЕДУЩИМИ ЗВЕНЬЯМИ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ НАРКОМАНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:<br>а) нарушения функции катехоламиновой системы<br>б) нарушения транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток<br>в) нарушения метаболизма серотонина<br>г) перестройки опиатных рецепторов<br>д) нарушения обмена витаминов группы В  | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |
| 92. НАЧАЛО ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОМАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ<br>а) абстинентного синдрома<br>б) благоприятных сдвигов в психическом и физическом самочувствии под действием наркотика<br>в) предпочтения определенному наркотику<br>г) регулярности приема наркотика<br>д) угасания первоначального эффекта наркотика | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |
| 93. СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ<br>а) изменения формы потребления одурманивающего вещества<br>б) появления абстинентного синдрома<br>в) изменения толерантности<br>г) исчезновения защитных реакций при передозировке<br>д) изменения формы опьянения  | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |
| 94. ОБОСТРЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКУ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ<br>а) конфликты, не связанные с наркотизацией<br>б) неприятные соматические ощущения<br>в) встречи с людьми, в компании которых принимались наркотики<br>г) разговор о наркотиках<br>д) появление нового сильного увлечения              | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |
| 95. ВСЕ УТВЕРЖДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ КОМПУЛЬСИВНОГО ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКУ ВЕРНЫ, КРОМЕ<br>а) возникновения с началом II стадии наркомании<br>б) неспецифичности<br>в) диктата поведения больного<br>г) сопровождения вегетативными стигмами<br>д) представления всего содержания сознания больного в определенный момент                 | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |
| 96. СИНДРОМ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРКОТИКА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ<br>а) компульсивного влечения<br>б) способности достижения физического комфорта в интоксикации<br>в) абстинентного синдрома<br>г) утраты контроля над дозой<br>д) социальных последствий наркотизации  | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 |
| 97. ОПИАТЫ УПОТРЕБЛЯЮТ<br>а) внутрь  | УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1,   |

|   |   |
|---|---|
| <p>б) под кожу<br/>в) внутривенно<br/>г) в виде курения, ингаляций<br/>д) всеми перечисленными способами</p>  | <p>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p>                                  |
| <p>98. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ОНА РАЗВИВАЕТСЯ</p> <p>а) после 4-8 инъекций<br/>б) возникает при применении терапевтических (малых) доз опиатов<br/>в) возникает при приеме более высоких (2-3-кратных) доз<br/>г) правильно а) и в)<br/>д) верно все перечисленное</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>99. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ВЕГЕТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ОПИЙНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) миоза (симптом "точки", булавочной головки) с отсутствием или крайне вялой реакцией зрачков на свет<br/>б) зуда кожи лица (особенно кончика носа) и бледности<br/>в) сухости кожных покровов и слизистых<br/>г) отсутствия нарушений координации и артикуляции<br/>д) сохранения кашлевого рефлекса</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>100. В СОСТОЯНИИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОПИАТАМИ НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) гипотермии и гипотензии<br/>б) подавления кашлевого рефлекса<br/>в) повышения моторной активности кишечника<br/>г) урежения сердечного ритма и угнетения дыхания<br/>д) повышения устойчивости к боли</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>101. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОПИЙНОЙ ЭЙФОРИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) ощущение легкости, радости, соматического блаженства<br/>б) приятная истома, покой и расслабленность<br/>в) благодушие, довольство<br/>г) ощущение тепла, волнами расходящегося по телу<br/>д) психомоторная ажитация</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>102. СОСТОЯНИЕ ИНТОКСИКАЦИИ ПРЕПАРАТАМИ КОНОПЛИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) деперсонализации<br/>б) панических реакций<br/>в) спутанности сознания<br/>г) галлюцинаторных расстройств<br/>д) апато-абулических нарушений</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>103. ХАРАКТЕРНЫМИ РЕАКЦИЯМИ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРЕПАРАТАМИ КОНОПЛИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ</p> <p>а) повышенного чувства голода<br/>б) жажды</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,</p>   |

|  |   |
|--|---|
| <p>в) головной боли<br/>г) гиперсаливации<br/>д) тошноты</p>   | <p>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p>  |
| <p>104. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРЕПАРАТАМИ КОНОПЛИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) неадекватной веселости<br/>б) нелепого поведения<br/>в) дисфории<br/>г) агрессивности<br/>д) состояния легкости, невесомости</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>105. ОБЩИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАШИШНЫХ ПСИХОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) аффективную насыщенность<br/>б) лабильность<br/>в) нарушение сознания<br/>г) наличие соматовегетативных расстройств<br/>д) неразвернутость психотических расстройств</p>                          | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>106. ПРИЗНАКАМИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ У БОЛЬНЫХ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) резкое сужение зрачков<br/>б) тахикардию<br/>в) гипертензию<br/>г) выраженную сухость губ и полости рта<br/>д) тремор</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>107. НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БАРБИТУРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) мгновенное оглушение<br/>б) ощущение "мягкого удара" в голове<br/>в) ощущение полета, чувства невесомости<br/>г) ощущение, что "все плавает перед глазами"<br/>д) потемнение в глазах</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>108. ДЛЯ СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СОСТОЯНИИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БАРБИТУРАТАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) гиперсаливации<br/>б) горячего пота<br/>в) миоза<br/>г) гипотонии<br/>д) брадикардии</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>109. ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БАРБИТУРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) резкого падения артериального давления<br/>б) учащения пульса<br/>в) частого, поверхностного дыхания<br/>г) цианоза<br/>д) гиперрефлексии</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>110. СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>А) ЭЙФОРИИ</p> <p>б) неусидчивости</p> <p>в) болтливости</p> <p>г) нарушения координации движений</p> <p>д) гиперемии лица</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>111. ПОСТИНТОКСИКАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) вялостью</p> <p>б) физической слабостью</p> <p>в) снижением аппетита</p> <p>г) снижением мышечного тонуса</p> <p>д) нарушением сна, бессонницей</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>112. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ (БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ) ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) дизартрии, персевераций</p> <p>б) бледности кожных покровов</p> <p>в) расширения зрачков и вялой реакции их на свет</p> <p>г) повышения мышечного тонуса</p> <p>д) сухости слизистых</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>113. К СОМАТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) ощущения жара</p> <p>б) понижения температуры</p> <p>в) слезо- и слюнотечения</p> <p>г) тахикардии и подъема артериального давления</p> <p>д) чувства голода одновременно с тошнотой</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>114. НАИБОЛЕЕ ЯРКИМИ ЭФФЕКТАМИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) психопатологические нарушения</p> <p>б) поведенческие реакции</p> <p>в) соматические расстройства</p> <p>г) вегетативные нарушения</p> <p>д) неврологические нарушения</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>115. СРЕДСТВА БЫТОВОЙ И ПРОМЫШЛЕННОЙ ХИМИИ ИМЕЮТ РЯД ОБЩИХ КАЧЕСТВ, К КОТОРЫМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) хорошая растворимость в жирах</p> <p>б) высокая токсичность</p> <p>в) быстрая испаряемость</p> <p>г) все перечисленные</p> <p>д) ничего из перечисленных</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>116. В СОСТОЯНИИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СРЕДСТВАМИ БЫТОВОЙ И ПРОМЫШЛЕННОЙ ХИМИИ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) расширенные зрачки, инъецированные склеры<br/> б) гиперемированное лицо<br/> в) учащенный пульс и дыхание<br/> г) тремор рук<br/> д) резкий химический запах от одежды, волос, кожи</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>117. ВНЕШНИЙ ВИД ЛИЦ, ЗЛУОПОТРЕБЛЯЮЩИХ СРЕДСТВАМИ БЫТОВОЙ И ПРОМЫШЛЕННОЙ ХИМИИ ВЫРАЖАЕТСЯ</p> <p>а) бледностью лица с характерной синевой под глазами<br/> б) "разлаженностью" моторики<br/> в) каймой раздражения слизистых и кожи вокруг ноздрей, в уголках рта<br/> г) всем перечисленным<br/> д) ничем из перечисленного</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>118. СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ЦИКЛОДОЛОВОГО ОПЬЯНЕНИЯ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) сухости слизистых, гиперемии кожных покровов<br/> б) тахикардии, колебаний артериального давления<br/> в) мидриаза, ослабления конвергенции<br/> г) оживления сухожильных рефлексов<br/> д) нистагма в крайних отведениях глазных яблок</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>119. ПРИ СИСТЕМАТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ЦИКЛОДОЛА В ТОКСИЧЕСКИХ ДОЗАХ РАЗВИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СТОЙКИЕ ВЕГЕТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ</p> <p>а) порозовение щек на фоне бледного лица, алые губы<br/> б) мышечная скованность, произвольные движения и судороги отдельных мышечных групп<br/> в) выпрямленная спина, ходьба на прямых ногах<br/> г) все перечисленные<br/> д) ничего из перечисленного</p>                   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>120. АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ТОКСИКОМАНИИ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ХОЛИНОЛИТИКАМИ (ЦИКЛОДОЛ, ДИМЕДРОЛ, ПИПОЛЬФЕН И Т.Д.) ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) эмоциональной слабости, депремированности, раздражительности<br/> б) гипергидроза<br/> в) зевоты<br/> г) повышения, а затем снижения мышечного тонуса<br/> д) брадикардии</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>121. ЯТРОГЕННЫЕ НАРКОМАНИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ "ТИПИЧНОЙ" НАРКОМАНИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) эйфорию как мотив приема наркотика<br/> б) замедленное развитие симптомов зависимости<br/> в) незначительный рост толерантности<br/> г) соблюдение предписанного врачом способа введения наркотика<br/> д) представленность абстинентного синдрома как обострение основного заболевания</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>122. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭФЕДРОНОМ ВЫРАЖАЮТСЯ ВСЕМИ СЛЕДУЮЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КРОМЕ</p> <p>а) деперсонализационных<br/> б) дереализационных<br/> в) ускорения ассоциативных процессов<br/> г) непродуктивной и однообразной деятельности<br/> д) отсутствия повышенного аффекта</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>123. II СТАДИЯ ЭФЕДРОНОВОЙ НАРКОМАНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) развития компульсивного патологического влечения на выходе из интоксикации эфедронам<br/> б) повторных приемов или внутривенного введения эфедрона через каждые 2-4 ч<br/> в) средних суточных доз, составляющих 40-50 мг эфедрина<br/> г) формирования своеобразных эфедроновых циклов<br/> д) отсутствия изменений в характере эйфории</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>124. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В АБСТИНЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭФЕДРОНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) вялости и слабости<br/> б) раздражительности<br/> в) подавленного настроения с витальной тоской<br/> г) обостренной чувствительности к незначительным неприятностям<br/> д) расстройств сознания</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>125. ДЛЯ ТОКСИКОМАНИИ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ХОЛИНОЛИТИКАМИ ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>а) сравнительно редкий переход во II стадию заболевания<br/> б) переход больных на прием веществ с более выраженным эйфоризирующим эффектом<br/> в) отказ от их употребления после перенесенных острых отравлений<br/> г) все перечисленные особенности<br/> д) ничего из перечисленного</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>126. ПОСЛЕДСТВИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ КОКАИНОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) параноидной настроенности<br/> б) агрессивности<br/> в) интеллектуально-мнестических нарушений<br/> г) снижения уровня интересов<br/> д) развития депрессий с высоким суицидальным риском</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>127. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ КОКАИНОВЫХ ПСИХОЗОВ ПРЕОБЛАДАЮТ</p> <p>а) множественные яркие галлюцинации<br/> б) острые параноидные реакции<br/> в) острые депрессивные реакции<br/> г) сенестопатии и парестезии<br/> д) нарушения сознания</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>128. К ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СРЕДСТВА, КРОМЕ</p> <p>а) производных лизергиновой кислоты (LSD)<br/> б) псилобицина<br/> в) метадона<br/> г) мевистицина<br/> д) мескалина</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>129. К ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) нарушения зрительного восприятия<br/> б) парестезии<br/> в) деперсонализационные и дереализационные расстройства<br/> г) хаотическую смесь: эйфории и дисфории, смешливость и чувство тревоги<br/> д) стойкий вербальный галлюциноз</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>130. СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ КОКАИНОМ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) паркинсоноподобные нарушения<br/> б) сексуальные дисфункции<br/> в) прогрессирующее физическое истощение, анемия<br/> г) снижение иммунитета и подверженность рекуррентным заболеваниям<br/> д) все перечисленные</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>131. В ДИНАМИКЕ СОСТОЯНИЯ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СРЕДСТВАМИ БЫТОВОЙ И ПРОМЫШЛЕННОЙ ХИМИИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ</p> <p>а) соматовегетативных расстройств<br/> б) преобладания эйфорического компонента<br/> в) нарушения сознания<br/> г) галлюцинаторных и иллюзорных нарушений<br/> д) все перечисленные</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>132. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) внутривенный<br/> б) подкожный<br/> в) пероральный<br/> г) ингаляционный<br/> д) внутримышечный</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>133. ДЛЯ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ ТОКСИКОМАНИИ СРЕДСТВАМИ БЫТОВОЙ И ПРОМЫШЛЕННОЙ ХИМИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) развития на протяжении первого месяца вдыхания<br/> б) быстрого сужения круга вдыхающих до нескольких постоянных участников, а затем индивидуального потребления<br/> в) желаний повторить приятные ощущения<br/> г) усиления влечения при разговорах об употреблении, при запахе и виде средств бытовой и промышленной химии<br/> д) возможности отказа от предложения "понюхать"</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |



## Раздел 5. «Экспертиза в наркологии»

| Тестовые задания с вариантами ответов  | № компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание                              |
|--|---|
| <p>134. БОЛЬНЫЕ, СОВЕРШИВШИЕ ПРАВОНАРУШЕНИЕ, НАХОДЯСЬ В СОСТОЯНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА, ПРИЗНАЮТСЯ ВМЕНЯЕМЫМИ</p> <p>а) при отсутствии признаков помрачения сознания<br/> б) при отсутствии галлюцинаторно-бредовых расстройств<br/> в) при отсутствии острого возбуждения<br/> г) при всем перечисленном<br/> д) ни при чем из перечисленного</p>         | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>135. БОЛЬНЫЕ С ЗАТЯЖНЫМИ АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ, СОВЕРШИВШИЕ ПРАВОНАРУШЕНИЕ, ПРИЗНАЮТСЯ НЕВМЕНЯЕМЫМИ</p> <p>а) при наличии галлюцинаторно-бредовых расстройств<br/> б) при наличии Корсаковского синдрома<br/> в) при наличии псевдопаралитического состояния<br/> г) во всех перечисленных случаях<br/> д) ни в одном из перечисленных случаев</p>             | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>136. БОЛЬНЫЕ В ОСТРОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛЬНОГО ЭНЦЕФАЛИТОВ ПРИЗНАЮТСЯ</p> <p>а) стойко утратившими трудоспособность с установлением второй группы инвалидности<br/> б) частично утратившими трудоспособность с установлением третьей группы инвалидности<br/> в) трудоспособными<br/> г) верно все перечисленное<br/> д) все перечисленное неверно</p>               | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>137. БОЛЬНЫЕ В ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛЬНОГО ЭНЦЕФАЛИТОВ МОГУТ БЫТЬ ПРИЗНАНЫ</p> <p>а) стойко утратившими трудоспособность с установлением второй группы инвалидности<br/> б) частично утратившими трудоспособность с установлением третьей группы инвалидности<br/> в) трудоспособными<br/> г) верно все перечисленное<br/> д) все перечисленное неверно</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>138. БОЛЬНЫЕ С АЛКОГОЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИЗНАЮТСЯ НЕВМЕНЯЕМЫМИ ПРИ НАЛИЧИИ</p> <p>а) признаков нарушения сознания в момент правонарушения<br/> б) психотических расстройств в момент правонарушения<br/> в) признаков деменции<br/> г) всего перечисленного<br/> д) ничего из перечисленного</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11,</p>       |

|  |   |
|--|---|
|  | ПК-12   |
| 139. БОЛЬНЫЕ С АЛКОГОЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИЗНАЮТСЯ<br>а) годными к военной службе на ранних стадиях развития опухоли<br>б) годными к военной службе при отсутствии психических нарушений<br>в) ограниченно годными к военной службе<br>г) верно все перечисленное<br>д) все перечисленное неверно  | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 140. БОЛЬНЫЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА<br>а) вменяемы вне приступов психического расстройства (психозов)<br>б) невменяемы в состоянии психоза<br>в) невменяемы в период деменции<br>г) верно все перечисленное<br>д) верного утверждения нет   | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 141. В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАВИСИТ:<br>а) от наличия или отсутствия психических возрастных изменений<br>б) от наличия или отсутствия наркологических расстройств<br>в) от наличия и степени выраженности наркологических расстройств<br>г) от всего перечисленного<br>д) ни от чего из перечисленного  | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 142. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМИ АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ:<br>а) невменяемы<br>б) могут быть недееспособны<br>в) могут быть ограниченно дееспособны<br>г) верно все перечисленное<br>д) верно а) и б)   | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 143. ПРЕДМЕТОМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ<br>а) дисфории<br>б) сумеречные помрачения сознания<br>в) явления амбулаторного автоматизма<br>г) эпилептические психозы<br>д) все перечисленное  | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 144. НЕВМЕНЯЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В СЛУЧАЯХ СОВЕРШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ В СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ<br>а) в сумеречном помрачении сознания<br>б) в состоянии алкогольного опьянения<br>в) во время острых и хронических алкогольных психозов<br>г) во всех перечисленных состояниях<br>д) ни в одном из перечисленных состояний | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 145. НЕВМЕНЯЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В  | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,   |

|  |  |
|--|--|
| <p>СЛУЧАЯХ СОВЕРШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ В СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ</p> <p>а) в дисфории (судебно-психиатрическая оценка зависит от глубины дисфории)</p> <p>б) во время генерализованных и малых припадков эпилептических припадков</p> <p>в) в состоянии алкогольного опьянения</p> <p>г) при металкогольных психозах</p> <p>д) во всех перечисленных состояниях</p> | <p>ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
|--|--|

**Раздел 6. «Лечение и реабилитация наркологических больных»**

| Тестовые задания с вариантами ответов   | № компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание                              |
|---|---|
| <p>146. "СПОНТАННЫЕ РЕМИССИИ" С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЮТСЯ НА ЭТАПЕ</p> <p>а) I стадии</p> <p>б) I-II стадии</p> <p>в) II стадии</p> <p>г) II-III стадии</p> <p>д) III стадии</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>147. К БИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И УСТОЙЧИВОСТЬ РЕМИССИЙ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) возраст формирования болезни</p> <p>б) наличие характерологических особенностей и связанных с ними особенностей клиники алкоголизма, изменений личности</p> <p>в) стадия заболевания</p> <p>г) все перечисленные факторы</p> <p>д) ни один из перечисленных факторов</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>148. К ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И УСТОЙЧИВОСТЬ РЕМИССИЙ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) характер лечения (амбулаторный или стационарный)</p> <p>б) длительность, комплексность и дифференцированность терапии</p> <p>в) социально-реабилитационные мероприятия</p> <p>г) все перечисленные</p> <p>д) ни один из перечисленных</p>                    | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>149. К ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И УСТОЙЧИВОСТЬ РЕМИССИЙ, ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) установка больного на лечение (наличие или отсутствие таковой)</p> <p>б) степень выраженности алкогольной анозогнозии</p> <p>в) перестройка мотивации поведения</p> <p>г) все перечисленное</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>                       | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>150. К ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ,</p>   | <p>УК-1, УК-2,</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>ВЛИЯЮЩИМ НА РАЗВИТИЕ РЕЦИДИВОВ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) установка больного на лечение</p> <p>б) степень выраженности алкогольной анозогнозии</p> <p>в) кратность лечения</p> <p>г) перестройка мотивов поведения</p> <p>д) все перечисленные</p>   | <p>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p>                 |
| <p>151. К РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОТНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДИКИ, КРОМЕ</p> <p>а) "умышленного пренебрежения"</p> <p>б) "субординационно-авторитарных реакций"</p> <p>в) "имаготерапии"</p> <p>г) "возбуждающих воспоминаний"</p> <p>д) "сократического диалога"</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>152. ПСИХОКОРРИГИРУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ, ДЕЙСТВУЮЩИМИ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) чувства общности с группой</p> <p>б) снижения эгоцентризма</p> <p>в) гетеросуггестии</p> <p>г) самораскрытия</p> <p>д) обратной связи</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>153. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ, РЕШАЕМЫМИ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) отработка элементов коммуникативной деятельности</p> <p>б) тренировка нарушенных функций</p> <p>в) переоценка иерархии значимых ценностей</p> <p>г) все перечисленные</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>154. В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ПРОВОДЯТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ</p> <p>а) групповой психотерапии</p> <p>б) семейной психотерапии</p> <p>в) гипносуггестивной психотерапии</p> <p>г) аутогенной тренировки</p> <p>д) диспансерного наблюдения больных алкоголизмом</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>155. В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ПРОВОДИТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ, КРОМЕ</p> <p>а) больных с невротическими расстройствами</p> <p>б) больных с нарушениями соматических функций психогенной этиологии</p> <p>в) лиц с острыми реакциями на стресс и адаптационными реакциями</p> <p>г) больных с манифестными психотическими расстройствами</p> <p>д) больных с расстройствами личности</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>156. К МЕТОДАМ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА ОТНОСЯТСЯ</p>  | <p>УК-1, УК-2,</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p>а) рациональная психотерапия<br/> б) ситуационно-психологический тренинг<br/> в) внушение наяву<br/> г) гипнотерапия<br/> д) все перечисленные</p>  | <p>УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p>                  |
| <p>157. ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКЕ ПОЗВОЛЯЕТ</p> <p>а) притупить первичное патологическое влечение к алкоголю<br/> б) устранить вторичное патологическое влечение к алкоголю<br/> в) уменьшить эмоциональное напряжение<br/> г) мобилизовать волевые ресурсы<br/> д) все перечисленное, кроме б)</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>158. ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ МОЖНО</p> <p>а) уменьшить проявление алкогольной анозогнозии<br/> б) аутоидентифицировать первичное патологическое влечение к алкоголю<br/> в) выработать навыки поведения, препятствующие срыву ремиссии<br/> г) провести ценностную переориентацию<br/> д) все перечисленное верно</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>159. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ СТРЕССОПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ПО А.Р.ДОВЖЕНКО) ПОКАЗАНО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ГРУППАМ БОЛЬНЫХ, КРОМЕ БОЛЬНЫХ</p> <p>а) высказывающих добровольное желание лечиться<br/> б) проходящих принудительное противоалкогольное лечение<br/> в) явившихся на лечение в трезвом виде<br/> г) на любой стадии алкоголизма<br/> д) явившихся на лечение не менее, чем с двухнедельным воздержанием от алкоголя</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>160. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) никотинзаместительную терапию<br/> б) рефлексотерапию<br/> в) аверсионную терапию<br/> г) терапию нейролептиками<br/> д) психотерапию</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>161. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ НИКОТИНОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) гипертоническую болезнь II-III степени<br/> б) атеросклероз<br/> в) язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения<br/> г) кровотечение<br/> д) хронический гепатит</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,<br/> ПК-2, ПК-3,<br/> ПК-4, ПК-5,<br/> ПК-6, ПК-7,<br/> ПК-8, ПК-9,<br/> ПК-10, ПК-11,<br/> ПК-12</p> |
| <p>162. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И ТОКСИКОМАНИЕЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ РЯД ЭТАПОВ, СРЕДИ КОТОРЫХ</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/> УК-3, ПК- 1,</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <p>а) прекращение употребления психоактивного вещества</p> <p>б) снятие интоксикации, купирование абстинентных явлений</p> <p>в) восстановление нарушенных соматических и психических функций, коррекция поведения</p> <p>г) выявление основного симптомокомплекса психической зависимости и определение предшествующих рецидивов</p> <p>д) все перечисленное</p> | <p>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p>                                  |
| <p>163. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНОГО ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ НАЗНАЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) пирроксана</p> <p>б) клофелина</p> <p>в) наркотических средств</p> <p>г) тиаприда</p> <p>д) физиотерапевтического лечения прибором ЛЭНАР</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>164. У ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ СРЕДСТВАМИ БЫТОВОЙ И ПРОМЫШЛЕННОЙ ХИМИИ ДИСФОРИИ КУПИРУЮТСЯ</p> <p>а) финлепсином</p> <p>б) соннапаксом</p> <p>в) транквилизаторами</p> <p>г) верно а) и б)</p> <p>д) всем перечисленным</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>165. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ СРЕДСТВАМИ БЫТОВОЙ И ПРОМЫШЛЕННОЙ ХИМИИ ПРОВОДИТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) общеукрепляющих средств, содержащих фосфор</p> <p>б) биостимуляторов</p> <p>в) психостимуляторов</p> <p>г) витаминов в комплексах</p> <p>д) ноотропов</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |

#### **Раздел 7 «Медицинская психология»**

| <b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>  | <b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>   |
|---|---|
| <p>166. ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ</p> <p>а) достаточно остро возникающие количественные изменения выраженности личностных проявлений</p> <p>б) следует за непосредственной причиной, являясь ответом на внешний повод</p> <p>в) значительные усиленные характерологические черты являются основным комплексом</p> <p>г) все перечисленное</p> <p>д) ничего из перечисленного</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>167. ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПСИХОПАТИИ РАЗДЕЛЯЮТСЯ</p> <p>а) на легкие - с хорошими компенсаторными механизмами</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,</p>   |

|  |   |
|--|---|
| <p>б) на выраженные - с частой декомпенсацией</p> <p>в) на глубокие - вариант патологического развития при психопатии</p> <p>г) на все перечисленные</p> <p>д) все перечисленное неверно</p>   | <p>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p>                                  |
| <p>168. ГИПЕРТИМНЫЕ АКЦЕНТУИРОВАННЫЕ ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) раздражительность, дисфоричность</p> <p>б) хорошее самочувствие, чувство внутреннего комфорта</p> <p>в) энергичность, активность, преодоление препятствий, быстроту, подвижность мышления, находчивость</p> <p>г) легкомыслие, гедонизм, отсутствие глубины понимания серьезных сторон жизни</p> <p>д) хорошее настроение, оптимизм, веру в свои силы и в окружающих</p>                                      | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>169. ТРЕВОЖНО-МНИТЕЛЬНЫЕ АКЦЕНТУАНТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) отличаются большой впечатлительностью, огорчаются из-за любого пустяка</p> <p>б) бесконечного ощущения опасности за свое здоровье и здоровье близких</p> <p>в) повышенной способности к вытеснению и лживости</p> <p>г) склонности к пониженной самооценке, преувеличению собственных недостатков, неуверенности в своих силах</p> <p>д) чрезмерной опеки и ограждения своих детей и близких</p>                       | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>170. К ОСОБЕННОСТЯМ ДЕМОНСТРАТИВНЫХ АКЦЕНТУАНТОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) повышенной способности к вытеснению, веры в свою ложь, потребности в признании</p> <p>б) им чуждо смущение, они принимают с величайшим удовольствием повышенный интерес со стороны окружающих</p> <p>в) склонности к самоанализу</p> <p>г) они умеют проникнуть в психологию других, приспособиться к другим</p> <p>д) они способны играть ту роль, которая нужна для данной ситуации, обладают пластичностью</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>171. АКЦЕНТУАНТ ТИПА ПЕДАНТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) чрезмерной добросовестности, педантизма, сверхаккуратности, альтруизма моральных побуждений</p> <p>б) легкого возникновения сверхценных образований</p> <p>в) отсутствия механизма вытеснения, все требует тщательного и длительного обдумывания</p> <p>г) невозможности вытеснения решений, нерешительности при ответственных решениях</p> <p>д) свойственности проверок и перепроверок себя</p>                              | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>172. ИНТРАВЕРТИРОВАННЫЕ АКЦЕНТУАНТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ТЕМ, ЧТО У НИХ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>а) преобладание мира представлений над непосредственными восприятиями и ощущениями</p> <p>б) склонность к синтетическому масштабному охвату событий и обобщению</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,</p>                             |

|  |   |
|--|---|
| <p>в) принятие решений после всестороннего взвешивания, предварительного обдумывания</p> <p>г) тенденция к аутизации</p> <p>д) все перечисленное</p>   | <p>ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>  |
| <p>173. К ЗАСТРЕВАЮЩИМ АКЦЕНТУАНТАМ ОТНОСЯТСЯ ТЕ, У КОГО ОТМЕЧАЕТСЯ</p> <p>а) гипертрофированное упорство, патологическая стойкость аффекта</p> <p>б) преобладание эгоистических аффектов, повышенное честолюбие, злопамятство, мстительность, стремление к карьеризму</p> <p>в) честолюбие может стать реальной движущей силой к успехам в работе</p> <p>г) склонность к самовосхвалению, своеобразной сверхчувствительности собственного Я</p> <p>д) все перечисленное</p> | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>174.. К ПРИЗНАКАМ РЕАКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) содержание психоза отражает психическую травму</p> <p>б) без психотравмы психоза бы не было</p> <p>в) с исчезновением причин проходит психоз</p> <p>г) все перечисленные</p> <p>д) верно а) и в)</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>175. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РЕАКТИВНОГО ПСИХОЗА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ТАКУЮ, КОГДА</p> <p>а) поведение больных теряет целенаправленность</p> <p>б) на фоне быстро нарастающей тревоги и страха возникает хаотическое психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями</p> <p>в) нарушена ориентировка в окружающем (суженное сознание или истерическое сумеречное помрачение)</p> <p>г) верно все перечисленное</p> <p>д) все перечисленное неверно</p>                  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>176. АФФЕКТИВНО-ШОКОВЫЕ РЕАКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) наиболее острыми формами реактивных психозов, сопровождающимися резкими эндокринными и вазомоторными сдвигами</p> <p>б) состояниями, возникающими в связи с внезапными чрезмерными по силе потрясениями</p> <p>в) состояниями, протекающими в гипер- и гипокинетической формах</p> <p>г) верно б) и в)</p> <p>д) всем перечисленным</p>  | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>177. РАЗНОВИДНОСТЯМИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) психомоторное возбуждение с явлениями страха</p> <p>б) возбуждение с преобладанием злобы и агрессии</p> <p>в) возбуждение с психогенной речевой спутанностью</p> <p>г) все перечисленные</p> <p>д) верно а) и в)</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p> |
| <p>178. РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) патологической реакцией на психические травмы или неблагоприятные ситуации</p> <p>б) патологической реакцией психотического уровня</p>   | <p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК- 1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5,</p>   |



|   |   |
|---|---|
| <p>в) развитие их зависит от конституциональных особенностей личности, перенесенных заболеваний, физического состояния и возраста</p> <p>г) все перечисленное верно</p> <p>д) все перечисленное неверно</p>   | <p>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p>  |
| <p>179. ДЕПРЕССИВНЫЕ РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ</p> <p>а) наиболее часто встречающиеся проявления реактивных состояний</p> <p>б) депрессия может колебаться от незначительно выраженной подавленности до состояний, характеризующихся гнетущей безысходной тоской</p> <p>в) депрессивные реактивные синдромы отличаются клиническим полиморфизмом и неоднородностью</p> <p>г) верно б) и в)</p> <p>д) верно все перечисленное</p> | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>180. РАЗНОВИДНОСТЯМИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) аффектогенный ступор</p> <p>б) ступор с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями</p> <p>в) вялоапатический ступор</p> <p>г) все перечисленное</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>181. НЕВРОЗЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ</p> <p>а) специфических клинических феноменов, выражающих патологическую фиксацию тех или иных переживаний личности</p> <p>б) доминирования эмоционально-аффективных расстройств</p> <p>в) доминирования соматовегетативных расстройств</p> <p>г) верно а) и б)</p> <p>д) всего перечисленного</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>182. СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ ПРИ НЕВРОЗАХ РАЗЛИЧАЮТ</p> <p>а) особенности наследственности и конституции</p> <p>б) отягощение раннего анамнеза патологической беременностью матери</p> <p>в) перенесенные заболевания как сенсбилизатор, усиливающий действие психотравм</p> <p>г) все перечисленные</p> <p>д) ни один из перечисленных</p>  | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>183. ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ С ПСИХОГЕННОЙ СИТУАЦИЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) взаимосвязи между конфликтогенной и временем возникновения невроза</p> <p>б) корреляции между клиникой невроза и особенностями психоорганических расстройств</p> <p>в) взаимосвязи между динамикой состояния и изменениями психотравмирующей ситуацией</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,<br/>ПК-12</p> |
| <p>184. СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ НЕВРОЗОВ РАЗЛИЧАЮТ</p> <p>а) преморбидные особенности личности</p> <p>б) психические травмы детского возраста</p> <p>в) события, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего или требующие принятия трудных альтернативных решений</p>   | <p>УК-1, УК-2,<br/>УК-3, ПК- 1,<br/>ПК-2, ПК-3,<br/>ПК-4, ПК-5,<br/>ПК-6, ПК-7,<br/>ПК-8, ПК-9,<br/>ПК-10, ПК-11,</p>           |

|  |   |
|--|---|
| г) верно б) и в)<br>д) все перечисленные   | ПК-12   |
| 185. НЕВРОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ<br>а) психическим расстройством<br>б) психогенно возникающим<br>в) относительно благоприятно текущим (т.е. с тенденцией к обратимости патологических нарушений)<br>г) всем перечисленным<br>д) ничем из перечисленного | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |

### Раздел 8 «Суицидология»

| Тестовые задания с вариантами ответов  | № компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание  |
|--|---|
| 186. ФАКТОРАМИ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ<br>а) массивности депрессий<br>б) наличия суицидальных мыслей<br>в) наличия массивных идей самообвинения<br>г) массивного двигательного торможения<br>д) малой выраженности двигательного торможения в массивной депрессии | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 187. ФАКТОРАМИ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ<br>а) сезонные колебания интенсивности депрессий<br>б) суточные колебания интенсивности депрессий<br>в) возникновение в структуре депрессий прераптоидных состояний<br>г) все перечисленные<br>д) ни один из перечисленных   | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 188. РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕН<br>а) массивностью депрессий<br>б) структурой депрессий<br>в) неадекватной реабилитационно-терапевтической тактикой<br>г) всем перечисленным<br>д) ничем из перечисленного  | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 189. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ВЫРАЖАЕТСЯ<br>а) в мыслях о бесцельности существования<br>б) в высказываниях о безвыходности ситуации, отсутствии надежд на излечение<br>в) в суицидальных мыслях   | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,                           |

|  |   |
|--|---|
| г) ни в чем из перечисленного<br>д) во всем перечисленном  | ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12  |
| 190. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ВЫРАЖАЕТСЯ<br>а) в чувстве отчаяния<br>б) в суицидальных мыслях<br>в) в суицидальных попытках<br>г) ни в чем из перечисленного<br>д) во всем перечисленном  | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 191. У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ СУИЦИДОВ<br>а) демонстративный<br>б) истинный, обусловленный суицидальными мыслями<br>в) расширенный<br>г) все перечисленные<br>д) ни один из перечисленных   | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 192. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ В ФОРМЕ<br>а) упорных суицидальных высказываний<br>б) стремлений к самоубийству<br>в) наличия суицидальных намерений с их диссимуляцией<br>г) всего перечисленного<br>д) ничего из перечисленного  | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 193. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ<br>а) адекватной квалификации психического состояния больных<br>б) оценки степени суицидальной опасности состояния<br>в) принятия необходимых мер (госпитализации, адекватной терапии, установлении строго надзора)<br>г) при необходимости - комплекса психотерапевтических мероприятий<br>д) необходимых гигиенических мероприятий | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |
| 194. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ<br>а) в устранении или смягчении стрессовых ситуаций<br>б) в психотерапевтических мероприятиях<br>в) в назначении необходимого лечения<br>г) во всем перечисленном<br>д) ни в чем из перечисленного   | УК-1, УК-2,<br>УК-3, ПК- 1,<br>ПК-2, ПК-3,<br>ПК-4, ПК-5,<br>ПК-6, ПК-7,<br>ПК-8, ПК-9,<br>ПК-10, ПК-11,<br>ПК-12 |

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

|    |   |
|----|---|
| 1. | д |
| 2. | а |
| 3. | б |
| 4. | в |
| 5. | д |
| 6. | г |

|     |   |
|-----|---|
| 7.  | Г |
| 8.  | Д |
| 9.  | Г |
| 10. | а |
| 11. | б |
| 12. | в |
| 13. | д |
| 14. | Г |
| 15. | Г |
| 16. | Г |
| 17. | а |
| 18. | б |
| 19. | Г |
| 20. | Г |
| 21. | Г |
| 22. | Г |
| 23. | б |
| 24. | б |
| 25. | а |
| 26. | в |
| 27. | в |
| 28. | а |
| 29. | Г |
| 30. | Д |
| 31. | Г |
| 32. | б |
| 33. | в |
| 34. | а |
| 35. | Д |
| 36. | б |
| 37. | Г |
| 38. | Г |
| 39. | а |
| 40. | а |
| 41. | а |
| 42. | Г |
| 43. | Д |
| 44. | а |
| 45. | Д |

|     |   |
|-----|---|
| 46. | Д |
| 47. | а |
| 48. | б |
| 49. | в |
| 50. | Д |
| 51. | Г |
| 52. | Г |
| 53. | Д |
| 54. | Г |

|      |   |
|------|---|
| 55.  | а |
| 56.  | б |
| 57.  | в |
| 58.  | д |
| 59.  | г |
| 60.  | г |
| 61.  | г |
| 62.  | а |
| 63.  | б |
| 64.  | г |
| 65.  | г |
| 66.  | д |
| 67.  | г |
| 68.  | д |
| 69.  | д |
| 70.  | б |
| 71.  | д |
| 72.  | г |
| 73.  | в |
| 74.  | д |
| 75.  | а |
| 76.  | б |
| 77.  | б |
| 78.  | д |
| 79.  | д |
| 80.  | д |
| 81.  | б |
| 82.  | б |
| 83.  | в |
| 84.  | г |
| 85.  | а |
| 86.  | г |
| 87.  | г |
| 88.  | а |
| 89.  | в |
| 90.  | в |
| 91.  | д |
| 92.  | г |
| 93.  | д |
| 94.  | г |
| 95.  | г |
| 96.  | г |
| 97.  | а |
| 98.  | б |
| 99.  | г |
| 100. | г |
| 101. | г |
| 102. | г |
| 103. | б |
| 104. | б |

|      |   |
|------|---|
| 105. | а |
| 106. | г |
| 107. | г |
| 108. | Г |
| 109. | д |
| 110. | а |
| 111. | г |
| 112. | в |
| 113. | б |
| 114. | г |
| 115. | д |
| 116. | д |
| 117. | б |
| 118. | г |
| 119. | д |
| 120. | г |
| 121. | г |
| 122. | в |
| 123. | д |
| 124. | г |
| 125. | б |
| 126. | б |
| 127. | г |
| 128. | д |
| 129. | б |
| 130. | д |
| 131. | в |
| 132. | г |
| 133. | г |
| 134. | б |
| 135. | в |
| 136. | д |
| 137. | д |
| 138. | б |
| 139. | д |
| 140. | а |
| 141. | г |
| 142. | в |
| 143. | б |
| 144. | г |
| 145. | д |
| 146. | д |
| 147. | б |
| 148. | г |
| 149. | д |
| 150. | г |
| 151. | г |
| 152. | в |
| 153. | д |
| 154. | г |

|      |   |
|------|---|
| 155. | б |
| 156. | б |
| 157. | г |
| 158. | д |
| 159. | б |
| 160. | д |
| 161. | в |
| 162. | г |
| 163. | г |
| 164. | б |
| 165. | в |
| 166. | д |
| 167. | д |
| 168. | б |
| 169. | д |
| 170. | а |
| 171. | г |
| 172. | в |
| 173. | б |
| 174. | г |
| 175. | д |
| 176. | д |
| 177. | б |
| 178. | г |
| 179. | д |
| 180. | г |
| 181. | г |
| 182. | в |
| 183. | д |
| 184. | г |
| 185. | б |
| 186. | б |
| 187. | г |
| 188. | д |
| 189. | б |
| 190. | д |
| 191. | в |
| 192. | а |
| 193. | д |
| 194. | г |

## 2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

|   |   |   |
|---|---|---|
| И | - | <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>   |
| У | - | Женщина, 56 лет, индивидуальный предприниматель ( имеет сеть салонов красоты), работает в одном из них парикмахером.<br>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 |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <p>по 200-250 гр. коньяка в день « за компанию». Абстинентный синдром сформировался в 40 лет, амнезии опьянений с 39 лет. 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"> <li>- 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);</li> <li>- данных психического статуса (настроение сниженное, пациент раздражительный, критика к состоянию формальная, эмоционально лабильна).</li> </ul>  |
| 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,</p>  |



|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <p>витамины группы В.</p> <p>Для лечения депрессивной симптоматики используют антидепрессанты , чаще всего – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; нарушении сна и выраженной тревоги – транквилизаторы бензодиазепинового ряда.</p> <p>Для улучшения мозгового кровообращения назначаются ноотропные препараты;</p> <p>Для снижения АД и ЧСС применяются бета-адреноблокаторы;</p> <p>Немедикаментозные методы включают в себя психотерапию: Релаксационные методы, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия.</p>      |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.   |
| P1 | - | Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.  |
| P0 | - | Ответ дан не верно.  |
|    |   |  |
| В  | 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.  |
|    |   |  |
| В  | 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.  |
|    |   |  |
| И  | - | <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>  |
| У  | - | Женщина, 56 лет, индивидуальный предприниматель ( имеет сеть салонов красоты), работает в одном из них парикмахером.<br>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 псевдозаповей. 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 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"> <li>- данных анамнеза (длительное злоупотребление алкоголем, более 40 лет)</li> <li>- 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.).</li> </ul>   |
| P2 | - | Диагноз обоснован верно.   |
| P1 | - | Диагноз обоснован не полностью: не указана связь со стрессом.  |
| P0 | - | Обоснование полностью не верно.  |
|    |   |  |
| В  | 3 | Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.   |
| О  | - | <p>Для лечения данного заболевания используется медикаментозная и немедикаментозная терапия.</p> <p>Медикаментозная:</p> <p>1. Для снятия острой вегетативной симптоматики используется дезинтоксикационная терапия, включающая солевые растворы,</p>  |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>раствор глюкозы, витамины группы В. (обязательно под контролем водно-солевого баланса).</p> <p>2. Для купирования продуктивной симптоматики необходимо использовать транквилизаторы бензодиазепинового ряда и барбитуровой кислоты ( диазепам, лоразепам); нейролептики-наиболее безопасным для пациентов с делирием является галоперидол.</p> <p>3. Для устранения судорожного синдрома, для достижения седации применяют магния сульфат.</p> <p>4. После устранения всех острых симптомов проводят сенсibiliзирующую терапию.</p> <p>Немедикаментозная:</p> <p>1. Семейное психологическое консультирование.</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |
| B  | 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.   |
|    |   |   |
| B  | 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.   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса                                       |
|-----|--------|--|
| Н   | -      | 051  |
| 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   | - | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>  |
| У   | - | <p>Больная Н., 45 лет, не работает.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту, окончила школу и институт, получив специальность бухгалтера. Вышла замуж в 25 лет. Через 5 лет муж умер от туберкулеза. В течении многих лет злоупотребляла алкоголем, потеряла работу. Проживала одна.</p> <p>Анамнез заболевания: Со слов племянника, когда он пришел навестить больную, она была испуганна и не могла встать с кровати, так как чувствовала слабость и боль в ногах. Племянника она не узнала, не могла рассказать о событиях прошедших дней, не знала текущую дату и время. Была вызвана бригада СМП.</p> <p>Психический статус: Ориентирована в собственной личности. Текущую дату, месяц, год назвать не может. Знает, что находится в больнице, однако профиль назвать не может. Врач сообщил ей профиль больницы, однако через 10 минут больная не смогла его вспомнить. Во время беседы беспокойно озирается по сторонам, выражение лица испуганное. Фон настроения снижен. Жалуется на боль и слабость в ногах, с постели встать не может. Сухожильные рефлексы ног ослаблены, чувствительность нарушена. Сообщает, что поступила в больницу из тубдиспансера, где навещала своего мужа. События последних 20 лет не помнит. Обманы восприятия отрицает. Критика к своему состоянию не полная.</p> |
| В   | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |
| Э   | - | Корсаковский психоз  |
| 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 поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- данных анамнеза (длительное злоупотребление алкоголем);</li> <li>- данных психического статуса (фиксационная и ретроградная амнезия, конфабуляции, полинейропатия нижних конечностей).</li> </ul>  |
| P2  | - | Диагноз обоснован верно.   |
| P1  | - | Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома иди заболевания.  |
| P0  | - | Обоснование полностью не верно.  |
| В   | 3 | Какое помрачение сознания, могло предшествовать развитию данного заболевания?  |
| О   | - | Делирий.   |
| P2  | - | Ответ дан полностью верно.   |
| P1  | - | Обоснование госпитализации дано не полностью, не указаны пункты статьи.  |
| P0  | - | Ответ дан не верно.  |

|    |     |   |
|----|-----|---|
| В  | 4   | Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии?  |
| Э  | -   | Витамины группы В, в частности В1 и В3  |
| Р2 | -   | Выбраны верные группы препаратов, обоснование верное.   |
| Р1 | -   | Ответ дан не полностью: выбрана верная группа препаратов, но обоснование не верное.   |
| Р0 | -   | Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.  |
|    |     |   |
| В  | 5   | С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.  |
| Э  | -   | Дифференциальную диагностику следует проводить с амнестическим синдромом, вызванным органической патологией, энцефалопатией Гайе — Вернике, делирием. В нашем случае нет данных об органическом повреждении мозга и есть длительный алкогольный анамнез, поэтому мы исключаем органические амнестические синдромы. Для делирия характерны истинные галлюцинации, для энцефалопатии Гайе — Вернике дрожание, подергивания, атаксия, нистагм, птоз, страбизм, неподвижность взора, а также зрачковые и нарушение конвергенции |
| Р2 | -   | Ответ дан полностью.  |
| Р1 | -   | Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.  |
| Р0 | -   | Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.   |
|    |     |   |
| Н  | -   | 051   |
| Ф  | ... | ...   |
| Ф  | ... | ...   |

| 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| 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 amitriptilin 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 ничего не может сделать с этим состоянием, высказывал мысли о |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>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"> <li>1. Снижение настроение,</li> <li>2. Ангедония (утрата интересов и удовольствий),</li> <li>3. Повышенная утомляемость</li> </ol> <p>А также дополнительных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нарушенный сон,</li> <li>2. Сниженный аппетит,</li> <li>3. Снижение способности к концентрации и вниманию,</li> <li>4. Идеи виновности,</li> <li>5. Попытка суицида.</li> </ol> <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.   |
|    |     |   |
| В  | 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 выборами 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.  |
|    |     |   |
| В  | 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.   |
|    |     |   |
| Н  | -   | 001   |
| Ф  | ... | ...   |
| Ф  | ... | ...   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса  |
|-----|--------|---|
| Н   | -      | 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Женщина, 56 лет, индивидуальный предприниматель ( имеет сеть салонов красоты), работает в одном из них парикмахером.<br>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. Проходила дважды дезинтоксикационное лечение в |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <p>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"> <li>- 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);</li> <li>- данных психического статуса (настроение сниженное, пациент раздражительный, критика к состоянию формальная, эмоционально лабильна).</li> </ul>  |
| 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> <p>Для лечения депрессивной симптоматики используют</p>   |



|    |     |  |
|----|-----|--|
|    |     | антидепрессанты , чаще всего – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; нарушении сна и выраженной тревоги – транквилизаторы бензодиазепинового ряда.<br>Для улучшения мозгового кровообращения назначаются ноотропные препараты;<br>Для снижения АД и ЧСС применяются бета-адреноблокаторы;<br>Немедикаментозные методы включают в себя психотерапию:<br>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.  |
|    |     |  |
| B  | 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.  |
|    |     |  |
| B  | 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  | - | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У  | - | <p>Мужчина 78 лет, разноработчий.</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"> <li>- данных анамнеза (длительное злоупотребление алкоголем, более 40 лет)</li> <li>- 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</li> </ul>   |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | 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.   |
|    |   |   |
| В  | 3 | Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.  |
| О  | - | <p>Для лечения данного заболевания используется медикаментозная и немедикаментозная терапия.</p> <p>Медикаментозная:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для снятия острой вегетативной симптоматики используется дезинтоксикационная терапия, включающая солевые растворы, раствор глюкозы, витамины группы В. (обязательно под контролем водно-солевого баланса).</li> <li>2. Для купирования продуктивной симптоматики необходимо использовать транквилизаторы бензодиазепинового ряда и барбитуровой кислоты ( диазепам, лоразепам); нейролептики- наиболее безопасным для пациентов с делирием является галоперидол.</li> <li>3. Для устранения судорожного синдрома, для достижения седации применяют магния сульфат.</li> <li>4. После устранения всех острых симптомов проводят сенсibiliзирующую терапию.</li> </ol> <p>Немедикаментозная:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Семейное психологическое консультирование.</li> </ol> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |
| В  | 4 | Какой прогноз при данной патологии?   |
| Э  | - | <p>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.</p>  |
| P2 | - | Ответ дан полностью.  |
| P1 | - | Ответ дан не полностью.   |
| P0 | - | Ответ неверный полностью.   |
|    |   |   |
| В  | 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.  |
|     |        |  |
| Н   | -      | 002  |
| Ф   | ...    | ...  |
| Ф   | ...    | ...  |
| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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 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</p> |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | однообразная.<br>Жалуется на плохой сон, отсутствие аппетита, головные боли и учащение сердцебиения. Суицидальные мысли отрицает. Мышление замедленное, снижена концентрация внимания.<br>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:<br>1. Непосредственная связь с сильной стрессовой ситуацией,<br>2. Повторные переживания в виде ночных кошмаров<br>3. Негативные изменения в эмоциях<br>4. Повышенная реактивность и возбуждение<br>5. Длительность симптомов более месяца<br>6. Нарушение нормального повседневного функционирования вследствие этих симптомов |
| P2 | - | Диагноз обоснован верно.   |
| P1 | - | Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома иди 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 выборами 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.  |
|    |     |  |
| H  | -   | 001  |
| Ф  | ... | ...  |
| Ф  | ... | ...  |
|    |     |  |
|    |     |  |
|    |     |  |
|    |     |  |
|    |     |  |

| Вид      | Код      | 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  |
| ...      |          |   |
|          |          |   |
| <b>И</b> | <b>-</b> | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| 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</p> |

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 окончании отпуска пить прекращал, шел в парикмахерскую, брился начисто и 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.

Психический статус: сознание не помрачено, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внешне неопятен, 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.<br>Сомато - неврологический статус: без особенностей  |
|    |   |  |
| 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"> <li>1. Сильное желание или чувство трудно преодолимой тяги к приему алкоголя.</li> <li>2. Повышение толерантности.</li> <li>3. Продолжение употребления алкоголя, вопреки признакам вредных последствий.</li> <li>4. Абстинентный синдром.</li> </ol> <p>А также дополнительных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Псевдо-запой.</li> <li>2. Поглощенность приемом алкоголя.</li> </ol> <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 или 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</p>  |



|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | 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:<br>а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или<br>б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или<br>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 сохранении 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 $\alpha 1$ -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-запов. 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   |
|----------|----------|---|
|          |          |   |
| 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  |
| ...      |          |   |
|          |          |   |
| <b>И</b> | <b>-</b> | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У        |          | <p>Больная А., 37 лет, врач-рентгенолог в ЦРБ.</p> <p><u>Анамнез жизни</u>: Наследственность психопатологически не отягощена. 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</p> |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>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 полугода месяцев чувствовала себя удовлетворительно, продолжала работать и восстанавливаться после заболевания.</p> <p>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», 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 придет 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  | - | Диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МКБ-10:<br>5. Отсроченная реакция, проявившаяся в течение 6 месяцев с  |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>момента психотравмирующей ситуации.</p> <p>6. Тревога и повторные переживания ситуации (флешбеки).<br/>А также дополнительных симптомов:</p> <p>3. Нарушенный сон.<br/>4. Сниженный аппетит.<br/>5. Избегание.<br/>6. Чувство беспокойства.</p> <p>Диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» поставлен на основе данных анамнеза (сильно значимая для индивида травма), имеющие место флешбеки и отсроченная в течении 6 месяцев от пережитой ситуации реакция.</p>   |
| P2 | - | Диагноз обоснован верно.  |
| P1 | - | Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома или заболевания.   |
| P0 | - | Обоснование полностью не верно.   |
|    |   |   |
| B  | 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<br/>б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или<br/>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.   |
|    |     |   |
| B  | 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 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  | -   | 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.   |
|    |     |   |
| H  | -   | 001   |
| 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| У | - | <p>Больная И., 37 лет, безработная.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту, проживала с матерью, отца нет. Отношение с матерью описывает как «сухие», недоверительные. Рассказывает, что мать с детства не проявляла к ней ласку, не играла с ней, часто кричала на нее, не интересовалась ее жизнью. Часто и подолгу она жила у бабушки, мать ее не навещала, звонила редко. В подростковом возрасте постоянно слышала обвинения в свой адрес в том, что она испортила матери жизнь, не дала ей возможности найти мужа, была ей «обузой». В настоящее время с матерью не видится, Созванивается редко. Окончила 9 классов и училище (по настоянию матери), получив специальность швеи.</p> <p>По характеру малообщительная, мнительная, нерешительная, трудоголик. Употребление алкоголя отрицает.</p> <p>Анамнез заболевания: со слов больной, состояние начало ухудшаться 2 месяца назад, когда предприятие по пошиву одежды, в котором она проработала 15 лет, объявило банкротство и большинство сотрудников сократили, в т.ч. и ее. После сокращения у больной стало отмечаться снижение настроения, любимые занятия перестали приносить радость, больная большую часть времени проводила в своей квартире, с друзьями и родственниками не общалась, домашним хозяйством не занималась, т.к. «не было ни на что сил». Считает, что была плохой работницей, потому что «хороших работников не увольняют». Рассказывает, что в последнее время совсем нет аппетита, похудела на 7 кг за последние 1,5 месяца. Также больная отмечает, что стала плохо спать: долго засыпает, часто просыпается среди ночи, а на утро не чувствует себя отдохнувшей, а днем ощущает себя «разбитым корытом». На вопрос, пыталась ли она найти новую работу, говорит, что не верит, что «найдется что-то стоящее в ее возрасте», «ничего хорошего впереди уже нет».</p> <p>Психический статус: выглядит несколько неопрятно: одежда нестиранная, мятая, местами «засаленная», обувь нечищенная; волосы неухожены, нерасчесанны. В разговоре избегает прямого зрительного контакта, при описании своего состояния на глазах периодически наворачиваются слезы, часто тяжело вздыхает, между предложениями делает небольшие паузы. Сидя на стуле сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. В целом выглядит старше своих лет. Больная предъявляет жалобы на сниженное настроение, «плохой» сон, поверхностный, прерывистый, не приносящий отдохновения; отсутствие аппетита. Также больная жалуется на чувство безысходности, отсутствие удовольствия в жизни от вещей, которые ранее ее радовали; на чувство непреходящей усталости. Фон настроения снижен. Мышление несколько замедленно, без грубых нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не высказывает. Суицидальные мысли отрицает.</p> |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |
| Э | - | Депрессивный эпизод средней степени тяжести.   |

|    |   |  |
|----|---|--|
| P2 | - | Диагноз поставлен верно.   |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.  |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно.   |
|    |   |  |
| B  | 2 | Обоснуйте поставленный вами диагноз?   |
| Э  | - | <p>Диагноз депрессивного эпизода средней степени тяжести поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• анамнеза жизни (предшествующее увольнение),</li> <li>• жалоб на: <ul style="list-style-type: none"> <li>7. Сниженное настроение,</li> <li>8. Утрату интересов и способности получать удовольствие,</li> <li>9. Повышенную утомляемость,</li> <li>10. Нарушение сна,</li> <li>11. Отсутствие аппетита,</li> </ul> </li> </ul> <p>В соответствии с критериями МКБ-10 присутствуют также:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>12. Сниженная самооценка и чувство уверенности в себе,</li> <li>13. Мрачное и пессимистичное видение будущего,</li> <li>• психического статуса: выглядит несколько неопрятно: одежда нестиранная, мятая, местами «засаленная», обувь нечищенная; волосы неухожены, нерасчесанны. В разговоре избегает прямого зрительного контакта, при описании своего состояния на глазах периодически наворачиваются слезы, часто тяжело вздыхает, между предложениями делает небольшие паузы. Сидя на стуле сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. В целом выглядит старше своих лет. Больная предъявляет жалобы на сниженное настроение, «плохой» сон, поверхностный, прерывистый, не приносящий отдохновения; отсутствие аппетита. Также больная жалуется на чувство безысходности, отсутствие удовольствия в жизни от вещей, которые ранее ее радовали; на чувство непреходящей усталости. Фон настроение снижен. Мышление несколько замедленно, без грубых нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не высказывает. Суицидальные мысли отрицает.</li> </ul> |
| P2 | - | Диагноз обоснован верно.   |
| P1 | - | Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома или заболевания.  |
| P0 | - | Обоснование полностью не верно.  |
|    |   |  |
| B  | 3 | Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.   |
| O  | - | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предпочтительнее амбулаторное лечение.</li> <li>2. Антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина - СИОЗС (сертралин, флуоксетин, эсциталопрам)</li> <li>3. Транквилизаторы (производные бензодиазепаина: феназепам, лоразепам, диазепам) – терапия нарушений сна.</li> <li>4. Психотерапия</li> </ol>  |
| 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  | -   | Препаратами выборами являются современные антидепрессанты с минимальными побочными эффектами - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИЗС): сертралин, флуоксетин, эсциталопрам.   |
| 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  | -   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соматические заболевания (гипотериоз, анемия, болезнь Паркинсона, опухоль мозга, рассеянный склероз, онкологические заболевания),</li> <li>2. Фармакогенные причины (кортизон, антибиотики, цитостатики),</li> <li>3. Деменция,</li> <li>4. Алкоголизм,</li> <li>5. Шизоврения/шизоаффективное расстройство,</li> <li>6. Соматизированное расстройство,</li> <li>7. Биполярное аффективное расстройство,</li> <li>8. Дистимия (хроническое пониженное настроение),</li> <li>9. Посттравматическое стрессовое расстройство,</li> <li>10. Расстройство адаптации</li> </ol> |
| 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   | -      | 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>  |
| У   | -      | Больная И., 25 лет, безработная.   |



|  |   |
|--|---|
|  | <p>Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещала ДДУ, окончила 11 классов, поступила в институт, но на 4 курсе отчислилась. Проживает в трехкомнатной квартире с отцом и бабушкой. Употребление алкоголя отрицает.</p> <p>Анамнез заболевания: со слов больной, изменения в своем состоянии начала замечать в возрасте 17 лет после смерти матери (умерла от онкологического заболевания), когда осталась жить в квартире с отцом и бабушкой. Рассказывает, что отец малообщительный, замкнутый человек, редко выходит из своей комнаты, злоупотребляет алкоголем, финансовую поддержку не оказывает. Бабушку описывает как скандальную личность, которая все время ищет повод для споров и ссор, постоянно ее критикует, предсказывает мрачное безрадостное будущее. Говорит, что после «смерти мамы долгое время пребывала в депрессии, не видела смысла жизни, постоянно плакала». Отмечает, что плохое настроение периодами сменялось «светлыми промежутками», сравнивает их с «периодами вдохновения», когда даже родственники не могли испортить ей жизнь. В такие периоды она могла писать стихи, сочинять песни (чего ранее никогда не делала), пропадать сутками у друзей, могла «сорваться» и поехать в другой город в гости к человеку, с которым совсем недавно познакомилась «Вконтакте», занималась воздушной йогой, брала кредиты, покупала «разное барахлишко». Говорит: «в такое время я чувствую, что летаю, все могу, все знаю. Могу не спать несколько ночей к ряду и чувствовать себя полной сил». Сожалеет, что такие периоды подъема были непродолжительными (около 2 недель) и сменялись неделями уныния и «плохого» настроения. Из-за такой нестабильности в состоянии накопила много долгов в институте, сдать во время их не смогла, из-за чего была отчислена. В настоящий момент поводом к обращению послужил очередной период «плохого настроения» начавшийся около 3х недель назад: не получает удовольствия от любимых занятий, не хочет общаться с людьми, не имеет сил и желания заниматься хозяйством, выходить на улицу. Предъявляет жалобы на чувство уныния, грусти, на постоянное желание плакать; жалуется на «плохой» сон (долго «ворочаюсь в постели, открываю глаза из-за незначительного шума, а на утро не пойму спала я все-таки или нет»). Отмечает, что в периоды «хорошего» настроения она набирает вес, а в периоды «плохого» - вес снижается.</p> <p>Психический статус: выглядит ухоженно, одежда опрятная, однако одета не по погоде (на улице холодно, а одета «легко»), волосы сальные, неуложенные. В беседе держится неуверенно, постоянно отводит взгляд в сторону, тягостно вздыхает. Речь несколько замедленна, мимика однообразна. Сидя на стуле сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. Больная предъявляет жалобы на сниженное настроение, чувство грусти, тоски, безысходности, на отсутствие чувства удовольствия от любимых занятий, на быструю утомляемость и чувство постоянной усталости, на нарушение сна (поверхностный, прерывистый, не приносящий отдохновения); снижение аппетита. Фон настроение снижен. Мышление несколько</p> |
|--|---|

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | замедленно, без грубых нарушений. Психотическая симптоматика не выявляется. Суицидальные мысли отрицает.  |
|    |   |   |
| В  | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э  | - | Биполярное аффективное расстройство I-типа, текущий эпизод умеренной депрессии.   |
| 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 «Биполярное аффективное расстройство I-типа, текущий эпизод умеренной депрессии» поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• анамнеза жизни (чередование с 17-летнего возраста депрессивных эпизодов и периодов гипомании),</li> <li>• жалоб на текущий момент: <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Сниженное настроение, наличие чувства уныния, грусти, постоянное желание плакать,</li> <li>15. Утрату интересов и способности получать удовольствие,</li> <li>16. Повышенную утомляемость,</li> <li>17. Нарушение сна,</li> <li>18. Снижение аппетита,</li> <li>19. Мрачное и пессимистичное видение будущего.</li> </ol> </li> </ul> <p>В соответствии с критериями МКБ-10 присутствуют также в период гипомании:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>20. Повышенное настроение (вне зависимости от ситуации),</li> <li>21. Повышенная энергичность и физическая активность,</li> <li>22. Увеличение объема и темпа психической деятельности,</li> <li>23. Повышенная самооценка, чувство благополучия, психической и физической продуктивности.</li> <li>24. Чрезмерный оптимизм,</li> <li>25. Сниженная потребность во сне,</li> <li>26. Повышение аппетита.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• На основании психического статуса: выглядит ухоженно, одежда опрятная, однако одета не по погоде (на улице холодно, а одета «легко»), волосы сальные, неуложенные. В беседе держится неуверенно, постоянно отводит взгляд в сторону, тягостно вздыхает. Речь несколько замедленна, мимика однообразна. Сидя на стуле сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. Больная предъявляет жалобы на сниженное настроение, чувство грусти, тоски, безысходности, на отсутствие чувства удовольствия от любимых занятий, на быструю утомляемость и чувство постоянной усталости, на нарушение сна (поверхностный, прерывистый, не приносящий отдохновения); снижение аппетита. Фон настроения снижен. Мышление несколько замедленно, без грубых нарушений. Психотическая симптоматика не</li> </ul> |

|    |     |  |
|----|-----|--|
|    |     | выявляется. Суицидальные мысли отрицает.   |
| P2 | -   | Диагноз обоснован верно.   |
| P1 | -   | Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома или заболевания.  |
| P0 | -   | Обоснование полностью не верно.  |
|    |     |  |
| B  | 3   | Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.   |
| O  | -   | 1. Предпочтительнее амбулаторное лечение.<br>2. Номотимики: антиконвульсанты – препараты вальпроевой кислоты, ламотриджин; соли лития; карбамазепин (в последующем времени в качестве профилактической терапии - ламотриджин)<br>3. Психотерапия |
| 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  | -   | Препаратами выбора являются нормотимики: антиконвульсанты, соли лития, карбамазепин.   |
| 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  | -   | 11. Рекурентная депрессия<br>12. Тревожное расстройство, пограничное, антисоциальное расстройство личности.<br>13. Шизоврения/шизоаффективное расстройство,<br>14. Злоупотребление психоактивными веществами,<br>15. Циклотимия                  |
| 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   | -      | 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   | -      | <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>  |
| У   | -      | <p>Пациент А., 48лет.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность психопатологически отягощена: брат матери злоупотреблял алкоголем, умер в 42 года от туберкулёза. Есть младший брат, 45 лет, здоров. Беременность, роды у матери без патологии. Раннее детское развитие в пределах возрастной нормы. Рос спокойным, жизнерадостным ребёнком. С двух лет проживает в г. Б. ДДУ посещал с 4-х лет, в школу пошёл с семи лет, учился хорошо. Окончил 10 классов, поступил в политехнический институт, кораблестроительный факультет, успешно закончил его. Последние 4 года работает преподавателем в автошколе. Был дважды женат, имеет двух детей.</p> <p>Анамнез заболевания: Впервые употребил алкоголь в 16 лет. С 26 лет употреблял алкоголь редко, до 1 раза в месяц, водки до 200 мл в сутки, пиво до 500 мл в сутки. В 28 лет стал употреблять алкоголь чаще, до 1 раза в неделю. С 35 лет усилилась тяга к употреблению алкоголя, мог выпивать до нескольких дней подряд, появились неприятные ощущения в виде общего дискомфорта, головокружения, которые купировались принятием новых доз алкоголя, употреблял преимущественно крепкий алкоголь, отмечалось увеличение дозы принятого алкоголя: до 500-1000 мл крепкого алкоголя в сутки, употреблял часто больше, чем планировал. В настоящее время употребляет крепкие алкогольные напитки: водка до 7-9 дней подряд, с перерывом от 1 до 2-х месяцев, эпизодически может выпивать шампанское до 200 мл в сутки на протяжении от одного двух дней. Прекращает пить из-за проблем с работой. В 38 лет обращался за помощью к наркологу, «подшивал эспераль», практически сразу продолжил употреблять алкоголь.</p> <p>Психический статус: Ориентирован в месте, времени верно. Из рта слабый запах алкоголя. Хочет перестать употреблять алкоголь, «проблем много, за здоровье своё беспокоюсь», страдает плохим самочувствием – головокружение, тошнота, сниженное настроение - после приёма алкоголя, говорит о приёме новых доз алкоголя, чтобы улучшить своё состояние. Во время опьянения «весёлый, нормальный». При разговоре об алкоголе иногда начинает смеяться, шутит на эту тему. Мышление обычного темпа. Обманы восприятия, идеи воздействия отрицает. Суицидальных мыслей, намерений нет.</p> |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |
| Э   | -      | Диагноз: Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия. Активное потребление   |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.   |
| P1  | -      | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии упущена или неверно оценены стадияалкогольной зависимости; неверно оценен ведущий синдром.  |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   |  |
| В  | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз.   |
| Э  | - | <p>Диагноз выставлен на основании анамнеза жизни (наследственная отягощённость – брат матери злоупотреблял алкоголем); анамнеза заболевания (употребление алкоголя стало носить навязчивый характер, появилась тяга, сформировался абстинентный синдром, отмечается рост толерантности к алкоголю, употребление алкоголя в виде псевдозапоев, наличие проблем с работой из-за употребления алкоголя) и настоящего психического статуса (описание симптомов абстиненции в виде головокружения, тошноты, сниженного настроения, изменений личности по алкогольному типу, состояния алкогольного опьянения)</p> <p>Средняя стадия выставлена на основании компульсивного употребления алкоголя, наличия абстинентного синдрома, употребления алкоголя по типу псевдозапоев, наличия изменений личности по алкогольному типу.</p> <p>Активное потребление определяется на основании состояния пациента, данных лабораторной диагностики.</p> |
| P2 | - | Диагноз обоснован верно.   |
| P1 | - | <p>Диагноз обоснован неполностью:<br/>отсутствует обоснование стадии заболевания, или ведущего синдрома.<br/>или<br/>Обоснование стадии заболевания, или ведущего синдрома дано неверно.</p>   |
| P0 | - | <p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.<br/>или<br/>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>   |
|    |   |  |
| В  | 3 | Какой дополнительный метод исследований Вы должны провести для подтверждения диагноза зависимости от алкоголя и что он выявляет?   |
| Э  | - | Для подтверждения диагноза необходимо провести количественное определение алкоголя в выдыхаемом воздухе, а также качественное определение алкоголя в моче.   |
| P2 | - | Выбран верный метод исследования.  |
| P1 | - | <p>Метод выбран верно, но неправильно указано, что он выявляет.<br/>Или<br/>Метод указан верно, но не указано, что он выявляет.</p>  |
| P0 | - | Метод указан неверно.  |
|    |   |  |
| В  | 4 | Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.  |
| Э  | - | В виду наличия абстинентного синдрома, выраженной тяги к употреблению алкоголя показано назначение антагонистов опиоидных рецепторов, ингибиторов алкогольдегидрогеназы, индивидуальной, групповой психотерапии.   |
| P2 | - | Выбрана верная группа препаратов – антагонисты опиоидных рецепторов, выбор правильно обоснован.  |
| P1 | - | Выбрана правильная группа средств, однако выбор не обоснован.  |

|     |        |  |
|-----|--------|--|
|     |        | или<br>Выбраны препараты с другим механизмом действия, обоснование выбора данной группы верное.  |
| P0  | -      | Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме антагонистов опиоидных рецепторов.   |
|     |        |  |
| B   | 5      | При применении рекомендованных антагонистов опиоидных рецепторов у пациента появились сонливость, тошнота, некоторая раздражительность. Обоснуйте Вашу тактику ведения.  |
| Э   | -      | В течение недели побочные эффекты должны пройти самостоятельно. В случае сохранения побочных эффектов необходимо принять решение о снижении дозы или пересмотре терапии.   |
| P2  | -      | Верно оценено состояние пациента, верно выбрана дальнейшая тактика ведения пациента.   |
| P1  | -      | Верно оценено состояние, однако выбор дальнейшей тактики не верен.<br>или<br>Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.  |
| P0  | -      | Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения пациента неверна.  |
|     |        |  |
| 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   | -      | <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>  |
| У   | -      | <p>Пациент М., 43 года.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность психопатологически отягощена: по линии отца один из дядей злоупотреблял алкоголем. Есть старшая сестра, 51 год, здорова. Родился в г. П. Беременность, роды у матери без патологии. Раннее детское развитие в пределах возрастной нормы. Рос активным, жизнерадостным ребёнком. ДДУ посещал с 3-х лет, в школу пошёл с семи лет, учился хорошо. Окончил 10 классов, переехал жить в г.Н, закончил политехнический институт. По специальности не работал. В течение 15 лет занимался игорным бизнесом. Последние 6 лет директор ночного клуба. Женат, от брака имеет дочь.</p> <p>Анамнез заболевания. Впервые попробовал алкоголь в 17 лет. С 19 лет употреблял алкоголь практически каждые выходные, крепкие алкогольные напитки до 200 мл в сутки, пиво до 1 литра в сутки. С 23 лет участилось употребление алкоголя до нескольких дней подряд, но мог отказаться по желанию от употребления алкоголя, с 35 лет выраженная, трудно преодолимая тяга к алкоголю, употреблял крепкий и слабый алкоголь, отмечался рост толерантности: до 400-600 мл крепкого алкоголя в сутки, употреблял часто больше, чем планировал. Алкогольный абстинентный синдром</p> |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>с 37 лет, последние 6 месяцев появились физические симптомы абстиненции в виде головной боли, сердцебиения, потливости, тремора, которые купируется приёмом алкоголя. В настоящее время употребляет крепкие алкогольные напитки: виски, водка, коньяк до 3-х-4х дней подряд, с перерывом от 3-х до 5-х дней. Прекращает пить из-за проблем на работе, конфликтов с женой. Впервые обращался за помощью к наркологу в 39 лет, лечился путём «кодирования», после этого не употреблял алкоголь в течение года. После четырёхдневного запоя в течение двух суток больной не спал, появился вначале безотчетный страх, затем вечером при закрытых глазах видел какие-то страшные морды животных. Ночью вдруг увидел рядом с кроватью “черного человека”, по полу бегали маленькие страшные люди, чудовища. Критики к своему состоянию нет. Все тело дрожит, тахикардия. Был госпитализирован в наркологический стационар</p> <p>Психический статус: Встревожен, напряжён, Ориентирован в собственной личности верно. Говорит, что находится на корабле, «отправился в плавание на ледоколе». Настроение немного снижено. Контакт доступен, на вопросы отвечает не всегда по существу. Боится, что начнётся шторм и все погибнут. Критика к своему состоянию отсутствует.</p> |
|    |   |   |
|    |   |   |
| В  | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э  | - | Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия. Абстинентное состояние . Делириозное помрачение сознания.  |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно.  |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии упущена или неверно оценены стадия или алкогольный психоз; неверно оценен ведущий синдром.   |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
|    |   |   |
| В  | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз.  |
| Э  | - | <p>Диагноз выставлен на основании анамнеза жизни (наследственностьотягощена злоупотреблением алкоголя со стороны братьев отца); анамнеза заболевания (употребление алкоголя стало носить навязчивый характер, появилась тяга, сформировался абстинентный синдром, отмечается рост толерантности к алкоголю, употребление алкоголя в виде псевдозапоев, наличие проблем с работой из-за употребления алкоголя) и настоящего психического статуса (наличие зрительных обманов восприятия фантастического содержания, нарушении ориентировки в месте, времени).</p> <p>Средняя стадия выставлена на основании компульсивного употребления алкоголя, наличия абстинентного синдрома, употребления алкоголя по типу псевдозапоев, наличия изменений личности по алкогольному типу.</p> <p>Абстинентное состояние определяется на основании жалоб пациента на тремор, тахикардию.</p> <p>Делириозное помрачение сознания выставлено на основании ведущих в психическом статусе зрительных обманов восприятия, нарушения ориентировки.</p>   |

|    |   |   |
|----|---|---|
| P2 | - | Диагноз обоснован верно.  |
| P1 | - | Диагноз обоснован неполностью:<br>отсутствует обоснование стадии заболевания, или ведущего синдрома.<br>или<br>Обоснование стадии заболевания или ведущего синдрома дано неверно. |
| P0 | - | Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.<br>или<br>Диагноз обоснован полностью неверно.   |
|    |   |   |
| B  | 3 | Какой дополнительный метод исследований должны провести для определения тактики лечения и что он выявляет?  |
| Э  | - | Для определения тактики лечения необходимо определить содержание в крови основных электролитов с целью выявления метаболического ацидоза или алкалоза                             |
| P2 | - | Выбран верный метод исследования.   |
| P1 | - | Метод выбран верно, но неправильно указано, что он выявляет.<br>Или<br>Метод указан верно, но не указано, что он выявляет.  |
| P0 | - | Метод указан неверно.   |
|    |   |   |
| B  | 4 | Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.   |
| Э  | - | В виду остроты состояния предпочтительным является назначение режима усиленного наблюдения, дезинтоксикационная терапия, транквилизаторы (диазепам, феназепам).                   |
| P2 | - | Выбрана верная группа психотропных средств – транквилизаторы, выбор правильно обоснован.  |
| P1 | - | Выбрана правильная группы психотропных средств, однако выбор не обоснован.<br>или<br>Выбраны другие препараты, обоснование выбора данной группы верное.                           |
| P0 | - | Ответ неверный: названы любые другие группы психотропных лекарственных препаратов, кроме транквилизаторов.  |
|    |   |   |
| B  | 5 | При применении рекомендованных транквилизаторов у пациента появились смазанность речи, повышенная сонливость, нарушение координации. Обоснуйте Вашу тактику ведения.              |
| Э  | - | В статусе пациента появились проявления терапии транквилизаторами. Показано назначение нейропротективной, антиоксидантной терапии (глатилин, цераксон, мексидол).                 |
| P2 | - | Верно оценено состояние пациента, верно выбрана дальнейшая тактика ведения пациента.  |
| P1 | - | Верно оценено состояние, однако выбор дальнейшей тактики не верен.<br>или<br>Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.               |
| P0 | - | Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения   |



|  |  |                   |
|--|--|-------------------|
|  |  | пациента неверна. |
|--|--|-------------------|

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Пациент 40 лет, злоупотребляющий алкоголем (отмечаются запои, высокая толерантность, употребляет алкоголь по утрам), прооперирован по поводу прободной язвы желудка на фоне 4-х дневного употребления спиртного. После выхода из наркоза в отделении реанимации пациент ведет себя очень тревожно, суетливо. «Ловит» в складках белья несуществующих насекомых, «вытягивает» что-то изо рта. При попытке побеседовать выясняется, что пациент дезориентирован в месте и времени, но правильно называет свое имя и возраст.  |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э   | -      | длительно помрачение сознания   |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.  |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.  |
| В   | 2      | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э   | -      | <ul style="list-style-type: none"> <li>— проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (осмотический диуретик манитол в\в; дексаметазон 8-16 мг\сут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гипервентиляции);</li> <li>— фуросемид применять не рекомендуется так как он при отеке мозга малоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения</li> <li>— гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны, так как они проникают через гематоэнцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга</li> <li>— введение тиамин (в\в) в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м</li> </ul> |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования): применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее <math>\frac{2}{3}</math> всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др.</li> <li>— дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков.</li> <li>— необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит)</li> <li>— раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более <math>\frac{1}{3}</math> объема инфузии</li> </ul>  |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
|    |   |   |
| B  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| O  | - | <ul style="list-style-type: none"> <li>— применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.</li> <li>— пиридоксин («B6») 2.0 – 4.0 в\м – отдельно с «B1», не ранее чем через несколько часов после «B1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - «B1»-утром, «B6» – вечером)</li> <li>— аскорбиновая кислота («C») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0</li> <li>— для дополнительной седации можно применять фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м).</li> <li>— 2,4% раствор эуфиллина по 5,0 до 3–4 раз в сутки, кавинтон 0,5% раствор 2,0 на 500 мл физиологического раствора в виде капельной инфузии до 3 раз в день, а также циннаризин внутрь по 25 мг 2–3 раза в день и др.</li> <li>— трентал 2% раствор 5,0 на 250–500 мл физиологического раствора для медленного внутривенного введения до 2–3 раз в сутки</li> <li>— ведется активная дезинтоксикационная терапия, в том числе с применением методов экстракорпоральной детоксикации - плазмаферез. Для подготовки больного к операции плазмафереза необходимо провести следующие исследования: общий анализ крови,</li> </ul> |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>определение общего белка плазмы, мочевины, креатинина, АЛАТ, глюкозы, билирубина и его фракций, натрия и калия плазмы крови, гематокрита, времени свертывания крови, артериального и центрального венозного давления. При необходимости производят катетеризацию подключичной вены. Перед операцией целесообразно перелить больному 1–1,5 л реологических активных и электролитных растворов для улучшения вязкостных характеристик крови и уменьшения нарушений периферического кровообращения. Это позволяет вывести из тканевых депо токсины, балластные вещества и ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы).</p> <p>— Непосредственно перед забором крови больному вводят 5000 ЕД гепарина на 400 мл физиологического раствора. Забор крови осуществляют при помощи насоса в объеме от 300 до 500 мл в одноразовый стерильный контейнер. Затем контейнер с кровью помещают в центрифугу, где кровь разделяется на клеточную массу и плазму. Плазму вместе с содержащимися в ней токсинами удаляют, а клеточную фракцию возвращают больному. Существуют дискретный и непрерывный методы плазмафереза. Под непрерывным понимается одномоментный забор 500 мл крови; при необходимости процедуру можно повторить через 2–3 сут. При дискретном методе 2–3 раза в течение суток забирают небольшое количество крови (200–300 мл). Общее количество забираемой крови не должно превышать 1 л.</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Пациент 23-х лет осмотрен врачом неотложной помощи на дому в связи с ухудшением состояния. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, боли в животе с однократным жидким стулом, боли в области коленных суставов, просит о назначении «сильного обезболивающего». Объективно при осмотре пациент выглядит тревожным, напряженным, суетливым, отмечается тахикардия 104 в минуту, АД=160/95 мм.рт.ст., выражены пилomotorные реакции, |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | гипергидроз, заложенность носа и ринорея. Зрачки симметричные, значительно расширены, на свет реагируют слабо. На коже верхних и нижних конечностей в области проекции подкожных вен множественные рубцы и следы от инъекций различной давности.   |
| В  | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |
| Э  | - | Абстинентный синдром при опиийной наркомании.  |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно.   |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.  |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно.   |
| В  | 2 | Определите тактику неотложной помощи   |
| Э  | - | 1. Облегчение болевого синдрома и снятие возбуждения: введение 1-2мл морфина; введение нейролептиков – аминазина (1-2 мл 2,5% раствора) с новокаином (2мл 0,5% раствора) внутримышечно с предварительным введением аналептика кордиамина (2мл) для профилактики коллапса. Госпитализация в психиатрический стационар.  |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.   |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.  |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.   |
| В  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).  |
| О  | - | 2. Цели терапии: дезинтоксикация, купирование вегетативных, соматических, неврологических и психических расстройств, поддержание жизненно важных функций.<br>Назначается трамал 400-800мг/сут 6-10 дней внутримышечно или внутрь или триапридал 300-600 мг/сут 6-10 дней внутримышечно или внутрь; клофелин 0,3-0,45мг/сут 6-10 дней.<br>Инфузионная терапия проводится с целью дезинтоксикации, коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови. Назначается в объеме 20-40 мл/кг под контролем ЦВД, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза.<br>— восполнение водных потерь: 5% раствор глюкозы и изотонического раствора хлорида натрия (в среднем до 1л)<br>— восполнение электролитных потерь: 1% раствор хлорида калия (максимально за 24ч не более 150мл), 10-20мл 25% раствора сернокислой магнeзии и 10% раствора хлорида кальция<br>— коррекция КЩС: при метаболическом ацидозе 50-100мл (до 1000мл в сутки) 4% раствора гидрокарбоната натрия внутривенно, при метаболическом алкалозе 1% раствор хлорида калия не более 50мл в сутки |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>— для улучшения реологических свойств крови введение высокомолекулярных растворов (реополиглюкин, реомакродекс)</p> <p>Психофармакотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Транквилизаторы для снижения чувства тревоги, страха, аффективного напряжения, оказания вегетостабилизирующего эффекта: диазепам 0,5% 2-4мл внутримышечно.</li> <li>— Снотворные: фенobarбитал 0,1-0,2г на ночь при недостаточности транквилизаторов в плане коррекции инсомнических расстройств.</li> <li>— Нейролептики с осторожностью (опасность лекарственной интоксикации и психотических расстройств) при наличии выраженного влечения к ПАВ, некупирующегося транквилизаторами психомоторного возбуждения: галоперидол 0,5% 5-10мг (1-2мл) или аминазин 2,5% 50мг (2мл) внутривенно медленно вместе с кордиамином</li> <li>— Антидепрессанты для предупреждения и купирования аффективных нарушений депрессивного круга: людимила 75-125мг в сутки перорально.</li> <li>— Препараты с вегетостабилизирующим действием при выраженных вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03, СД до 0,09.</li> </ul> <p>Симптоматическая терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— При депрессии дыхательного центра: аналептики (2мл 10% раствора сульфокамфокаина или раствор кордиамина подкожно, внутримышечно или внутривенно медленно), 1мл 20% раствора кофеина подкожно.</li> <li>— При признаках сердечной недостаточности – сердечные гликозиды: 0,06% раствор коргликона 1мл внутривенно. При снижении АД 1мл 20% раствора кофеина подкожно. При тенденции к повышению АД 10-20мл 20% раствора сернокислой магнезии внутривенно медленно, 2-4мл раствора папаверина внутривенно или внутримышечно.</li> <li>— При необходимости – стимуляция диуреза: лазикс 20-40мг/сут.</li> <li>— Ноотропы: пирацетам 20% 20-60мл внутривенно медленно или капельно.</li> <li>— Для улучшения обменных процессов в миокарде, паренхиматозных органах – рибоксин 2% 5-10мл внутривенно капельно, АТФ 1% 1-2мл внутримышечно.</li> <li>— Аминокислоты: глутаминовая кислота курсом до 10 дней 3г/сут, метионин до 10 дней 4-6г/сут,</li> </ul> |
|--|--|---|

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | глицин 6-7 дней 0,6-0,7 г/сут сублингвально.<br>Витаминотерапия: витамины группы В и С – тиамин хлорид 5% 2-4мл внутримышечно или внутривенно капельно, пиридоксин гидрохлорид 5% 5-8мл внутримышечно или внутривенно капельно, никотиновая кислота 0,1% 1-2мл внутримышечно, аскорбиновая кислота 5% 5-10мл внутримышечно или в/в капельно. Парентерально витамины назначаются на первые несколько суток, затем поливитаминные препараты перорально курсом 2-3 недели. |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Пациент 43-х лет, в течение многих лет злоупотребляющий алкоголем, поступил в хирургическое отделение после двухнедельного запоя в связи с обострением хронического панкреатита. На вторые сутки пребывания в отделении у больного развилось двигательное возбуждение - был сильно испуган, разговаривал без собеседника, бегал по отделению и от кого-то пытался спрятаться. Силами медперсонала был привязан к кровати и было введено внутримышечно 4 мл р-ра димедрола. Через четыре часа осмотрен дежурным врачом. При осмотре: пациент лежит в кровати, совершает медленные движения руками как будто что-то с себя снимает, «курит» несуществующие сигареты, «вытягивает» несуществующие нитки изо рта, собирает простыню в складки. На обращенную речь практически не реагирует. |
|     |        |   |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э   | -      | делириозное помрачение сознания   |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.  |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.  |
|     |        |   |
| В   | 2      | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э   | -      | Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии<br>— проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (осмотический диуретик манитол в\в;  |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <p>дексаметазон 8-16 мг\сут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гипервентиляции);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— фуросемид применять не рекомендуется так как он при отеке мозга малоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения</li> <li>— гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны, так как они проникают через гематоэнцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга</li> <li>— введение тиамин («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м</li> <li>— дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования): применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее 2\3 всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др.</li> <li>— дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков.</li> <li>— необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит)</li> <li>— раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более 1\3 объемаинфузии</li> </ul> |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.   |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.  |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.   |
|    |   |  |
| B  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).  |
| O  | - | <ul style="list-style-type: none"> <li>— применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.</li> <li>— пиридоксин («В6») 2.0 – 4.0 в\м – отдельно с «В1», не ранее чем через несколько часов после «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - «В1»-утром, «В6» – вечером)</li> <li>— аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0</li> <li>— для дополнительной седации можно применять</li> </ul>   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <p>фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м).</p> <p>— 2,4% раствор эуфиллина по 5,0 до 3–4 раз в сутки, кавинтон 0,5% раствор 2,0 на 500 мл физиологического раствора в виде капельной инфузии до 3 раз в день, а также циннаризин внутрь по 25 мг 2–3 раза в день и др.</p> <p>— трентал 2% раствор 5,0 на 250–500 мл физиологического раствора для медленного внутривенного введения до 2–3 раз в сутки</p> <p>— ведется активная дезинтоксикационная терапия, в том числе с применением методов экстракорпоральной детоксикации - плазмаферез. Для подготовки больного к операции плазмафереза необходимо провести следующие исследования: общий анализ крови, определение общего белка плазмы, мочевины, креатинина, АЛАТ, глюкозы, билирубина и его фракций, натрия и калия плазмы крови, гематокрита, времени свертывания крови, артериального и центрального венозного давления. При необходимости производят катетеризацию подключичной вены. Перед операцией целесообразно перелить больному 1–1,5 л реологических активных и электролитных растворов для улучшения вязкостных характеристик крови и уменьшения нарушений периферического кровообращения. Это позволяет вывести из тканевых депо токсины, балластные вещества и ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы).</p> <p>— Непосредственно перед забором крови больному вводят 5000 ЕД гепарина на 400 мл физиологического раствора. Забор крови осуществляют при помощи насоса в объеме от 300 до 500 мл в одноразовый стерильный контейнер. Затем контейнер с кровью помещают в центрифугу, где кровь разделяется на клеточную массу и плазму. Плазму вместе с содержащимися в ней токсинами удаляют, а клеточную фракцию возвращают больному. Существуют дискретный и непрерывный методы плазмафереза. Под непрерывным понимается одномоментный забор 500 мл крови; при необходимости процедуру можно повторить через 2–3 сут. При дискретном методе 2–3 раза в течение суток забирают небольшое количество крови (200–300 мл). Общее количество забираемой крови не должно превышать 1 л.</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.   |
| P1 | - | Ответ частично верен.  |
| P0 | - | Ответ дан не верно.  |
|    |   |  |



| 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>  |
| У   | -      | Пациент 52-х лет, длительное время злоупотребляющий алкоголем, поступил в терапевтическое отделение после трёхнедельного запоя в связи с развитием пневмонии. В отделении врач-терапевт с целью дезинтоксикации назначил капельное введение 5% р-ра глюкозы в объеме 800 мл. После введения раствора состояние пациента стало ухудшаться - больной стал заторможенным, перестал понимать, где находится, появились грубые нарушения координации движений, выраженный нистагм и нарушения подвижности глазных яблок. При осмотре неврологом через 40 минут пациент лежит в кровати, что-то тихо бормочет, совершает медленные движения руками (как будто что-то с себя снимает, собирает белье в складки), на обращенную речь практически не реагирует. Выявляется выраженный нистагм, птоз, резко снижена реакция зрачков на свет. Отмечаются хореоформные гиперкинезы и симптомы орального автоматизма. |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |
| Э   | -      | делириозное помрачение сознания – мусситирующий делирий  |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.   |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.  |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.   |
| В   | 2      | Определите тактику неотложной помощи   |
| Э   | -      | <p>Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (осмотический диуретик манитол в\в; дексаметазон 8-16 мг\сут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гипервентиляции);</li> <li>— фуросемид применять не рекомендуется так как он при отеке мозга малоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения</li> <li>— гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны, так как они проникают через гемато-энцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга</li> <li>— введение тиамина («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с</li> </ul>  |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования): применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее 2\3 всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др.</li> <li>— дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков.</li> <li>— необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит)</li> <li>— раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более 1\3 объема инфузии</li> </ul>  |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
|    |   |   |
| В  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| О  | - | <ul style="list-style-type: none"> <li>— применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.</li> <li>— пиридоксин («В6») 2.0 – 4.0 в\м – отдельно с «В1», не ранее чем через несколько часов после «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - «В1»-утром, «В6» – вечером)</li> <li>— аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0</li> <li>— для дополнительной седации можно применять фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м).</li> <li>— 2,4% раствор эуфиллина по 5,0 до 3–4 раз в сутки, кавинтон 0,5% раствор 2,0 на 500 мл физиологического раствора в виде капельной инфузии до 3 раз в день, а также циннаризин внутрь по 25 мг 2–3 раза в день и др.</li> <li>— трентал 2% раствор 5,0 на 250–500 мл физиологического раствора для медленного внутривенного введения до 2–3 раз в сутки</li> <li>— ведется активная дезинтоксикационная терапия, в том числе с применением методов экстракорпоральной детоксикации - плазмаферез. Для подготовки больного</li> </ul> |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>к операции плазмафереза необходимо провести следующие исследования: общий анализ крови, определение общего белка плазмы, мочевины, креатинина, АЛАТ, глюкозы, билирубина и его фракций, натрия и калия плазмы крови, гематокрита, времени свертывания крови, артериального и центрального венозного давления. При необходимости производят катетеризацию подключичной вены. Перед операцией целесообразно перелить больному 1–1,5 л реологических активных и электролитных растворов для улучшения вязкостных характеристик крови и уменьшения нарушений периферического кровообращения. Это позволяет вывести из тканевых депо токсины, балластные вещества и ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы).</p> <p>— Непосредственно перед забором крови больному вводят 5000 ЕД гепарина на 400 мл физиологического раствора. Забор крови осуществляют при помощи насоса в объеме от 300 до 500 мл в одноразовый стерильный контейнер. Затем контейнер с кровью помещают в центрифугу, где кровь разделяется на клеточную массу и плазму. Плазму вместе с содержащимися в ней токсинами удаляют, а клеточную фракцию возвращают больному. Существуют дискретный и непрерывный методы плазмафереза. Под непрерывным понимается одномоментный забор 500 мл крови; при необходимости процедуру можно повторить через 2–3 сут. При дискретном методе 2–3 раза в течение суток забирают небольшое количество крови (200–300 мл). Общее количество забираемой крови не должно превышать 1 л.</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Больной алкоголизмом перенес судорожный припадок на фоне абстинентного синдрома, осмотрен врачом через несколько минут после окончания припадка. При осмотре выглядит заторможенным, рассеянным, отвечает только на простые вопросы, заданные громким |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | голосом. Подобное состояние продолжалось пять минут. В дальнейшем пациент в сознании, отмечается выраженный тремор рук и туловища, тахикардия, гипергидроз, жалуется на сильную тревогу.  |
| В  | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э  | - | Абстинентный синдром при алкоголизме. Судорожный припадок.  |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно.  |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
| В  | 2 | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э  | - | Дезинтоксикационная терапия: глюкоза 20мл 40% раствора + аскорбиновая кислота 1мл 5% раствора, тиамин хлорид 1мл 5% раствора внутривенно. Дегидратация: магния сульфат 10мл 25% раствора внутримышечно. Седативные средства: валериана, ландыш, натрия бромид в микстуре 25 капель. Транквилизатор диазепам (седуксен) 2мл 0,5% раствора внутримышечно.   |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
| В  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| О  | - | <p>1. Цели терапии: дезинтоксикация, купирование вегетативных, соматических, неврологических и психических расстройств, поддержание жизненно важных функций.</p> <p>Специфическая терапия: метадоксил 600мг/сут внутривенно в течение 3 дней, в дальнейшем 1000мг/сут в таблетках. Курс лечения 5-14 дней.</p> <p>Инфузионная терапия проводится с целью дезинтоксикации, коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови. Назначается в объеме 20-40 мл/кг под контролем ЦВД, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— восполнение водных потерь: 5% раствор глюкозы и изотонического раствора хлорида натрия (в среднем до 1л)</li> <li>— восполнение электролитных потерь: 1% раствор хлорида калия (максимально за 24ч не более 150мл), 10-20мл 25% раствора сернокислой магнзии и 10% раствора хлорида кальция</li> <li>— коррекция КЩС: при метаболическом ацидозе 50-100мл (до 1000мл в сутки) 4% раствора гидрокарбоната натрия внутривенно, при метаболическом алкалозе 1% раствор хлорида калия не более 50мл в сутки</li> </ul> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>— для улучшения реологических свойств крови введение высокомолекулярных растворов (реополиглюкин, реомакродекс)</p> <p>Психофармакотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Транквилизаторы для снижения чувства тревоги, страха, аффективного напряжения, оказания вегетостабилизирующего эффекта: диазепам 0,5% 2-4мл внутримышечно.</li> <li>— Снотворные: фенобарбитал 0,1-0,2г на ночь при недостаточности транквилизаторов в плане коррекции инсомнических расстройств.</li> <li>— Нейролептики с осторожностью (опасность лекарственной интоксикации и психотических расстройств) при наличии выраженного влечения к ПАВ, некупирующегося транквилизаторами психомоторного возбуждения: галоперидол 0,5% 5-10мг (1-2мл) или аминазин 2,5% 50мг (2мл) внутривенно медленно вместе с кордиамином</li> <li>— Антидепрессанты для предупреждения и купирования аффективных нарушений депрессивного круга: людимиол 75-125мг в сутки перорально.</li> <li>— Препараты с вегетостабилизирующим действием при выраженных вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03, СД до 0,09.</li> </ul> <p>Симптоматическая терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Противосудорожные препараты для профилактики судорожных припадков: карбамазепин в суточной дозе до 1,2г.</li> <li>— При депрессии дыхательного центра: аналептики (2мл 10% раствора сульфокамфокаина или раствор кордиамина подкожно, внутримышечно или внутривенно медленно), 1мл 20% раствора кофеина подкожно.</li> <li>— При признаках сердечной недостаточности – сердечные гликозиды: 0,06% раствор коргликона 1мл внутривенно. При снижении АД 1мл 20% раствора кофеина подкожно. При тенденции к повышению АД 10-20мл 20% раствора сернокислой магнезии внутривенно медленно, 2-4мл раствора папаверина внутривенно или внутримышечно.</li> <li>— При необходимости – стимуляция диуреза: лазикс 20-40мг/сут.</li> <li>— Ноотропы: пирацетам 20% 20-60мл внутривенно медленно или капельно.</li> <li>— Для улучшения обменных процессов в миокарде, паренхиматозных органах – рибоксин 2% 5-10мл внутривенно капельно, АТФ 1% 1-2мл</li> </ul> |
|--|--|--|

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>внутримышечно.</p> <p>— Аминокислоты: глутаминовая кислота курсом до 10 дней 3г/сут, метионин до 10 дней 4-6г/сут, глицин 6-7 дней 0,6-0,7 г/сут сублингвально.</p> <p>Витаминотерапия: витамины группы В и С – тиамин хлорид 5% 2-4мл внутримышечно или внутривенно капельно, пиридоксин гидрохлорид 5% 5-8мл внутримышечно или внутривенно капельно, никотиновая кислота 0,1% 1-2мл внутримышечно, аскорбиновая кислота 5% 5-10мл внутримышечно или в/в капельно. Парентерально витамины назначаются на первые несколько суток, затем поливитаминные препараты перорально курсом 2-3 недели.</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Мужчина 37 лет доставлен в травматологическое отделение в связи с вывихом плеча в состоянии алкогольного опьянения. Проведено вправление вывиха с применением внутривенного наркоза и миорелаксантов в условиях перевязочной. После выхода из наркоза пациент крайне тревожен, возбуждён, оттолкнув врача и медсестру бежит по отделению, громко сам с собой разговаривает, отмахивается от чего-то, подбегает к окну и пытается его открыть. |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э   | -      | делириозное помрачение сознания   |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.  |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.  |
|     |        |   |
| В   | 2      | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э   | -      | — применение транквилизаторов в/м (S.Diazepam 0.5% - 2.0 или S.Phenazepam 0.1% - 1.0-2.0). В случае необходимости возможно повторное введение транквилизаторов в тех же дозах до достижения необходимого эффекта, но не ранее чем через час после первого введения. При возможности предпочтительно   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <p>применение оксибутирата натрия, обладающего антигипоксическими свойствами и непродолжительным эффектом, что позволяет лучше отслеживать состояние больного и снижает вероятность избыточной дозировки. Оксибутират натрия применяется в\в струйно дробно или в виде медленной в\в инфузии на физиологическом растворе (в условиях реанимационного отделения).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (осмотический диуретик манитол в\в; дексаметазон 8-16 мг\сут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гипервентиляции);</li> <li>— фуросемид применять не рекомендуется так как он при отеке мозга малоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения</li> <li>— гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны, так как они проникают через гемато-энцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга</li> <li>— введение тиамин («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м</li> <li>— дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования): применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее 2\3 всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др.</li> <li>— дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков.</li> <li>— необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит)</li> <li>— раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более 1\3 объема инфузии</li> </ul> |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.   |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.  |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.   |
|    |   |  |
| B  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).  |

|    |   |   |
|----|---|---|
| О  | - | <ul style="list-style-type: none"> <li>— применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.</li> <li>— пиридоксин («В6») 2.0 – 4.0 в\м – отдельно с «В1», не ранее чем через несколько часов после «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - «В1»-утром, «В6» – вечером)</li> <li>— аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0</li> <li>— для дополнительной седации можно применять фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м).</li> <li>— 2,4% раствор эуфиллина по 5,0 до 3–4 раз в сутки, кавинтон 0,5% раствор 2,0 на 500 мл физиологического раствора в виде капельной инфузии до 3 раз в день, а также циннаризин внутрь по 25 мг 2–3 раза в день и др.</li> <li>— трентал 2% раствор 5,0 на 250–500 мл физиологического раствора для медленного внутривенного введения до 2–3 раз в сутки</li> </ul> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Пациентка 67 лет прооперирована в связи с острым холециститом. После выхода из наркоза обращает на себя внимание неадекватное поведение больной. Что-то бормочет без собеседника, в складках белья ищет несуществующих насекомых, вытягивает изо рта несуществующие нитки. При привлечении внимания удается узнать, что пациентка может назвать свое имя и возраст, но не понимает, где находится |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э   | -      | делириозное помрачение сознания – мусситирующий делирий   |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.  |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |



|    |   |   |
|----|---|---|
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
|    |   |   |
| B  | 2 | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э  | - | <p>Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (осмотический диуретик манитол в\в; дексаметазон 8-16 мг\сут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гипервентиляции);</li> <li>— фуросемид применять не рекомендуется так как он при отеке мозга малоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения</li> <li>— гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны, так как они проникают через гематоэнцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга</li> <li>— введение тиамина («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м</li> <li>— дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования): применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее 2\3 всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др.</li> <li>— дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков.</li> <li>— необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит)</li> <li>— раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более 1\3 объема инфузии</li> </ul> |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
|    |   |   |
| B  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| О  | - | <ul style="list-style-type: none"> <li>— применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.</li> <li>— пиридоксин («В6») 2.0 – 4.0 в\м – отдельно с «В1», не ранее чем через несколько часов после «В1», с</li> </ul>  |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - «В1»-утром, «В6» – вечером)</p> <p>— аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0</p> <p>— для дополнительной седации можно применять фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м).</p> <p>— 2,4% раствор эуфиллина по 5,0 до 3–4 раз в сутки, кавинтон 0,5% раствор 2,0 на 500 мл физиологического раствора в виде капельной инфузии до 3 раз в день, а также циннаризин внутрь по 25 мг 2–3 раза в день и др.</p> <p>— трентал 2% раствор 5,0 на 250–500 мл физиологического раствора для медленного внутривенного введения до 2–3 раз в сутки</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>  |
| У   | -      | <p>Пациент 22-х лет доставлен бригадой скорой помощи в многопрофильную больницу с диагнозом «острый живот». При осмотре хирургом в приемном покое выглядит беспокойным, тревожным, самостоятельно встал с каталки и ходит по коридору, двигательльно возбужден. Объективно при пальпации живот мягкий во всех отделах, перитонеальных симптомов нет, но пациент сообщает, что «болит весь живот», демонстративно стонет во время обследования. Просит о назначении «сильного обезболивающего». При измерении АД врач замечает следы от инъекций различной давности в области локтевых сгибов и кистей пациента. Во время осмотра также выявляется симметричное расширение зрачков, которые слабо реагируют на свет, заложенность носа с ринореей и выраженные пиломоторные реакции</p> |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |
| Э   | -      | Абстинентный синдром при опийной наркомании  |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.   |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть  |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | депрессивного синдрома.   |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
|    |   |   |
| B  | 2 | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э  | - | Облегчение болевого синдрома и снятие возбуждения: введение 1-2мл морфина; введение нейролептиков – аминазина (1-2 мл 2,5% раствора) с новокаином (2мл 0,5% раствора) внутримышечно с предварительным введением аналептика кордиамина   |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
|    |   |   |
| B  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| O  | - | <p>1. Цели терапии: дезинтоксикация, купирование вегетативных, соматических, неврологических и психических расстройств, поддержание жизненно важных функций.</p> <p>Назначается трамал 400-800мг/сут 6-10 дней внутримышечно или внутрь или триапридал 300-600 мг/сут 6-10 дней внутримышечно или внутрь; клофелин 0,3-0,45мг/сут 6-10 дней.</p> <p>Инфузионная терапия проводится с целью дезинтоксикации, коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови. Назначается в объеме 20-40 мл/кг под контролем ЦВД, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— восполнение водных потерь: 5% раствор глюкозы и изотонического раствора хлорида натрия (в среднем до 1л)</li> <li>— восполнение электролитных потерь: 1% раствор хлорида калия (максимально за 24ч не более 150мл), 10-20мл 25% раствора сернокислой магнелии и 10% раствора хлорида кальция</li> <li>— коррекция КЩС: при метаболическом ацидозе 50-100мл (до 1000мл в сутки) 4% раствора гидрокарбоната натрия внутривенно, при метаболическом алкалозе 1% раствор хлорида калия не более 50мл в сутки</li> <li>— для улучшения реологических свойств крови введение высокомолекулярных растворов (реополиглюкин, реомакродекс)</li> </ul> <p>Психофармакотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Транквилизаторы для снижения чувства тревоги, страха, аффективного напряжения, оказания вегетостабилизирующего эффекта: диазепам 0,5% 2-4мл внутримышечно.</li> <li>— Снотворные: фенобарбитал 0,1-0,2г на ночь при недостаточности транквилизаторов в плане коррекции инсомнических расстройств.</li> <li>— Нейролептики с осторожностью (опасность лекарственной интоксикации и психотических</li> </ul> |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <p>расстройств) при наличии выраженного влечения к ПАВ, некупирующегося транквилизаторами психомоторного возбуждения: галоперидол 0,5% 5-10мг (1-2мл) или аминазин 2,5% 50мг (2мл) внутривенно медленно вместе с кордиамином</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Антидепрессанты для предупреждения и купирования аффективных нарушений депрессивного круга: людиомил 75-125мг в сутки перорально.</li> <li>— Препараты с вегетостабилизирующим действием при выраженных вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03, СД до 0,09.</li> </ul> <p>Симптоматическая терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— При депрессии дыхательного центра: аналептики (2мл 10% раствора сульфокамфокаина или раствор кордиамина подкожно, внутримышечно или внутривенно медленно), 1мл 20% раствора кофеина подкожно.</li> <li>— При признаках сердечной недостаточности – сердечные гликозиды: 0,06% раствор коргликона 1мл внутривенно. При снижении АД 1мл 20% раствора кофеина подкожно. При тенденции к повышению АД 10-20мл 20% раствора сернокислой магнезии внутривенно медленно, 2-4мл раствора папаверина внутривенно или внутримышечно.</li> <li>— При необходимости – стимуляция диуреза: лазикс 20-40мг/сут.</li> <li>— Ноотропы: пирацетам 20% 20-60мл внутривенно медленно или капельно.</li> <li>— Для улучшения обменных процессов в миокарде, паренхиматозных органах – рибоксин 2% 5-10мл внутривенно капельно, АТФ 1% 1-2мл внутримышечно.</li> <li>— Аминокислоты: глутаминовая кислота курсом до 10 дней 3г/сут, метионин до 10 дней 4-6г/сут, глицин 6-7 дней 0,6-0,7 г/сут сублингвально.</li> </ul> <p>Витаминотерапия: витамины группы В и С – тиамин хлорид 5% 2-4мл внутримышечно или внутривенно капельно, пиридоксин гидрохлорид 5% 5-8мл внутримышечно или внутривенно капельно, никотиновая кислота 0,1% 1-2мл внутримышечно, аскорбиновая кислота 5% 5-10мл внутримышечно или в/в капельно. Парентерально витамины назначаются на первые несколько суток, затем поливитаминные препараты перорально курсом 2-3 недели.</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.   |
| P1 | - | Ответ частично верен.  |
| P0 | - | Ответ дан не верно.  |
|    |   |  |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Молодая пациентка доставлена бригадой скорой помощи в соматический стационар с подозрением на субарахноидальное кровоизлияние. При осмотре речевому контакту не доступна, лежит на боку, прижав руки к груди, ноги притянуты к животу. При обследовании выявляется выраженное диффузное повышение мышечного тонуса, оказывает сопротивление при попытке разогнуть руки и ноги. Глаза закрыты, зубы плотно сжаты. На болевые раздражители не реагирует. Двигательной активности не проявляет.  |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э   | -      | 1. кататонический синдром, люцидная кататония, негативистический ступор.  |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.  |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.  |
| В   | 2      | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э   | -      | 2. В условиях стационара благодаря барбамил-кофеиновому растормаживанию удастся выявить особенности переживаний больного и тем самым определить характер ступора. Оно же служит методом лечения и помогает при упорном отказе от пищи. В начале вводят 1-2 мл 20% раствора кофеина, а через 3-5 мин внутривенно медленно 5-10 мл 510% раствора барбамила, контролируя состояние больного, и при первых признаках растормаживания прекращают вливание, чтобы не превысить индивидуальную для этого больного растормаживающую дозу и не вызвать обычный сон. Прекращают введение барбамила в тот момент, когда больной откроет глаза или когда начнут проявляться мимические, двигательные или вегетативные (в виде побледнения либо покраснения лица, потливости и пр.) реакции при этом надо всячески стимулировать растормаживание больного: обращаться к нему с вопросами, тормошить, слегка похлопывать по щеке и т.п. |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   |   |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
|    |   |   |
| В  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| О  | - | 3. Обязательно необходима госпитализация в психиатрический стационар. В условиях психиатрического стационара кататонический ступор лечат внутримышечным введением френолона в дозе 5-15 мг/сут, при люцидном ступоре назначают мажептил внутрь до 60 мг/сут; эффективны также барбамил-кофеиновые растормаживания. Эффективен также психостимулятор сиднокарб до 30-50 мг/сут внутрь. Пациенту необходим интенсивный медсестринский уход и регулярный мониторинг основных показателей жизненно важных функций организма. Соматическое состояние пациента, особенно при затяжной кататонии, может оправдывать внутривенное введение жидкости и парентеральное питание. |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>  |
| У   | -      | Больную в диспансер привела мать. Сообщила, что больная вновь в течение месяца почти не спит. Очень активна, старается всеми командовать и руководить, из-за чего постоянно конфликтует с окружающими. В течение последней недели стала приводить домой случайных знакомых и раздаривать им свои личные вещи, одежду. Постоянно весела, поет, дома не может усидеть на месте. Во время беседы громко говорит, легко рифмует слова, быстро переключается с одной темы на другую, в связи с чем речь непоследовательная. Считает себя самой умной и проницательной, грозит доктору, что разгадала его планы, но при этом заразительно смеется. |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |

|    |   |   |
|----|---|---|
| Э  | - | маниакальный синдром. Психомоторное возбуждение.  |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно.  |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
|    |   |   |
| В  | 2 | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э  | - | <p>Неотложная помощь при психомоторном возбуждении в лечебном учреждении состоит из следующих этапов:</p> <p>1) Физическое удержание больного – проводится силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.).</p> <p>2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы и нейролептики с выраженным седативным и антипсихотическим действием, в данном случае более целесообразно назначение нейролептиков: 2-5 мл 2,5 % раствора аминазина, так же возможно применение галоперидола в дозе 5-10 мг (0,5% 1-2 мл) однократно (при необходимости повторно через 30-40 мин). При отсутствии эффекта целесообразно сочетание аминазина с внутримышечными инъекциями 2-3 мл 1 % раствора мажептила.</p> |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
|    |   |   |
| В  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| О  | - | <p><u>Терапия острой фазы маниакального расстройства</u></p> <p>Наличие клинических симптомов мании и расстройств поведения свидетельствуют о необходимости психиатрического консультирования. Целью лечения острой фазы маниакального расстройства является достижение ремиссии. Критерии ремиссии при аффективных расстройствах являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отсутствие симптомов психического расстройства;</li> <li>2) восстановление социально-психологических функций.</li> </ol> <p>Перед началом терапии маниакального расстройства требуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• оценить угрозу пациента для себя или окружающих в целях выбора места лечения (амбулаторно или стационарно);</li> </ul>   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• выбрать адекватный состоянию пациента стабилизатор настроения;</li> <li>• выбрать дополнительные способы лечения в зависимости от симптоматики расстройства (биологическую, социальную и психотерапию);</li> <li>• оценить риск развития побочных эффектов и наметить программу мониторинга за состоянием пациента (например, контроль за уровнем лития в плазме; уровень пролактина и т.п.).</li> </ul> <p>При выборе лекарственного средства следует ориентироваться на основную и дополнительную психопатологическую симптоматику. По современным представлениям и рекомендациям международных экспертов на этапе купирующей терапии препаратами выбора при маниакальных (гипоманиакальных) эпизодах являются стабилизаторы настроения. При психотических проявлениях требуется назначение антипсихотического препарата. В табл. 1 приведены стратегии лечения маниакальных расстройств в зависимости от особенностей симптоматики</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.   |
| P1 | - | Ответ частично верен.  |
| P0 | - | Ответ дан не верно.  |
|    |   |  |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | На второй день после операции ущемленной грыжи у больного поднялась температура, выявлен лейкоцитоз и ускорение СОЭ. Стал беспокойным, суетливым. В беседе постоянно отвлекается, дезориентирован во времени. Часто вскакивает с постели, что-то ищет под подушкой, заглядывает под кровать, копается в постельном белье, шарит рукой по стене, пытается поймать несуществующих насекомых. Порой испуганно озирается, разговаривает сам с собой. При обследовании выявляются перитонеальные симптомы. |
|     |        |   |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э   | -      | делириозное помрачение сознания.  |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.  |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.  |
|     |        |   |
| В   | 2      | Определите тактику неотложной помощи  |



|    |   |  |
|----|---|--|
| Э  | - | <ul style="list-style-type: none"> <li>— применение транквилизаторов в\м (S.Diazepam 0.5% - 2.0 или S.Phenazepam 0.1% - 1.0-2.0). В случае необходимости возможно повторное введение транквилизаторов в тех же дозах до достижения необходимого эффекта, но не ранее чем через час после первого введения. При возможности предпочтительно применение оксибутирата натрия, обладающего антигипоксическими свойствами и непродолжительным эффектом, что позволяет лучше отслеживать состояние больного и снижает вероятность избыточной дозировки. Оксибутират натрия применяется в\в струйно дробно или в виде медленной в\в инфузии на физиологическом растворе (в условиях реанимационного отделения).</li> <li>— проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (осмотический диуретик манитол в\в; дексаметазон 8-16 мг\сут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гипервентиляции);</li> <li>— фуросемид применять не рекомендуется так как он при отеке мозга малоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения</li> <li>— гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны, так как они проникают через гемато-энцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга</li> <li>— введение тиамин («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м</li> <li>— дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования): применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее 2\3 всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др.</li> <li>— дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков.</li> <li>— необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит)</li> <li>— раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более 1\3 объема инфузии</li> </ul> |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.   |

|            |            |   |
|------------|------------|---|
| P1         | -          | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0         | -          | Тактика полностью неверна.  |
|            |            |   |
| В          | 3          | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| О          | -          | <ul style="list-style-type: none"> <li>— применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.</li> <li>— пиридоксин («В6») 2.0 – 4.0 в\м – отдельно с «В1», не ранее чем через несколько часов после «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - «В1»-утром, «В6» – вечером)</li> <li>— аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0</li> <li>— для дополнительной седации можно применять фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м).</li> <li>— 2,4% раствор эуфиллина по 5,0 до 3–4 раз в сутки, кавинтон 0,5% раствор 2,0 на 500 мл физиологического раствора в виде капельной инфузии до 3 раз в день, а также циннаризин внутрь по 25 мг 2–3 раза в день и др.</li> <li>— трентал 2% раствор 5,0 на 250–500 мл физиологического раствора для медленного внутривенного введения до 2–3 раз в сутки</li> </ul> |
| P2         | -          | Ответ дан полностью верно.  |
| P1         | -          | Ответ частично верен.   |
| P0         | -          | Ответ дан не верно.   |
|            |            |   |
| <b>Вид</b> | <b>Код</b> | <b>Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса</b>   |
|            |            |   |
| 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  |
| ...        |            |   |
|            |            |   |
| <b>И</b>   | <b>-</b>   | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У          | -          | Пациентка 58 лет госпитализирована в терапевтическое отделение в связи с дестабилизацией течения гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. Известно, что ухудшение состояния развилось после смерти мужа больной. В отделении весь день лежит в кровати с печальным выражением лица, временами плачет. Во время одного из обходов больная сидит на кровати со сложенными на груди руками, медленно раскачивается взад-вперед, тихо стонет. Внезапно вскакивает с кровати, подбегает к тумбочке другой больной, хватает стоящую стеклянную банку, разбивает её и пытается проглотить осколки стекла. Соседи по палате и врач удерживают больную.   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   |  |
|    |   |  |
| В  | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |
| Э  | - | депрессивный синдром. Меланхолический раптус. Суицидальная попытка   |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно.   |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.  |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно.   |
|    |   |  |
| В  | 2 | Определите тактику неотложной помощи   |
| Э  | - | <p>1) Физическое удержание больного – проводится силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.).</p> <p>2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы. В нашей стране в настоящее время два транквилизатора доступны в инъекционной форме – диазепам и феназепам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S.Diazepam 0.5% - 2.0–6.0 внутримышечно или</li> <li>• S.Phenazepam 0.1% - 2.0-4.0 внутримышечно</li> </ul> <p>Доза определяется состоянием пациента. Эффект после внутримышечной инъекции развивается через 10-30 минут. Перед применением транквилизаторов врач обязан исключить состояния, при которых транквилизаторы противопоказаны. Внутривенное введение транквилизаторов не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и высокого риска остановки дыхания.</p> <p>При развитии психомоторного возбуждения у пациента, страдающего серьезным соматическим заболеванием, к применению транквилизаторов следует относиться осторожно. Высокие дозы препаратов нередко приводят к развитию глубокого выключения сознания, что может способствовать утяжелению соматического состояния больного и, безусловно, затруднит последующие диагностические и лечебные манипуляции. В связи с этим предпочтительно введение небольших доз транквилизаторов, которое, при необходимости, всегда можно повторить.</p> <p>Транквилизаторы предпочтительны при всех видах</p> |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>психомоторного возбуждения как в рамках собственно психических расстройств, так и при соматических заболеваниях. Применение нейролептиков для купирования психомоторного возбуждения в соматической практике необоснованно из-за высокого риска тяжелых побочных эффектов. Нейролептики значительно уступают транквилизаторам в отношении безопасности и их использование для врачей непсихиатрических специальностей не рекомендуется.</p> <p>3) Вызов бригады СПП или психиатра-консультанта стационара.</p> <p>4) После применения транквилизаторов и до приезда СПП (прихода психиатра-консультанта) врач обязан продолжать наблюдение за больным, даже если психомоторное возбуждение купировано.</p> <p>5) В медицинской документации необходимо описательно отразить состояние больного, установить предварительный синдромальный диагноз психического расстройства и указать, что физическое удержание и транквилизаторы были применены для неотложного купирования психомоторного возбуждения</p> <p>В психиатрическом стационаре: необходимо назначение трициклических антидепрессантов – амитриптилина, анафранила (как обладающих самым сильным эффектом) в дозе до 150 мг в сутки парентерально, т.е.</p> |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
|    |   |   |
| B  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| O  | - | <p>2. Наиболее широко применяемым препаратом для лечения тревожной депрессии является амитриптилин. При тяжелой депрессии терапию лучше начинать с парентерального введения, лучше капельного. Обычно оно назначается утром (начиная с 25 мг амитриптилина), а на ночь дается 50 мг внутрь или внутримышечно. При интенсивной тревоге и бессоннице на ночь также назначают хлорпротиксен, тизерцин или меллерил (сонапакс). При отсутствии нежелательных реакций дозы амитриптилина быстро повышают и в течение первых 4-7 дней доводят до 200-300 мг (при трехразовом приеме). При умеренном и среднетяжелом тревожно-депрессивном синдроме можно ограничиться только пероральным приемом, хотя парентеральное введение обеспечивает более быстрое наступление терапевтического действия. При неглубокой депрессии эффективным препаратом оказывается доксепин (синекван): он вызывает очень мало побочных явлений, а его действие отличается гармоничным смягчением всех симптомов, начиная с тревоги. Хорошие результаты получены при применении миансерина.</p>   |

|            |            |  |
|------------|------------|--|
|            |            | <p>При тяжелой ажитированной депрессии или тревожном ступоре целесообразно начинать терапию с чистых анксиолитиков: больших доз феназепама (3-5 мг), лепонекса (клозапина) — 150-300 мг, а при его отсутствии — с хлорпротиксена или тизерцина. Такая тактика исключает возможность возникновения раптуса и снижает риск суицидной попытки.</p> <p>Через 2-3 дня после смягчения тревоги, когда собственно депрессивная симптоматика выходит на первый план, назначаются антидепрессанты (обычно amitриптилин). При тяжелой ажитированной депрессии, плохо поддающейся медикаментозной терапии, или при наличии противопоказаний к ней методом выбора следует считать ЭСТ.</p> <p>Чаще всего антидепрессивный эффект проявляется по истечении 2—3 недель, в отличие от седативного или стимулирующего. В некоторых случаях он развивается лишь через 6—8 недель приёма препарата, а иногда через 10—16. Препарат и его дозировка для каждого пациента определяются индивидуально.</p> <p>После купирования депрессивной симптоматики приём препарата продолжается как минимум 4—6 месяцев (а порой и несколько лет), что обусловлено высокой вероятностью возникновения рецидива в этот период. Кроме того, в некоторых случаях при резком прекращении приёма антидепрессанта возможен синдром отмены.</p> |
| P2         | -          | Ответ дан полностью верно.   |
| P1         | -          | Ответ частично верен.  |
| P0         | -          | Ответ дан не верно.  |
|            |            |  |
| <b>Вид</b> | <b>Код</b> | <b>Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса</b>  |
|            |            |  |
| 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   |
| ...        |            |  |
|            |            |  |
| <b>И</b>   | <b>-</b>   | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>  |
| У          | -          | <p>Пациентка 64-х лет находится на лечении в кардиологическом отделении в связи с обострением течения гипертонической болезни. На фоне антигипертензивной терапии уровень АД стабилизирован, планируется выписка больной. Вместе с тем лечащий врач обратил внимание, что последние дни пациентка выглядит подавленной, несколько заторможенной, молчалива, часто сидит на кровати, сложив руки на груди, соседи по палате несколько раз видели, как больная плакала, говорят, что она не ходит есть в столовую. При попытке расспросить о самочувствии больная говорит, что «все хорошо». Вечером накануне выписки больная долго сидела на кровати с застывшим выражением лица, внезапно резко поднялась и стала открывать окно в палате. Была удержана больными при попытке выпрыгнуть из окна</p>   |
|            |            |  |

|    |   |   |
|----|---|---|
| В  | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э  | - | депрессивный синдром. Суицидальная попытка.   |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно.  |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
| В  | 2 | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э  | - | <p>1) Физическое удержание больного – проводится силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.).</p> <p>2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы. В нашей стране в настоящее время два транквилизатора доступны в инъекционной форме – диазепам и феназепам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S.Diazepam 0.5% - 2.0–6.0 внутримышечно или</li> <li>• S.Phenazepam 0.1% - 2.0-4.0 внутримышечно</li> </ul> <p>Доза определяется состоянием пациента. Эффект после внутримышечной инъекции развивается через 10-30 минут. Перед применением транквилизаторов врач обязан исключить состояния, при которых транквилизаторы противопоказаны. Внутривенное введение транквилизаторов не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и высокого риска остановки дыхания.</p> <p>При развитии психомоторного возбуждения у пациента, страдающего серьезным соматическим заболеванием, к применению транквилизаторов следует относиться осторожно. Высокие дозы препаратов нередко приводят к развитию глубокого выключения сознания, что может способствовать утяжелению соматического состояния больного и, безусловно, затруднит последующие диагностические и лечебные манипуляции. В связи с этим предпочтительно введение небольших доз транквилизаторов, которое, при необходимости, всегда можно повторить.</p> <p>Транквилизаторы предпочтительны при всех видах психомоторного возбуждения как в рамках собственно психических расстройств, так и при соматических заболеваниях. Применение нейролептиков для купирования психомоторного возбуждения в соматической практике</p> |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <p>необоснованно из-за высокого риска тяжелых побочных эффектов. Нейролептики значительно уступают транквилизаторам в отношении безопасности и их использование для врачей непсихиатрических специальностей не рекомендуется.</p> <p>3) Вызов бригады СМП или психиатра-консультанта стационара.</p> <p>4) После применения транквилизаторов и до приезда СМП (прихода психиатра-консультанта) врач обязан продолжать наблюдение за больным, даже если психомоторное возбуждение купировано.</p> <p>В медицинской документации необходимо описательно отразить состояние больного, установить предварительный синдромальный диагноз психического расстройства и указать, что физическое удержание и транквилизаторы были применены для неотложного купирования психомоторного возбуждения</p>  |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.   |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.  |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.   |
|    |   |  |
| В  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).  |
| О  | - | <p>В психиатрическом стационаре: необходимо назначение трициклических антидепрессантов – amitriptyline, anafранила (как обладающих самым сильным эффектом) в дозе до 150 мг в сутки парентерально. Наиболее широко применяемым препаратом для лечения тревожной депрессии является amitriptyline. При тяжелой депрессии терапию лучше начинать с парентерального введения, лучше капельного. Обычно оно назначается утром (начиная с 25 мг amitriptyline), а на ночь дается 50 мг внутрь или внутримышечно. При интенсивной тревоге и бессоннице на ночь также назначают хлорпротиксен, тизерцин или меллерил (сонапакс). При отсутствии нежелательных реакций дозы amitriptyline быстро повышают и в течение первых 4-7 дней доводят до 200-300 мг (при трехразовом приеме). При умеренном и среднетяжелом тревожно-депрессивном синдроме можно ограничиться только пероральным приемом, хотя парентеральное введение обеспечивает более быстрое наступление терапевтического действия. При неглубокой депрессии эффективным препаратом оказывается доксепин (синекван): он вызывает очень мало побочных явлений, а его действие отличается гармоничным смягчением всех симптомов, начиная с тревоги. Хорошие результаты получены при применении миансерина.</p> <p>При тяжелой агитированной депрессии или тревожном ступоре целесообразно начинать терапию с чистых анксиолитиков: больших доз феназепама (3-5 мг), лепонекса (клозапина) — 150-300 мг, а при его отсутствии — с хлорпротиксена или тизерцина. Такая тактика исключает возможность возникновения раптуса и снижает риск суицидной попытки. Через 2-3 дня после смягчения тревоги, когда собственно депрессивная симптоматика выходит на первый план, назначаются антидепрессанты (обычно amitriptyline). При тяжелой агитированной депрессии, плохо поддающейся</p> |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | медикаментозной терапии, или при наличии противопоказаний к ней методом выбора следует считать ЭСТ.<br>Чаще всего антидепрессивный эффект проявляется по истечении 2—3 недель, в отличие от седативного или стимулирующего. В некоторых случаях он развивается лишь через 6—8 недель приёма препарата, а иногда через 10—16. Препарат и его дозировка для каждого пациента определяются индивидуально. |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.   |
| P1 | - | Ответ частично верен.  |
| P0 | - | Ответ дан не верно.  |
|    |   |  |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | К невропатологу направлен больной по поводу нарушений сна. При осмотре сообщил, что спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но, несмотря на это, очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, громко разговаривает, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, переходит на «ты» и панибратский тон. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей. Подвижен, мимика яркая, глаза блестят. В ответ на замечание медсестры начинает кричать, громко нецензурно браниться, пытается её ударить. |
|     |        |   |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э   | -      | Маниакальный синдром. Психомоторное возбуждение   |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.  |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.  |
|     |        |   |
| В   | 2      | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э   | -      | 1) Физическое удержание больного – проводится силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за   |



|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.).</p> <p>2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы и нейролептики с выраженным седативным и антипсихотическим действием, в данном случае более целесообразно назначение нейролептиков: 2-5 мл 2,5 % раствора аминазина, так же возможно применение галоперидола в дозе 5-10 мг (0,5% 1-2 мл) однократно (при необходимости повторно через 30-40 мин). При отсутствии эффекта целесообразно сочетание аминазина с внутримышечными инъекциями 2-3 мл 1 % раствора мажептила.</p>   |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
|    |   |   |
| В  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| О  | - | <p><u>Принципы лечения маниакальных расстройств.</u></p> <p>Принципы лечения сходны для всех форм маниакальных расстройств. Лечение должно носить комплексный характер и включать в себя медикаментозные и немедикаментозные методы. В зависимости от тяжести мании и особенностей ее течения выбор условий терапии определяется состоянием пациента. Эффективность медикаментозной терапии повышается при присоединении к биологическому лечению психотерапии и социальной работы. Терапия маниакальных расстройств складывается из трех этапов: купирующего, стабилизирующего и профилактического.</p> <p><u>Терапия острой фазы маниакального расстройства</u></p> <p>Наличие клинических симптомов мании и расстройств поведения свидетельствуют о необходимости психиатрического консультирования. Целью лечения острой фазы маниакального расстройства является достижение ремиссии. Критерии ремиссии при аффективных расстройствах являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отсутствие симптомов психического расстройства;</li> <li>2) восстановление социально-психологических функций.</li> </ol> <p>Перед началом терапии маниакального расстройства требуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• оценить угрозу пациента для себя или окружающих в целях выбора места лечения (амбулаторно или стационарно);</li> <li>• выбрать адекватный состоянию пациента стабилизатор настроения;</li> <li>• выбрать дополнительные способы лечения в зависимости от симптоматики расстройства (биологическую, социальную и психотерапию);</li> <li>• оценить риск развития побочных эффектов и наметить</li> </ul> |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | программу мониторинга за состоянием пациента (например, контроль за уровнем лития в плазме; уровень пролактина и т.п.). При выборе лекарственного средства следует ориентироваться на основную и дополнительную психопатологическую симптоматику. По современным представлениям и рекомендациям международных экспертов на этапе купирующей терапии препаратами выбора при маниакальных (гипоманиакальных) эпизодах являются стабилизаторы настроения. При психотических проявлениях требуется назначение антипсихотического препарата. В табл. 1 приведены стратегии лечения маниакальных расстройств в зависимости от особенностей симптоматики |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>  |
| У   | -      | На приеме у нарколога пациент, жалобы отрицает. При осмотре сообщил, что спит очень мало, не более 4 часов в сутки, но, несмотря на это, очень деятелен, активен, общителен, по ночам стремится гулять, общаться, употреблять алкоголь. Во время беседы стремится к монологу, громко разговаривает, перебивает врача. Легко соскальзывает на собственные темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, переходит на «ты» и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими.<br>При осмотре: темп речи ускорен, мимика живая, яркая. Голос осиплый. Сообщает, что «явно умнее всех и все знает», употребление алкоголя признает. |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |
| Э   | -      | маниакальный синдром. Психомоторное возбуждение.   |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.   |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.  |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.   |
|     |        | 1) Физическое удержание больного – проводится силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу,  |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.).</p> <p>2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы и нейролептики с выраженным седативным и антипсихотическим действием, в данном случае более целесообразно назначение нейролептиков: 2-5 мл 2,5 % раствора аминазина, так же возможно применение галоперидола в дозе 5-10 мг (0,5% 1-2 мл) однократно (при необходимости повторно через 30-40 мин). При отсутствии эффекта целесообразно сочетание аминазина с внутримышечными инъекциями 2-3 мл 1 % раствора мажептила.</p>   |
| В  | 2 | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э  | - |   |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.  |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.  |
|    |   |   |
| В  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| О  | - | <p><u>Принципы лечения маниакальных расстройств.</u></p> <p>Принципы лечения сходны для всех форм маниакальных расстройств. Лечение должно носить комплексный характер и включать в себя медикаментозные и немедикаментозные методы. В зависимости от тяжести мании и особенностей ее течения выбор условий терапии определяется состоянием пациента. Эффективность медикаментозной терапии повышается при присоединении к биологическому лечению психотерапии и социальной работы. Терапия маниакальных расстройств складывается из трех этапов: купирующего, стабилизирующего и профилактического.</p> <p><u>Терапия острой фазы маниакального расстройства</u></p> <p>Наличие клинических симптомов мании и расстройств поведения свидетельствуют о необходимости психиатрического консультирования. Целью лечения острой фазы маниакального расстройства является достижение ремиссии. Критерии ремиссии при аффективных расстройствах являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отсутствие симптомов психического расстройства;</li> <li>2) восстановление социально-психологических функций.</li> </ol> <p>Перед началом терапии маниакального расстройства требуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• оценить угрозу пациента для себя или окружающих в целях выбора места лечения (амбулаторно или стационарно);</li> <li>• выбрать адекватный состоянию пациента стабилизатор настроения;</li> <li>• выбрать дополнительные способы лечения в зависимости от симптоматики расстройства (биологическую, социальную и психотерапию);</li> <li>• оценить риск развития побочных эффектов и наметить</li> </ul> |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | программу мониторинга за состоянием пациента (например, контроль за уровнем лития в плазме; уровень пролактина и т.п.). При выборе лекарственного средства следует ориентироваться на основную и дополнительную психопатологическую симптоматику. |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Мужчина 25 лет в состоянии алкогольного опьянения был сбит на улице машиной, получил закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга. В течении 20 минут находился без сознания, выявлялась не резко выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Был доставлен в неврологическое отделение больницы скорой помощи, где у больного внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Через 5 минут припадок повторился. После второго припадка больной находится в коме, припадки повторяются каждые 5-6 минут. |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э   | -      | черепно-мозговая травма. Судорожный синдром.  |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.  |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.  |
| В   | 2      | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э   | -      | <ul style="list-style-type: none"> <li>— предупреждение травматизации головы и туловища;</li> <li>— восстановление проходимости дыхательных путей;</li> <li>— обеспечить венозный доступ для контроля над уровнем глюкозы, электролитов, для определения концентрации антиконвульсантов в плазме крови, для контроля за функциями печени и почек, клинического анализа крови.</li> <li>— по возможности обеспечить постоянную запись ЭКГ и ЭЭГ.</li> <li>— купирование судорожного синдрома.</li> </ul>   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   |  |
| P2 | - | Тактика выбрана верно.   |
| P1 | - | Тактика частично выбрана верно.  |
| P0 | - | Тактика полностью неверна.   |
|    |   |  |
| B  | 3 | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).  |
| O  | - | <ul style="list-style-type: none"> <li>— купирование судорожного синдрома: диазепам (реланиум, седуксен, сибазон) - 2-4 мл на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно или внутримышечно, рогипнол 1-2 мл внутримышечно;</li> <li>— при отсутствии эффекта - натрия оксибутират 20% раствор из расчета 70 мг/кг массы тела внутривенно на 5-10% растворе глюкозы;</li> <li>— при отсутствии эффекта - ингаляционный наркоз закисью азота в смеси с кислородом (2:1).</li> <li>— нормализация ВЧД. Противоотечная терапия: фуросемид (лазикс) 40 мг на 10-20 мл 40% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида (у больных сахарным диабетом) внутривенно;</li> <li>— с целью улучшения микроциркуляции используют средне-молекулярные декстраны, улучшающие реологию крови, типа реопо-лиглюкина - до 400 мл в сутки. Для профилактики тромбозов рекомендуется с первых суток назначать гепарин в малых дозах (10-15 тыс. ЕД в сутки). Из сосудистых препаратов сразу после травмы назначают трентал в дозе 5-10 мл в сутки или р-р 2,4% эуфилина - 10 мл. Кавинтон или сермион - препараты избирательного действия на спазм сосудов головного мозга, назначаются только после разрешения отека мозга (8-9 сутки), поскольку они способны значительно увеличить его кровенаполнение.</li> <li>— при стабилизации параметров церебральной гемодинамики, показано назначение ноотропных препаратов (пирацетам).</li> <li>— коррекция свертывающей системы крови (этамзилат 250 -500 мг через 6-8 часов).</li> <li>— профилактика и лечение воспалительных осложнений. Назначение антибиотиков целесообразно с учетом способности проникать через гематоэнцефалический барьер. Хорошо проникают: аминогликозиды амикацин, канамицин, а также азтреонам, ампициллин, амоксициллин, ванкомицин, доксициклин, имепенем, мезлоциллин, метициллин, оксациллин, офлоксацин, пенициллин, пефлоксацин, пиперациллин, тетрациклин, цефалоспорины, цiproфлоксацин.</li> </ul> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.   |
| P1 | - | Ответ частично верен.  |

|    |   |                     |
|----|---|---------------------|
| P0 | - | Ответ дан не верно. |
|    |   |                     |

| Вид | Код    | Текст названия трудовой функции/ 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   | -      | <b>ИНСТРУКЦИЯ</b>   |
| У   | -      | Пациентка 30-х лет самостоятельно обратилась к врачу общей практики в связи с ухудшением состояния. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, боли в животе с однократным жидким стулом, боли в области коленных суставов, сообщает, что «боли такие, как будто ломает, терпеть невозможно». Прием ПАВ отрицает, сообщает, что «сильно простыла». Требуется назначения «сильных лекарств». Объективно при осмотре пациент выглядит тревожной, напряженной, суевливой, отмечается тахикардия 104 в минуту, АД=160/95 мм.рт.ст., выражены пиломоторные реакции, гипергидроз, заложенность носа и ринорея. Зрачки симметричные, значительно расширены, на свет реагируют слабо. На коже верхних и нижних конечностей в области проекции подкожных вен множественные рубцы и следы от инъекций различной давности. |
| В   | 1      | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э   | -      | Абстинентный синдром при опиоидной наркомании   |
| P2  | -      | Диагноз поставлен верно.  |
| P1  | -      | Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.   |
| P0  | -      | Диагноз поставлен неверно.  |
| В   | 2      | Определите тактику неотложной помощи  |
| Э   | -      | Облегчение болевого синдрома и снятие возбуждения: введение 1-2мл морфина; введение нейролептиков – аминазина (1-2 мл 2,5% раствора) с новокаином (2мл 0,5% раствора) внутримышечно с предварительным введением аналептика кордиамина (2мл) для профилактики коллапса. Госпитализация в наркологический стационар   |
| P2  | -      | Тактика выбрана верно.  |
| P1  | -      | Тактика частично выбрана верно.   |
| P0  | -      | Тактика полностью неверна.  |
| В   | 3      | Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).   |
| О   | -      | 3. Цели терапии: дезинтоксикация, купирование вегетативных, соматических, неврологических и психических расстройств,  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>поддержание жизненно важных функций.</p> <p>Назначается трамал 400-800мг/сут 6-10 дней внутримышечно или внутрь или триапридал 300-600 мг/сут 6-10 дней внутримышечно или внутрь; клофелин 0,3-0,45мг/сут 6-10 дней.</p> <p>Инфузионная терапия проводится с целью дезинтоксикации, коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови. Назначается в объеме 20-40 мл/кг под контролем ЦВД, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— восполнение водных потерь: 5% раствор глюкозы и изотонического раствора хлорида натрия (в среднем до 1л)</li> <li>— восполнение электролитных потерь: 1% раствор хлорида калия (максимально за 24ч не более 150мл), 10-20мл 25% раствора сернокислой магнелии и 10% раствора хлорида кальция</li> <li>— коррекция КЩС: при метаболическом ацидозе 50-100мл (до 1000мл в сутки) 4% раствора гидрокарбоната натрия внутривенно, при метаболическом алкалозе 1% раствор хлорида калия не более 50мл в сутки</li> <li>— для улучшения реологических свойств крови введение высокомолекулярных растворов (реополиглюкин, реомакродекс)</li> </ul> <p>Психофармакотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Транквилизаторы для снижения чувства тревоги, страха, аффективного напряжения, оказания вегетостабилизирующего эффекта: диазепам 0,5% 2-4мл внутримышечно.</li> <li>— Снотворные: фенобарбитал 0,1-0,2г на ночь при недостаточности транквилизаторов в плане коррекции инсомнических расстройств.</li> <li>— Нейролептики с осторожностью (опасность лекарственной интоксикации и психотических расстройств) при наличии выраженного влечения к ПАВ, некупирующегося транквилизаторами психомоторного возбуждения: галоперидол 0,5% 5-10мг (1-2мл) или аминазин 2,5% 50мг (2мл) внутривенно медленно вместе с кордиамином</li> <li>— Антидепрессанты для предупреждения и купирования аффективных нарушений депрессивного круга: людиомил 75-125мг в сутки перорально.</li> <li>— Препараты с вегетостабилизирующим действием при выраженных вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03, СД до 0,09.</li> </ul> <p>Симптоматическая терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— При депрессии дыхательного центра: аналептики (2мл 10% раствора сульфокамфокаина или раствор кордиамина подкожно, внутримышечно)</li> </ul> |
|--|--|---|

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | <p>или внутривенно медленно), 1мл 20% раствора кофеина подкожно.</p> <p>— При признаках сердечной недостаточности – сердечные гликозиды: 0,06% раствор коргликона 1мл внутривенно. При снижении АД 1мл 20% раствора кофеина подкожно. При тенденции к повышению АД 10-20мл 20% раствора сернокислой магнезии внутривенно медленно, 2-4мл раствора папаверина внутривенно или внутримышечно.</p> <p>— При необходимости – стимуляция диуреза: лазикс 20-40мг/сут.</p> <p>— Ноотропы: пирацетам 20% 20-60мл внутривенно медленно или капельно.</p> <p>— Для улучшения обменных процессов в миокарде, паренхиматозных органах – рибоксин 2% 5-10мл внутривенно капельно, АТФ 1% 1-2мл внутримышечно.</p> <p>— Аминокислоты: глутаминовая кислота курсом до 10 дней 3г/сут, метионин до 10 дней 4-6г/сут, глицин 6-7 дней 0,6-0,7 г/сут сублингвально.</p> <p>Витаминотерапия: витамины группы В и С – тиамин хлорид 5% 2-4мл внутримышечно или внутривенно капельно, пиридоксин гидрохлорид 5% 5-8мл внутримышечно или внутривенно капельно, никотиновая кислота 0,1% 1-2мл внутримышечно, аскорбиновая кислота 5% 5-10мл внутримышечно или в/в капельно. Парентерально витамины назначаются на первые несколько суток, затем поливитаминные препараты перорально курсом 2-3 недели.</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью верно.  |
| P1 | - | Ответ частично верен.   |
| P0 | - | Ответ дан не верно.   |
|    |   |   |

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

| Код компетенции | Качественная оценка уровня подготовки |                     | Процент правильных ответов |
|-----------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|
|                 | Балл                                  | Оценка              |                            |
| УК-1;           | 5                                     | Отлично             | 90-100%                    |
| ПК-1;           | 4                                     | Хорошо              | 80-89%                     |
| ПК-2;           | 3                                     | Удовлетворительно   | 70-79%                     |
| ПК-5;           | 2                                     | Неудовлетворительно | Менее 70%                  |
| ПК-6;           |                                       |                     |                            |
| ПК-7            |                                       |                     |                            |

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

| Код компетенции | Оценка 5 «отлично» | Оценка 4 «хорошо» | Оценка 3 «удовлетворительно» | Оценка 2 «неудовлетворительно» |
|-----------------|--------------------|-------------------|------------------------------|--------------------------------|
|                 |                    |                   |                              |                                |



|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| УК-1;<br>ПК-1;<br>ПК-2;<br>ПК-5;<br>ПК-6;<br>ПК-7 | Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования | Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат | Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач | Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий |
|---|--|--|---|---|

### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.