

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

НАРКОЛОГИЯ

Специальность 31.08.20 Психиатрия
код, наименование

Кафедра: психиатрии

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2024

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Наркология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Наркология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Наркология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-9	Текущий	Раздел 1. Этиология и патогенез синдрома зависимости от ПАВ.	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Синдром зависимости от алкоголя. Металкогольные психозы.	
		Раздел 3. Наркомании и токсикомании.	
		Раздел 4. Терапия синдрома зависимости.	
		Раздел 5. Профилактика синдрома зависимости от ПАВ	
	Промежуточный	Разделы дисциплины	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-9

икаментозного лечения

ВОПРОСЫ

), работает в одном из них парикмахером.

оба алкоголя в 25 лет, отмечает непереносимость при первых пробах. В дальнейшем употребляла спиртные напитки «в меру». Абстинентный синдром сформировался в 40 лет, амнезии опьянений с 39 лет. Проходила дважды дезинтоксикацию. 7 день ночью проснулась от нестерпимой головной боли, профузного потоотделения. На утро состояние не улучшилось, была госпитализирована в наркологическую больницу.

в полном объеме. В беседу вступает неохотно. На вопросы отвечает по существу. Нарушений речи нет. Во время разговора не отвлекается. Память на текущие события сохранена. Мышление последовательное. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет.

овавшийся синдром отмены, который выражается яркой вегетативной симптоматикой: повышение АД, профузное потоотделение, тахикардия, критика к состоянию формальная, эмоционально лабильна).

ментозные методы.

ментозные методы лечения.

терапия, включающая солевые растворы, витамины группы В.

о – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; нарушении сна и выраженной тревоги – транквилизаторы.

я и групповая психотерапия.

риод до 10 дней, при лечении без госпитализации в период до 5 дней. Прогноз при тяжелой абстиненции зависит от тяжести симптоматики и переходе в алкогольный делирий.

ый ответ.

При алкогольном абстинентном синдроме опохмеление снимает (или уменьшает) тягостные явления, наблюдаемые при

проведен только с одним заболеванием.

ВОПРОСЫ

), работает в одном из них парикмахером.

Употребляла алкоголь в 25 лет, отмечает непереносимость при первых пробах. В дальнейшем употребляла спиртные напитки («водку»). Абстинентный синдром сформировался в 40 лет, амнезии опьянений с 39 лет. Проходила дважды дезинтоксикацию. 7 день ночью проснулась от нестерпимой головной боли, профузного потоотделения. На утро состояние не улучшилось, была госпитализирована в наркологическую больницу.

Содержит информацию в полном объеме. В беседу вступает неохотно. На вопросы отвечает по существу. Нарушений речи нет. Во время разговора не отвлекается. Память на текущие события сохранена. Мышление последовательное. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет.

Содержит информацию по существу. Во время беседы ведет себя настороженно: прислушивается, оглядывается по сторонам, глядя на потолок. На вопросы врача отвечает агрессией. В поведении раздражителен, возбужден. Критики к своему состоянию нет.

лечебные методы.

лечебная терапия.

лечебная терапия, включающая солевые растворы, раствор глюкозы, витамины группы В. (обязательно под контролем врача). Транквилизаторы бензодиазепинового ряда и барбитуровой кислоты (диазепам, лоразепам); нейролептики - наиболее эффективны. Магния сульфат. Препараты калия.

ти лечения. При типичной белой горячке в большинстве случаев наступает выздоровление. У некоторых больных (в отсутствие лечения) нельзя исключать вероятность развития тяжелых осложнений со стороны внутренних

й ответ.

изнаком алкогольного делирия будет наличие в анамнезе длительное злоупотребление алкоголем).

проведен только с одним заболеванием.

ВОПРОСЫ

енно возрасту, окончила школу и институт, получив специальность бухгалтера. Вышла замуж в 25 лет. Через 5 лет м

на была испуганна и не могла встать с кровати, так как чувствовала слабость и боль в ногах. Племянника она не узна

ц, год назвать не может. Знает, что находится в больнице, однако профиль назвать не может. Врач сообщил ей проф

нижен. Жалуется на боль и слабость в ногах, с постели встать не может. Сухожильные рефлексы ног ослаблены, чу

Критика к своему состоянию не полная.

ома.

яции, полинейропатия нижних конечностей).

зания.

?

апии?

ерное.

ый ответ.

вызванным органической патологией, энцефалопатией Гайе — Вернике, делирием. В нашем случае нет данных об
оцинации, для энцефалопатии Гайе — Вернике дрожание, подергивания, атаксия, нистагм, птоз, страбизм, неподв

и проведен только с одним заболеванием.

ВОПРОСЫ

ески повторяющихся депрессивных состояний, возникающих преимущественно в осенний период. Пациент обходил
одное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в
время проводил в кровати из – за отсутствия желания что-либо делать. Переживал, что ничего не может сделать с э
извана СМП.

то, на вопросы отвечает односложно, после паузы. Голос тихий, маломодулированный. Внешний вид неопрятный. С
. Рассказал, что периодически наносил порезы на предплечья, «это немного облегчало состояние». Высказывает суи

ая, тонус снижен. На коже предплечий порезы различной давности.

д .

ома.

по рекомендациям МКБ-10:

ных анамнеза (предшествующие депрессивные эпизоды и текущий депрессивный эпизод тяжелой степени)

зания.

ством.

етании с эпизодами мании или гипомании.

апии?

ящий момент имеет симптомы депрессивного эпизода тяжелой степени, в качестве основной терапии показаны ант
(СИЗС): флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, пароксетин или трициклические антидепрессанты.

лярного аффективного расстройства, депрессивного синдрома при шизофрении.

и проведен только с одним заболеванием.

ВОПРОСЫ

), работает в одном из них парикмахером.

оба алкоголя в 25 лет, отмечает непереносимость при первых пробах. В дальнейшем употребляла спиртные напитки «мало». Абстинентный синдром сформировался в 40 лет, амнезии опьянений с 39 лет. Проходила дважды дезинтоксикацию. На 7 день ночью проснулась от нестерпимой головной боли, профузного потоотделения. На утро состояние не улучшилось, была доставлена в наркологическую больницу.

в полном объеме. В беседу вступает неохотно. На вопросы отвечает по существу. Нарушений речи нет. Во время разговора внимание снижено. Память на текущие события сохранена. Мышление последовательное. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет.

овавшийся синдром отмены, который выражается яркой вегетативной симптоматикой: повышение АД, профузное потоотделение, тахикардия, критика к состоянию формальная, эмоционально лабильна).

ментозные методы.

аментозные методы лечения.

ия терапия, включающая солевые растворы, витамины группы В.

его – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; нарушении сна и выраженной тревоги – транквилизаторы.

ая и групповая психотерапия.

риод до 10 дней, при лечении без госпитализации в период до 5 дней. Прогноз при тяжелой абстиненции зависит от тяжести симптоматики и переходе в алкогольный делирий.

ый ответ.

При алкогольном абстинентном синдроме опохмеление снимает (или уменьшает) тягостные явления, наблюдаемые при

и проведен только с одним заболеванием.

А ВОПРОСЫ

лся согласно возрасту. ДДУ не посещал, в школу пошел с 7 лет, адаптировался хорошо. Закончил 7 классов (неполноценно).
есть дети. Первая проба алкоголя в 18 лет, непереносимости не отмечал. Употреблял с друзьями «за компанию». В 20 лет
и жену бил». По настоянию жены был отправлен на лечение в ЛТП. С 33 лет отмечал амнезии опьянений. Пьянство
е. Далее со слов жены: последний запой в течении 2-х недель, после обрыва «все было как обычно, тряслись руки, по
На замечания реагировал агрессией- набрасывался с кулаками на жену. Была вызвана СМП.

Гипергидроз. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием. В позе Ромберга не устойчив, падает. Тремор рук
Во время беседы ведет себя настороженно: прислушивается, оглядывается по сторонам, глядя на потолок, указывает
отвечает агрессией. В поведении раздражителен, возбужден. Критики к своему состоянию нет.

о существу. Во время беседы ведет себя настороженно: прислушивается, оглядывается по сторонам, глядя на потоло

ментозные методы.

тозная терапия.

онная терапия, включающая солевые растворы, раствор глюкозы, витамины группы В. (обязательно под контролем
нквилизаторы бензодиазепинового ряда и барбитуровой кислоты (диазепам, лоразепам); нейролептики- наиболее
е магния сульфат.
ерапию.

лечения. При типичной белой горячке в большинстве случаев наступает выздоровление. У некоторых больных могут возникнуть осложнения (например, при лечении) нельзя исключать вероятность развития тяжелых осложнений со стороны внутренних органов. Вероятно

ой ответ.

признаком алкогольного делирия будет наличие в анамнезе длительного злоупотребления алкоголем).

и проведен только с одним заболеванием.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

но возрасту, окончил школу и институт

новидения, навязчивые мысли о прожитой ситуации и страх, что она повторится, появились месяц назад. Последние несколько дней. Появились симптомы вирусной инфекции, тест на COVID-19 положительный. Вся семья была «закрыта на карантин» в относительно легкой форме. Спустя несколько дней отца увозят в тяжелом состоянии, после чего он скончался в больнице. Был слышен ночной сон. Стали мучить кошмарные сновидения. Избегает разговоров с матерью. Считает себя виноватым («лучше бы умер я, чем семья»). Стал очень раздражительным «заводится по щелчку». Работа стала очень тяжело даваться. Больной заторможен, на вопросы о произошедшей ситуации отвечает неохотно, пытается избежать ответа. Симптомы: головная боль, отсутствие аппетита, головные боли и учащение сердцебиения. Суицидальные мысли отрицает. Мышление замедлено.

Соматический статус: Кожа сухая, тонус снижен. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.

Диагноз поставлен неверно.

Обоснуйте поставленный вами диагноз?

Диагноз тяжелого депрессивного эпизода поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МК-10.

Х СИМПТОМОВ

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома иди заболевания.

Обоснование полностью не верно.

Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор. Если имеет симптомы сниженного настроения, нарушения сна и ночных кошмаров, то препаратами выбора являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИЗС): флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, пароксетин.

Выбраны верные группы препаратов, обоснование верное.

Ответ дан не полностью: выбрана верная группа препаратов, но обоснование не верное.

Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.

С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.

острой реакцией на стресс (симптомы возникают немедленно вслед за подверженностью стрессору, расстройством п фактора)

Ответ дан полностью.

Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним за

Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.

ВОПРОСЫ

ался соответственно возрасту. Посещал ДДУ, был активным, общительным ребенком. В школу пошел с 7 лет. Все п
анический техникум по специальности слесарь-автомеханик. По характеру активный, общительный, всегда имел мн
к автодилеру марки «Ауди» на должность слесаря-автомеханика, с хорошей оплатой.
т как все, «по праздникам».

чебы в техникуме любил каждые выходные посидеть с друзьями «пообщаться и отдохнуть» с пивом. Делал перерыв
службы в армии женился и устроился на работу в авто салон по специальности. Продолжал собираться с друзьями
стали происходить конфликты с женой. После рождения дочери, на полгода прекратил прием алкоголя, так как «обес
рождение дочери друга, ушел в «запой» на 3 дня. В возрасте 30 лет начались постоянные ссоры с женой в связи с уху
о отпуска, на замечания жены реагировал раздражением, сообщая: «все под контролем, я заслужил расслабиться в от
нал прием, оправдываясь сложной работой. Жена начала отмечать, что объемы выпитого увеличился. В периоды м
ных причин. Друг сообщал жене пациента, что тот получает постоянные замечания от руководителя салона и угрозы
еги, чтобы узнать обстоятельства случившегося. Ей было сообщено, что к концу недели без приема алкоголя, паци
ранником автостоянки, и после выговора от руководства, своего поведения не поменял. Узнав новую информацию
и, не смог отказать». По рекомендации начальника обратились к врачу психиатру-наркологу для лечения.

мени и собственной личности. Внешне неопрятен, чувствуется запах перегара. В разговоре сообщает, что не понимает
ворит, что бывает плохой сон с кошмарными сновидениями, если долго не употребляет алкоголь, а когда примет «ле
г тягу к приему алкоголя, парируя это аргументом: «есть ведь тоже все хотят, а на Руси из покон веку пили...». Отм
гольные темы. Относится к своему здоровью и пьянству легковесно. Наличие галлюцинаторно-бредовой симптомати

ома.

ериев, согласно рекомендациям МКБ-10:

етвий.

данных анамнеза (многолетняя длительность приема алкоголя с сильным желанием и повышением толерантности).

зания.

ни да, то на каком основании.

вольнo в соответствии с действующим законодательством: «Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2017) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:

ощую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке:

медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

овные жизненные потребности, или

ия, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

пии? Обоснуйте свой ответ.

сообразнее использовать препарат налтрексон, для устранения приятных ощущений от выпитого, а так же сохранение психического эффекта в сочетании со снижением тяги к алкоголю. При согласии и появлении желания на лечение от спиртного. Рекомендовать подключение индивидуальную КПТ и групповую психотерапию «12 шагов». При остатке в проценте

ерное.

й ответ.

Синдромом алкогольной зависимости 1 и 3 стадии» (на первой стадии должны быть в основном психическая зависимость от спиртного. На третьей стадии должно быть снижение толерантности к алкоголю, возможно наличие резидуальных психических

и проведен только с одним заболеванием.

ВОПРОСЫ

ный ребенок в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещала ДДУ, была активным, общительным ребенком, занималась спортом. Поступила в медицинский институт, продолжала заниматься волейболом, участвовала и заняла

курсников. Однако всегда отмечала признаки сильной тревоги перед важными событиями. Курение и употребление алкоголя. Живать за матерью, которая болела ХОБЛ. После ее смерти сильно переживала, испытывала тревогу, отмечалось появление жалобами на отдышку, периодические приступы удушья, малопродуктивный кашель, высокую температуру, отсутствие аппетита у данной женщины. Через неделю стала чувствовать себя плохо, поднялась температура, появился «сухой кашель». Симптомы напоминали признаки пневмонии. В связи с ухудшением состояния переводилась в реанимационное отделение и была подключена к аппарату ИВЛ. Выпущена домой с отрицательными мазками на COVID-19 и пробой ФВД (свидетельствующая о снижении ЖЕЛ на 30%). Симптомы постепенно отступать и восстанавливаться после заболевания.

ра о высокой вероятности реинфекции и, получив информацию из Департамента Здравоохранения о перепрофилировании себя на аппарате ИВЛ. Взяла в больнице отпуск, однако через некоторое время ее попросили выйти на работу раньше срока. Сидя дома, смотря на себя в зеркало и видя шрам после ИВЛ, испытывала страх и чувство паники с наплывом воспоминаний о том, как выпивать алкоголь, но выраженного эффекта достигнуть не могла. По настоянию близкой подруги обратилась к психологу

том. В начале беседы с настороженностью делилась своими переживаниями, но после осознания, что врач понимает, выдала первые воспоминания о пережитой ситуации и чувстве нахождения в реанимации. Отмечает усиление тревоги и страха. Аппетит пониженный. Фон настроения не резко снижен. Эмоционально несколько отчужденная. Наличие галлюцинаций.

дома.

пациенту, согласно рекомендациям МКБ-10:
 регулирующей ситуации.

в анамнезе (сильно значимая для индивида травма), имеющие место флешбеки и отсроченная в течении 6 месяцев.
 зания.

Если да, то на каком основании.

добровольно в соответствии с действующим законодательством.

у нее отсутствует беспомощность и она способна удовлетворить свои потребности. Большая вероятность отсутствия
 и гарантиях прав граждан при ее оказании»:

получить психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке:

медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия л
 рных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

важные жизненные потребности, или

ия, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

пии? Обоснуйте свой ответ.

ИОЗС и ИОЗСН. Благодаря хорошей переносимости и минимальном количестве побочных эффектов, а также мол
 вировке 10 мг/сут. С осторожностью при усилении тревоги можно добавить препараты бензодиазепинового ряда
 и остатке в процессе лечения «кошмарных» сновидений рассмотреть возможность назначение $\alpha 1$ -адреноблокаторо

ерное.

й ответ.

Панического расстройства (должны быть страх ожидания, а также беспокойство, связанное с паническими атаками, нарушение концентрации, мышечное напряжение, раздражительность и не должно быть «кошмарных» сновидений).

и проведен только с одним заболеванием.

ВОПРОСЫ

енно возрасту, проживала с матерью, отца нет. Отношение с матерью описывает как «сухие», недоверительные. Раса, звонила редко. В подростковом возрасте постоянно слышала обвинения в свой адрес в том, что она испортила маму (по вине матери), получив специальность швеи.

ление алкоголя отрицает.

ад, когда предприятие по пошиву одежды, в котором она проработала 15 лет, объявило банкротство и большинство времени проводила в своей квартире, с друзьями и родственниками не общалась, домашним хозяйством не занималась, похудела на 7 кг за последние 1,5 месяца. Также больная отмечает, что стала плохо спать: долго засыпает, часто просыпается.

о не верит, что «найдется что-то стоящее в ее возрасте», «ничего хорошего впереди уже нет».

местами «засаленная», обувь нечищенная; волосы неухожены, нерасчесанны. В разговоре избегает прямого зрительного контакта, сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. В целом выглядит старшей женщиной.

Также больная жалуется на чувство безысходности, отсутствие удовольствия в жизни от вещей, которые ранее ее радовали. Суицидальные мысли отрицает.

ома.

т:

мятая, местами «засаленная», обувь нечищенная; волосы неухожены, нерасчесанны. В разговоре избегает прямого зрительного контакта, сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. В целом выглядит старшей женщиной. Также больная жалуется на чувство безысходности, отсутствие удовольствия в жизни от вещей, которые ранее ее радовали. Суицидальные мысли отрицает.

вания.

ентозные методы.

ИОЗС (сертралин, флуоксетин, эсциталопрам)
 ам) – терапия нарушений сна.

апии? Обоснуйте свой ответ.

и побочными эффектами - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИЗС): сертралин, флуоксетин

ерное.

й ответ.

оль мозга, рассеянный склероз, онкологические заболевания),

и проведен только с одним заболеванием.

ВОПРОСЫ

енно возрасту. Посещала ДДУ, окончила 11 классов, поступила в институт, но на 4 курсе отчислилась. Проживает в

ать в возрасте 17 лет после смерти матери (умерла от онкологического заболевания), когда осталась жить в квартире

т. Бабушку описывает как скандальную личность, которая все время ищет повод для споров и ссор, постоянно ее кр

нает, что плохое настроение периодами сменялось «светлыми промежутками», сравнивает их с «периодами вдохнов

, могла «сорваться» и поехать в другой город в гости к человеку, с которым совсем недавно познакомилась «Вконта

очей к ряду и чувствовать себя полной сил». Сожалеет, что такие периоды подъема были непродолжительными (око

его была отчислена. В настоящий момент поводом к обращению послужил очередной период «плохого настроения

лицу. Предъявляет жалобы на чувство уныния, грусти, на постоянное желание плакать; жалуется на «плохой» сон (

абирает вес, а в периоды «плохого» - вес снижается.

оде (на улице холодно, а одета «легко»), волосы сальные, неуложенные. В беседе держится неуверенно, постоянно

вшимся, страдальческим. Больная предъявляет жалобы на сниженное настроение, чувство грусти, тоски, безысходно

е приносящий отдохновения); снижение аппетита. Фон настроение снижен. Мышление несколько замедленно, без п

ии.

ома.

ой депрессии» поставлен на основании:
в и периодов гипомании),

ие плакать,

й продуктивности.

однако одета не по погоде (на улице холодно, а одета «легко»), волосы сальные, неуложенные. В беседе держится
щены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. Больная предъявляет жалобы на сниженное настроение, чувс
(поверхностный, прерывистый, не приносящий отдохновения); снижение аппетита. Фон настроение снижен. Мышл

зания.

ентозные методы.

ин; соли лития; карбамазепин (в последующем времени в качестве профилактической терапии - ламотриджин)

апии? Обоснуйте свой ответ.

арбамазепин.

ерное.

й ответ.

сти.

и проведен только с одним заболеванием.

ВОПРОСЫ

употреблял алкоголем, умер в 42 года от туберкулёза. Есть младший брат, 45 лет, здоров. Беременность, роды у матери благополучно. В школу пошёл с семи лет, учился хорошо. Окончил 10 классов, поступил в политехнический институт, кораблестроительный факультет.

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. Сначала это было связано с дискомфортом, головокружения, которые купировались принятием новых доз алкоголя, употреблял преимущественно крепкие спиртные напитки: водка до 7-9 дней подряд, с перерывом от 1 до 2-х месяцев, эпизодически может выпить «на праздники», практически сразу продолжил употреблять алкоголь.

Хочет перестать употреблять алкоголь, «проблем много, за здоровье своё беспокоюсь», страдает плохим самочувствием при употреблении «весёлый, нормальный». При разговоре об алкоголе иногда начинает смеяться, шутит на эту тему. Мышление не изменено.

стадия алкогольной зависимости; неверно оценен ведущий синдром.

– брат матери злоупотреблял алкоголем); анамнеза заболевания (употребление алкоголя стало носить навязчивый характер из-за употребления алкоголя) и настоящего психического статуса (описание симптомов абстиненции в виде головной боли, потливости, тремора).

наличия абстинентного синдрома, употребления алкоголя по типу псевдозапойев, наличия изменений личности по данным лабораторной диагностики.

критерия диагноза зависимости от алкоголя и что он выявляет?

алкоголя в выдыхаемом воздухе, а также качественное определение алкоголя в моче.

обсудите свой выбор.

алкоголя показано назначение антагонистов опиоидных рецепторов, ингибиторов алкогольдегидрогеназы, индивидуальную терапию.

правильно обоснован.

группы верное.

антагонистов опиоидных рецепторов.

та появились сонливость, тошнота, некоторая раздражительность. Обоснуйте Вашу тактику ведения.

охранения побочных эффектов необходимо принять решение о снижении дозы или пересмотре терапии.

пациента.

правильная.

рна.

ВОПРОСЫ

один из дядей злоупотреблял алкоголем. Есть старшая сестра, 51 год, здорова. Родился в г. П. Беременность, роды у
 лся хорошо. Окончил 10 классов, переехал жить в г.Н, закончил политехнический институт. По специальности не р

л алкоголь практически каждые выходные, крепкие алкогольные напитки до 200 мл в сутки, пиво до 1 литра в су
 а к алкоголю, употреблял крепкий и слабый алкоголь, отмечался рост толерантности: до 400-600 мл крепкого алко
 овной боли, сердцебиения, потливости, тремора, которые купируется приёмом алкоголя. В настоящее время употре
 первые обращался за помощью к наркологу в 39 лет, лечился путём «кодирования», после этого не употреблял алко
 грашные морды животных. Ночью вдруг увидел рядом с кроватью «черного человека», по полу бегали маленькие

ети верно. Говорит, что находится на корабле, «отправился в плавание на ледоколе». Настроение немного снижено.

триозное помрачение сознания.

стадия или алкогольный психоз; неверно оценен ведущий синдром.

злоупотреблением алкоголя со стороны братьев отца); анамнеза заболевания (употребление алкоголя стало носит
 роблем с работой из-за употребления алкоголя) и настоящего психического статуса (наличие зрительных обманов во
 наличия абстинентного синдрома, употребления алкоголя по типу псевдозапоев, наличия изменений личности по а
 хикардию.

ом статусе зрительных обманов восприятия, нарушения ориентировки.

тики лечения и что он выявляет?

новых электролитов с целью выявления метаболического ацидоза или алкалоза

обоснуйте свой выбор.

ного наблюдения, дезинтоксикационная терапия, транквилизаторы (диазепам, феназепам).

но обоснован.

паратов, кроме транквилизаторов.

нность речи, повышенная сонливость, нарушение координации. Обоснуйте Вашу тактику ведения.

назначение нейропротективной, антиоксидантной терапии (глатилин, цераксон, мексидол).

пациента.

правильная.

рна.

ВОПРОСЫ

тность, употребляет алкоголь по утрам), прооперирован по поводу прободной язвы желудка на фоне 4-х дневного
«вытягивает» что-то изо рта. При попытке побеседовать выясняется, что пациент дезориентирован в месте и време

ома.

гический диуретик манитол в\в; дексаметазон 8-16 мг\сут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гиперв
алоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения

как как они проникают через гемато-энцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга

в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлят

яния больного и проведения физикального обследования): применяются кристаллоидные растворы – в первую оч
(анангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др.

процессе инфузионной терапии без применения диуретиков.

а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролит
3 объема инфузии

аратов и их дозировок).

струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.

ез несколько часов после «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно черед
зии или в\м – 2.0-4.0

и утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м).

твор 2,0 на 500 мл физиологического раствора в виде капельной инфузии до 3 раз в день, а также циннаризин вну

я медленного внутривенного введения до 2–3 раз в сутки

енением методов экстракорпоральной детоксикации - плазмаферез. Для подготовки больного к операции плазмаф
его фракций, натрия и калия плазмы крови, гематокрита, времени свертывания крови, артериального и центрально
активных и электролитных растворов для улучшения вязкостных характеристик крови и уменьшения нарушений

рина на 400 мл физиологического раствора. Забор крови осуществляют при помощи насоса в объеме от 300 до 500

держиваемся в ней токсинами удаляют, а клеточную фракцию возвращают больному. Существуют дискретный и

. При дискретном методе 2–3 раза в течение суток забирают небольшое количество крови (200–300 мл). Общее ко

ВОПРОСЫ

стояния. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, боли в животе с однократным жидким стулом, боли в области колен
АД=160/95 мм.рт.ст., выражены пилomotorные реакции, гипергидроз, заложенность носа и ринорея. Зрачки симметричные, з

д.

а; введение нейролептиков – аминазина (1-2 мл 2,5% раствора) с новокаином (2мл 0,5% раствора) внутримышечно с пр

и их дозировок).

ологических и психических расстройств, поддержание жизненно важных функций.

п 300-600 мг/сут 6-10 дней внутримышечно или внутрь; клофелин 0,3-0,45мг/сут 6-10 дней.

о-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови. Назначается в объеме 20-40 мл/кг под контрол
раствора хлорида натрия (в среднем до 1л)

имально за 24ч не более 150мл), 10-20мл 25% раствора сернокислой магнезии и 10% раствора хлорида кальция

сутки) 4% раствора гидрокарбоната натрия внутривенно, при метаболическом ацидозе 1% раствор хлорида калия не более 20 мл в сутки (в виде пероральных растворов (реополиглюкин, реомакродекс)

для снятия напряжения, оказания вегетостабилизирующего эффекта: диазепам 0,5% 2-4мл внутримышечно.

транквилизаторов в плане коррекции инсомнических расстройств.

при наличии выраженного влечения к ПАВ, некупирующегося транквилизаторами психотропными препаратами (антидепрессантами и психотических расстройств)

при нарушении депрессивного круга: людиомил 75-125мг в сутки перорально.

при вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03г/сутки.

при нарушении депрессивного круга: людиомил 75-125мг в сутки перорально. При нарушении депрессивного круга: людиомил 75-125мг в сутки перорально.

при вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03г/сутки.

ьно.

при вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03г/сутки.

при нарушении депрессивного круга: людиомил 75-125мг в сутки перорально.

при вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03г/сутки.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания к зачету по дисциплине «Наркология»:

Раздел 1. Этиология и патогенез синдрома зависимости от ПАВ.

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
1. ПОНЯТИЕ "ПЕРВИЧНОЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ" СООТВЕТСТВУЕТ УТВЕРЖДЕНИЮ а) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-9

<p>б) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации</p> <p>в) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы</p> <p>г) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса</p> <p>д) все перечисленное</p>	
<p>2. 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>3. 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>4. 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 истощаемости</p> <p>г) беспричинной напряженности, затруднений при попытке расслабиться</p> <p>д) нарушения сна, появления в сновидениях алкогольной тематики</p>	
<p>5. 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>6. ДЛЯ СИМПТОМА СПОНТАННО-ВОЗНИКАЮЩЕГО ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ С БОРЬБОЙ МОТИВОВ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) влечения, которое осознается больным со всей определенностью б) постоянного присутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка) в) попыток больного бороться с желанием выпить г) появления на этапе I-II, II ст. заболевания д) отсутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка) 	
<p>7. ДЛЯ СИМПТОМА СПОНТАННО ВОЗНИКАЮЩЕГО ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ БЕЗ БОРЬБЫ МОТИВОВ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) неосознаваемости больным влечения б) появления во II стадии болезни в) способности предотвратить развитие эксцесса с помощью этических моментов г) раздражительности перед алкогольным эксцессом, колебаний настроения д) неспособности предотвратить развитие эксцесса с помощью этических моментов 	
<p>8. ДЛЯ АКТУАЛИЗАЦИИ СИМПТОМА СПОНТАННО ВОЗНИКАЮЩЕГО ПЕРВИЧНОГО ВЛЕЧЕНИЯ БЕЗ БОРЬБЫ МОТИВОВ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) появления уверенности в возможности "нормальной выпивки" б) оживления в ответ на алкогольные раздражители в) поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя г) изменения аппетита д) ощущения внутренней физической тяжести 	
<p>9. ДЛЯ СИМПТОМА ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ С ХАРАКТЕРОМ НЕОДОЛИМОСТИ ВЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) спонтанного возникновения б) реализации вслед за возникновением в) появления преимущественно у больных с астеническими характерологическими чертами в преморбиде г) интенсивности, подобной голоду или жажде д) формирования во II-III и III стадиях заболевания 	
<p>10. СИМПТОМУ ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ С ХАРАКТЕРОМ НЕОДОЛИМОСТИ ПРЕДШЕСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) отчетливое желание выпить б) тревогу, ожидание беды, неприятностей в) злобность, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя 	

г) ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке д) утрату на этот период каких-либо морально-этических норм	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Раздел 2. Синдром зависимости от алкоголя. Металкогольные психозы.

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
14. В ДИНАМИКЕ АЛКОГОЛИЗМА ФОРМИРОВАНИЕ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРОИСХОДИТ НА ЭТАПЕ а) систематического употребления алкоголя б) в I стадии заболевания в) при переходе во II стадию г) во II стадии заболевания д) в III стадии заболевания	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-9
15. В СТРУКТУРЕ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРЕОБЛАДАЕТ ГРУППА РАССТРОЙСТВ а) психических б) вегетативно-астенических в) психоорганических г) неврологических д) соматических	
16. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА С ВЕГЕТАТИВНО-АСТЕНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ а) потливости б) тахикардии в) сухости во рту г) тремора пальцев рук д) нерезко выраженной астении	
17. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА С ВЕГЕТАТИВНО-СОМАТИЧЕСКИМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ а) гипергидроза б) диспептических расстройств в) нарушений памяти г) генерализованного тремора д) нарушений сердечнососудистой деятельности	
18. ДЛЯ РАЗВЕРНУТОГО АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ а) выраженного гипергидроза б) генерализованного тремора в) тревожно-параноидной установки г) гипертензии, болей в сердце д) менингеальных симптомов	

<p>19. ДЛЯ АБСТИНЕНТНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА С СУДОРОЖНЫМ КОМПОНЕНТОМ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) тремора, гипергидроза б) идей ревности в) развернутых или абортивных судорожных припадков г) тревожно-тоскливого фона настроения д) головных болей 	
<p>20. ДЛЯ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА, В ОТЛИЧИЕ ОТ ЭПИЛЕПСИИ, ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) наличия тонической и клонической фазы б) стереотипности припадков в) развития психомоторного возбуждения после припадка г) отсутствия на ЭЭГ характерных для эпилепсии изменений д) преобладания тонической фазы в картине припадка 	
<p>21. ДЛЯ АБСТИНЕНТНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) депрессивно-тревожного аффекта с пугливостью б) расстройства сна, сопровождающегося кошмарными сновидениями в) тревожно-параноидной установки г) вербального галлюциноза д) рудиментарных зрительных галлюцинаций 	
<p>22. ДЛЯ АБСТИНЕНТНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА С ОБРАТИМЫМИ ПСИХООРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) мнестических расстройств с утратой критики к своему состоянию и окружающему б) колебаний аффекта от благодушия, эйфории до немотивированной злобы в) атаксии, генерализованного тремора, пирамидных знаков г) обстоятельности мышления, бедности речи д) расстройства схемы тела 	
<p>23. АЛКОГОЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ БАРБИТУРОВОЙ НАРКОМАНИИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сроков формирования б) тяжести клинических проявлений в) напряженности аффекта, дистрофичности г) наличия вегетативных расстройств д) наличия постоянной судорожной готовности 	
<p>Раздел 3. «Наркомании и токсикомании»</p>	
<p>Тестовые вопросы</p>	<p>Код компетенции (согласно РПД)</p>

<p>51. ТЕРМИН "НАРКОТИЧЕСКОЕ" СРЕДСТВО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ КРИТЕРИИ:</p> <p>а) медицинский б) социальный в) юридический г) все перечисленные д) ничего из перечисленного</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-9</p>
<p>52. ТЕРМИН "НАРКОТИК" ПРИМЕНИМ:</p> <p>а) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими б) к психотропным веществам, способным вызывать зависимость в) к лекарственным средствам, употребляемым в немедицинских целях г) применим ко всем перечисленным д) не применим ко всем перечисленным</p>	
<p>53. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ НАРКОМАНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ИСКЛЮЧАЯ:</p> <p>а) появление новых форм наркотиков, смену их б) склонность к комбинированному приему наркотиков в) рост числа женщин, злоупотребляющих наркотиками г) преимущественное употребление средств растительного происхождения д) появление новых путей введения наркотиков</p>	
<p>54. 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 б) утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее в) потеря способности запоминать текущие события г) одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций д) отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность</p>	
<p>55. ЧАЩЕ ВСЕГО НАРКОМАНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ У ЛИЦ:</p> <p>а) с дефектами воспитания б) с личностными девиациями в) с нарушениями социальной адаптации г) со всем перечисленным д) ни с чем из перечисленного</p>	
<p>56. БОЛЬНЫМ НАРКОМАНИЕЙ В ПРЕМОРБИДЕ ПРИСУЩИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ, КРОМЕ:</p> <p>а) черт психического инфантилизма б) высокой частоты перинатальной и ранней постнатальной патологии в) паранойяльности</p>	

<p>г) различных психопатологических расстройств (логоневроз, невротические реакции, гипердинамический синдром и др.)</p> <p>д) затруднений в социальной адаптации</p>	
<p>57. ВЕДУЩИМИ ЗВЕНЬЯМИ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ НАРКОМАНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:</p> <p>а) нарушения функции катехоламиновой системы</p> <p>б) нарушения транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток</p> <p>в) нарушения метаболизма серотонина</p> <p>г) перестройки опиатных рецепторов</p> <p>д) нарушения обмена витаминов группы В</p>	

Раздел 4. «Терапия синдрома зависимости.»

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>71. 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>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-9</p>
<p>72. 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>73. 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>74. К МЕТОДАМ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) рациональная психотерапия</p> <p>б) ситуационно-психологический тренинг</p> <p>в) внушение наяву</p> <p>г) гипнотерапия</p>	

д) все перечисленные	
<p>75. ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКЕ ПОЗВОЛЯЕТ</p> <p>а) притупить первичное патологическое влечение к алкоголю б) устранить вторичное патологическое влечение к алкоголю в) уменьшить эмоциональное напряжение г) мобилизовать волевые ресурсы д) все перечисленное, кроме б)</p>	
<p>76. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ МОЖНО</p> <p>а) уменьшить проявление алкогольной анозогнозии б) аутоидентифицировать первичное патологическое влечение к алкоголю в) выработать навыки поведения, препятствующие срыву ремиссии г) провести ценностную переориентацию д) все перечисленное верно</p>	
<p>77. 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 б) проходящих принудительное противоалкогольное лечение в) явившихся на лечение в трезвом виде г) на любой стадии алкоголизма д) явившихся на лечение не менее, чем с двухнедельным воздержанием от алкоголя</p>	
<p>78. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) никотинзаместительную терапию б) рефлексотерапию в) аверсионную терапию г) терапию нейролептиками д) психотерапию</p>	
<p>79. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ НИКОТИНОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) гипертоническую болезнь II-III степени б) атеросклероз в) язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения г) кровотечение д) хронический гепатит</p>	
<p>80. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И ТОКСИКОМАНИЕЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ РЯД ЭТАПОВ, СРЕДИ КОТОРЫХ</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>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Раздел 5. «Профилактика синдрома зависимости от ПАВ.»

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>84. "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>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-9</p>
<p>85. 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>86. 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>87. 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>	

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Касимова Л.Н., доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии