

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

НАРКОЛОГИЯ

Специальность 31.08.20 Психиатрия
код, наименование

Кафедра: психиатрии

Форма обучения очная

Владимир
2023

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
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, 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: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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
...		
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 56 лет, индивидуальный предприниматель (имеет сеть салонов красоты), работает в одном из них парикмахером.</p> <p>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 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. Дочь 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
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <p>- данных анамнеза (алкоголизация в виде псевдозапоев в течении 18 лет, сформировавшийся синдром отмены, который выражается яркой вегетативной симптоматикой: повышение АД, профузное</p>

		потоотделение, рвота, головная боль, дрожь во всем теле, необходимость опохмелиться, для снятия симптоматики); - данных психического статуса (настроение сниженное, пациент раздражительный, критика к состоянию формальная, эмоционально лабильна). -
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Обоснование полностью не верно.
B	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
O	-	Лечение синдрома отмены алкоголя включает в себя медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Для снятия острой вегетативной симптоматики используется дезинтоксикационная терапия, включающая солевые растворы, витамины группы В. Для лечения депрессивной симптоматики используют антидепрессанты, чаще всего – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; нарушения сна и выраженной тревоги – транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Для улучшения мозгового кровообращения назначаются ноотропные препараты; Для снижения АД и ЧСС применяются бета-адреноблокаторы; Немедикаментозные методы включают в себя психотерапию: Релаксационные методы, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
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.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 56 лет, индивидуальный предприниматель (имеет сеть салонов красоты), работает в одном из них парикмахером.</p> <p>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 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 с делирием
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - данных анамнеза (длительное злоупотребление алкоголем, более 40 лет) - данных психического статуса (Контакт формальный, на вопросы отвечает не по существу. Во время беседы ведет себя настороженно:

		прислушивается, оглядывается по сторонам, глядя на потолок, указывает на кого-то пальцем, огрызается. Дезориентирован в месте и времени. Сообщает, что находится у друга в гостях. Предъявляет жалобы на страх смерти, тревогу. На вопросы врача отвечает агрессией. В поведении раздражителен, возбужден. Критики к своему состоянию нет.).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь со стрессом.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
B	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
O	-	Для лечения данного заболевания используется медикаментозная и немедикаментозная терапия. Медикаментозная: 1. Для снятия острой вегетативной симптоматики используется дезинтоксикационная терапия, включающая солевые растворы, раствор глюкозы, витамины группы В. (обязательно под контролем водно-солевого баланса). 2. Для купирования продуктивной симптоматики необходимо использовать транквилизаторы бензодиазепинового ряда и барбитуровой кислоты (диазепам, лоразепам); нейролептики-наиболее безопасным для пациентов с делирием является галоперидол. 3. Для устранения судорожного синдрома, для достижения седации применяют магния сульфат. 4. После устранения всех острых симптомов проводят сенсibiliзирующую терапию. Немедикаментозная: 1. Семейное психологическое консультирование.
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.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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"> - данных анамнеза (длительное злоупотребление алкоголем); - данных психического статуса (фиксационная и ретроградная амнезия, конфабуляции, полинейропатия нижних конечностей).
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
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	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
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 собственной никчемности, виновности, о нежелании жить. В день госпитализации с суицидальной целью выпил пачку таблеток. Женой была вызвана СМП.

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

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 выбора являются современные антидепрессанты с минимальными побочными эффектами - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИЗС): флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, пароксетин или трициклические антидепрессанты.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.
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.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 56 лет, индивидуальный предприниматель (имеет сеть салонов красоты), работает в одном из них парикмахером. Анамнез: Имеет 2 высших образования, разведена, один ребенок-дочь. Первая проба алкоголя в 25 лет, отмечает непереносимость при первых пробах. В дальнейшем употребляла спиртные напитки « по большим праздникам». Злоупотребление алкоголем отмечает с 38 лет, когда стала 2, 3 раза в неделю с коллегами по работе выпивать по 200-250 гр. коньяка в день « за компанию». Абстинентный синдром сформировался в 40 лет, амнезии опьянений с 39 лет. Проходила дважды дезинтоксикационное лечение в наркологической больнице по настоянию дочери. Толерантность повысилась до 0,7л. Пьянство носит характер псевдозапойев. 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. Наследственный наркологический анамнез не отягощен. 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.
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	-	Диагноз поставлен на основании: - данных анамнеза (алкоголизация в виде псевдозапоев в течении 18 лет, сформировавшийся синдром отмены, который выражается яркой вегетативной симптоматикой: повышение АД, профузное потоотделение, рвота, головная боль, дрожь во всем теле, необходимость опохмелиться, для снятия симптоматики); - данных психического статуса (настроение сниженное, пациент раздражительный, критика к состоянию формальная, эмоционально лабильна).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	Лечение синдрома отмены алкоголя включает в себя медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Для снятия острой вегетативной симптоматики используется дезинтоксикационная терапия, включающая солевые растворы, витамины группы В. Для лечения депрессивной симптоматики используют антидепрессанты, чаще всего – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; нарушении сна и выраженной тревоги – транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Для улучшения мозгового кровообращения назначаются ноотропные препараты; Для снижения АД и ЧСС применяются бета-адреноблокаторы; Немедикаментозные методы включают в себя психотерапию: Релаксационные методы, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 78 лет, разнорабочий.</p> <p>Анамнез: родился в г. Лукоянов, в полной семье, третьим ребенком. Рос и развивался согласно возрасту. ДДУ не посещал, в школу пошел с 7 лет, адаптировался хорошо. Закончил 7 классов (неполное среднее образование). После школы пошел работать в колхоз. Родители так же работали в колхозе. Наследственность по алкогольной зависимости не отягощена. Разведен, есть дети. Первая проба алкоголя в 18 лет, непереносимости не отмечал. Употреблял с друзьями «за компанию». В 30 лет начал злоупотреблять, быстро сформировался абстинентный синдром, во время которого отмечалось: злость, 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</p>

		выполняет с промахиванием. В позе Ромберга не устойчив, падает. Тремор рук, языка: мелкий. 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.
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	-	Диагноз поставлен на основании: - данных анамнеза (длительное злоупотребление алкоголем, более 40 лет) - данных психического статуса (Контакт формальный, на вопросы отвечает не по существу. Во время беседы ведет себя настороженно: прислушивается, оглядывается по сторонам, глядя на потолок, указывает на кого-то пальцем, огрызается. Дезориентирован в месте и времени. Сообщает, что находится у друга в гостях. Предъявляет жалобы на страх смерти, тревогу. На вопросы врача отвечает агрессией. В поведении раздражителен, возбужден. Критики к с
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	-	Для лечения данного заболевания используется медикаментозная и немедикаментозная терапия. Медикаментозная: 1. Для снятия острой вегетативной симптоматики используется дезинтоксикационная терапия, включающая солевые растворы, раствор глюкозы, витамины группы В. (обязательно под контролем водно-солевого баланса). 2. Для купирования продуктивной симптоматики необходимо использовать транквилизаторы бензодиазепинового ряда и барбитуровой кислоты (диазепам, лоразепам); нейролептики-наиболее безопасным для пациентов с делирием является галоперидол. 3. Для устранения судорожного синдрома, для достижения седации применяют магния сульфат.

		4. После устранения всех острых симптомов проводят сенсibiliзирующую терапию. Немедикаментозная: 1. Семейное психологическое консультирование.
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	-	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.
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.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н., 25 лет, программист . Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Рос и развивался соответственно возрасту, окончил школу и институт По характеру замкнутый, вспыльчивый, ответственный Употребление алкоголя отрицает. 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

		<p>брату стало хуже, и его «увезли под ИВЛ». В это время возникает страх за жизнь брата и матери. Следующие 1,5 месяца находился дома, ни с кем не общался, нарушился ночной сон. Стали мучить кошмарные сновидения. Избегает разговоров с матерью. Считает себя виноватым в заражении семьи и смерти отца. Боится выходить из дома и посещать общественные места со страхом коронавирусной инфекции. Постоянно думает о том, как заразил отца, «лучше бы умер я, чем семья» Стал очень раздражительным «заводится по щелчку». Работа стала очень тяжело даваться, тратит на нее в два раза больше должного времени.</p> <p>Психический статус: Настроение снижено. Больной заторможен, на вопросы о произошедшей ситуации отвечает неохотно, пытается избежать ответа. Сидит в одной позе, опустив голову, мимика однообразная.</p> <p>Жалуется на плохой сон, отсутствие аппетита, головные боли и учащение сердцебиения. Суицидальные мысли отрицает. Мышление замедленное, снижена концентрация внимания.</p> <p>Соматический статус: Кожа сухая, тонус снижен. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Посттравматическое стрессовое расстройство
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз тяжелого депрессивного эпизода поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МКБ-10:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Непосредственная связь с сильной стрессовой ситуацией, 2. Повторные переживания в виде ночных кошмаров 3. Негативные изменения в эмоциях 4. Повышенная реактивность и возбуждение 5. Длительность симптомов более месяца 6. Нарушение нормального повседневного функционирования вследствие этих симптомов
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома или заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Так как пациент страдает от посттравматического стрессового расстройства и имеет симптомы сниженного настроения, нарушения сна и ночных кошмаров, то препаратами выбора являются современные антидепрессанты с минимальными побочными эффектами - селективные ингибиторы обратного

		захвата серотонина (СИЗС): флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, пароксетин.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, обоснование верное.
P1	-	Ответ дан не полностью: выбрана верная группа препаратов, но обоснование не верное.
P0	-	Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.
B	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.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной М., 39 лет, автослесарь.</p> <p><u>Анамнез жизни:</u> Отец и дед со слов жены злоупотребляли алкоголем. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещал ДДУ, был активным, общительным ребенком. В школу пошел с 7 лет. Все школьные годы был активным, занимался в секции настольного тенниса и футбола. Учился хорошо. Вместе со своими друзьями - одноклассниками, поступил после 8 класса в авиамеханический техникум по специальности слесарь-автомеханик. По характеру активный, общительный, всегда имел много друзей, по мимо спорта увлекался разборкой мототранспорта. Служил в армии в войсках связи. После демобилизации устроился с лучшим другом работать в официальный сервис к автодилеру марки «Ауди» на должность слесаря-автомеханика, с хорошей оплатой.</p> <p>Сообщает, что курить начал, как и отец с 15 лет, говорит, что алкоголь употребляет как все, «по праздникам».</p> <p><u>Анамнез заболевания</u> (со слов пациента и его жены И.): сообщает, что с момента учебы в техникуме любил каждые выходные посидеть с друзьями «пообщаться и отдохнуть» с пивом. Делал перерывы в употреблении алкоголя только летом, когда уезжал помогать родителям в деревню и все лето был занят на полевых работах каждодневно. Техникум окончил на отлично. После службы в армии женился и устроился на работу в авто салон по специальности. Продолжал собираться с друзьями для распития алкоголя по выходным. Совместно с другом каждый квартал после получения премии ходил в бар, где «активно праздновали» получение дополнительного дохода. Дома стали происходить конфликты с женой. После рождения дочери, на полгода прекратил прием алкоголя, так как «обещал жене». В этот период отмечал сильное желание выпить. Возобновление алкоголизации объяснял так: «очень устаю от воспитания ребенка, хочется расслабиться». Когда отмечали рождение дочери друга, ушел в «запой» на 3 дня. В возрасте 30 лет</p>

		<p>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 другой коллеге, чтобы узнать обстоятельства случившегося. Ей было сообщено, что к концу недели без приема алкоголя, пациент начинает рассказывать анекдоты, связанные с приемом алкоголя. Даже пару раз декламировал стихотворения, посвященные алкоголю, не являлся на работу, выпивая с новым охранником автостоянки, и после выговора от руководства, своего поведения не поменял. Узнав новую информацию, жена сообщила об ультиматуме, что может подать на развод. Он согласился на ее условия, однако на следующий вечер пришел пьяным со словами: «отмечали день рождения коллеги, не смог отказать». По рекомендации начальника обратились к врачу психиатру-наркологу для лечения.</p> <p><u>Психический статус:</u> сознание не помрачено, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внешне неопрятен, чувствуется запах перегара. В разговоре сообщает, что не понимает смысла визита и говорит, что его поведение «как у половины жителей страны». Дает согласие на лечение: «только чтобы жена успокоилась». Однако, после расспроса о жалобах говорит, что бывает плохой сон с кошмарными сновидениями, если долго не употребляет алкоголь, а когда примет «лекарство» спит, «как младенец», жалуется на слабость, недомогание по утрам, сухость во рту, тремор рук после выпивки по утрам, в связи с чем опохмеляется. Подтверждает, что имеет тягу к приему алкоголя, парируя это аргументом: «есть ведь тоже все хотят, а на Руси из покон веку пили...». Отмечает, что в последнее время запои продолжаются по несколько недель. Аппетит пониженный. Фон настроения несколько снижен, раздражителен. Эмоционально откликается на алкогольные темы. Относится к своему здоровью и пьянству легковерно. Наличие галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявлено. Суицидальные мысли отрицает. Опасных тенденций не прослеживается.</p> <p>Сомато - неврологический статус: без особенностей</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром алкогольной зависимости 2 стадия.

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

		условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью в следствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Обоснование госпитализации дано не полностью, не указаны пункты статьи.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	В связи с отсутствием желания у самого пациента к лечению от зависимости, целесообразнее использовать препарат налтрексон, для устранения приятных ощущений от выпитого, а так же сохранении комплаенса в связи с минимальными побочными эффектами. Вторым препаратом для лечения можно добавить топиромат, 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.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у		<p>Больная А., 37 лет, врач-рентгенолог в ЦРБ.</p> <p><u>Анамнез жизни:</u> Наследственность психопатологически неотягощена. Единственный ребенок в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещала ДДУ, была активным, общительным ребенком. В школу пошла с 7 лет, все школьные годы была активисткой, возглавляла спортивную секцию по волейболу. Училась на хорошо и отлично. Все школьные годы активно занималась спортом. Поступила в медицинский институт, продолжала заниматься волейболом, участвовала и заняла 2 место на конкурсе «Мисс институт». Закончив институт, устроилась работать рентгенологом в ЦРБ.</p> <p>По характеру активная, общительная, ответственная, имела много друзей среди сокурсников. Однако всегда отмечала признаки сильной тревоги перед важными событиями. Курение и употребление алкоголя отрицает. Не замужем, детей нет.</p> <p><u>Анамнез заболевания</u> (со слов пациентки): переехала в Нижегородскую область ухаживать за матерью, которая болела ХОБЛ. После ее смерти сильно переживала, испытывала тревогу, отмечалось пониженное настроение, к психиатру не обращалась.</p> <p>В феврале 2020 года в ЦРБ поступила женщина, вернувшаяся с отдыха из Италии с жалобами на отдышку, периодические приступы удушья, малопродуктивный кашель, высокую температуру, отсутствие вкусовых и обонятельных ощущений.</p> <p>В соответствии с родом своей деятельности пациентка выполняла рентгенографию данной женщине. Через неделю стала чувствовать себя плохо, поднялась температура, появился «сухой кашель». Обратилась к участковому терапевту по месту жительства. Проходила лечение амбулаторно. Через 3 дня появилась выраженная отдышка, была переведена на стационарное лечение с признаками пневмонии. В связи с ухудшением состояния переводилась в реанимационное отделение и была подключена к ИВЛ. После забора мазков был выставлен диагноз: COVID-19. Соматическое состояние было тяжелым. На фоне лечения отмечалось улучшение. Спустя 20 дней была выписана домой с отрицательными мазками на COVID-19 и пробой ФВД (свидетельствующая о снижении ЖЕЛ на 30%).</p> <p>В течение полутора месяцев чувствовала себя удовлетворительно, продолжала работать и восстанавливаться после заболевания.</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 приедет раньше времени, хоть и находилась дома. Каждый раз, смотря на себя в зеркало и видя шрам после ИВЛ, испытывала страх и чувство паники с наплывом воспоминаний о лечении в больнице. Стала сильно тревожиться о</p>

		<p>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><u>Сомато-неврологический статус:</u> без особенностей</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Посттравматическое стрессовое расстройство .
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МКБ-10:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Отсроченная реакция, проявившаяся в течение 6 месяцев с момента психотравмирующей ситуации. 6. Тревога и повторные переживания ситуации (флешбеки). <p>А также дополнительных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Нарушенный сон. 4. Сниженный аппетит. 5. Избегание. 6. Чувство беспокойства. <p>Диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» поставлен на основе данных анамнеза (сильно значимая для индивида травма), имеющие место флешбеки и отсроченная в 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.
В	3	Может ли данная пациентка быть госпитализирована в недобровольном порядке? Если да, то на каком основании.

О	-	<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 обусловливает:</p> <p>а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью 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.
В	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	<p>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.</p>
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.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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,</p>

		<p>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.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз депрессивного эпизода средней степени тяжести поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> • анамнеза жизни (предшествующее увольнение), • жалоб на: <ol style="list-style-type: none"> 7. Сниженное настроение, 8. Утрату интересов и способности получать удовольствие, 9. Повышенную утомляемость, 10. Нарушение сна, 11. Отсутствие аппетита, <p>В соответствии с критериями МКБ-10 присутствуют также:</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Сниженная самооценка и чувство уверенности в себе, 13. Мрачное и пессимистичное видение будущего, <ul style="list-style-type: none"> • 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 настроения снижен. Мышление несколько замедленно, без грубых нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не высказывает. Суицидальные мысли отрицает.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома или заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	1. Предпочтительнее амбулаторное лечение. 2. Антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина - СИОЗС (сертралин, флуоксетин, эсциталопрам) 3. Транквилизаторы (производные бензодиазепаина: феназепам, лоразепам, диазепам) – терапия нарушений сна. 4. Психотерапия
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? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Препаратами выбора 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.
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	1. Соматические заболевания (гипотериоз, анемия, болезнь Паркинсона, опухоль мозга, рассеянный склероз, онкологические заболевания), 2. Фармакогенные причины (кортизон, антибиотики, цитостатики), 3. Деменция, 4. Алкоголизм, 5. Шизоврения/шизоаффективное расстройство, 6. Соматизированное расстройство, 7. Биполярное аффективное расстройство, 8. Дистимия (хроническое пониженное настроение),

		9. Посттравматическое стрессовое расстройство, 10. Расстройство адаптации
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная И., 25 лет, безработная.</p> <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</p>

		<p>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 настроения снижен. Мышление несколько замедленно, без грубых нарушений. Психотическая симптоматика не выявляется. Суицидальные мысли отрицает.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Биполярно 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 «Биполярно аффективное расстройство I-типа, текущий эпизод умеренной депрессии» поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> • анамнеза жизни (чередование с 17летнего возраста депрессивных эпизодов и периодов гипомании), • жалоб на текущий момент: <ol style="list-style-type: none"> 14. Сниженное настроение, наличие чувства уныния, грусти, постоянное желание плакать, 15. Утрату интересов и способности получать удовольствие, 16. Повышенную утомляемость, 17. Нарушение сна, 18. Снижение аппетита, 19. Мрачное и пессимистичное видение будущего. <p>В соответствии с критериями МКБ-10 присутствуют также в период гипомании:</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Повышенное настроение (вне зависимости от ситуации), 21. Повышенная энергичность и физическая активность, 22. Увеличение объема и темпа психической деятельности, 23. Повышенная самооценка, чувство благополучия, психической и физической продуктивности. 24. Чрезмерный оптимизм, 25. Сниженная потребность во сне, 26. Повышение аппетита.

		<ul style="list-style-type: none"> 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 выявляется. Суицидальные мысли отрицает.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома или заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	1. Предпочтительнее амбулаторное лечение. 2. Номотимики: антиконвульсанты – препараты вальпроевой кислоты, ламотриджин; соли лития; карбамазепин (в последующем времени в качестве профилактической терапии - ламотриджин) 3. Психотерапия
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? 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.
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	11. Рекурентная депрессия 12. Тревожное расстройство, пограничное, антисоциальное расстройство личности. 13. Шизоврения/шизоаффективное расстройство, 14. Злоупотребление психоактивными веществами,

		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.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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. Изо 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 стадия алкогольной зависимости; неверно оценен ведущий синдром.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	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) Средняя стадия выставлена на основании компульсивного употребления алкоголя, наличия абстинентного синдрома, употребления алкоголя по типу псевдозапоев, наличия изменений личности по алкогольному типу. Активное потребление определяется на основании состояния пациента, данных лабораторной диагностики.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование стадии заболевания, или ведущего синдрома. или Обоснование стадии заболевания, или ведущего синдрома дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	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	-	Метод выбран верно, но неправильно указано, что он выявляет. Или 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 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 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 неверен. или Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.
P0	-	Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения пациента неверна.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент М., 43 года. 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. 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 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 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.
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	-	Диагноз выставлен на основании анамнеза жизни (наследственность отягощена 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). Средняя стадия выставлена на основании компульсивного употребления алкоголя, наличия абстинентного синдрома, употребления алкоголя по типу псевдозапоев, наличия изменений личности по алкогольному типу. Абстинентное состояние определяется на основании жалоб пациента на тремор, тахикардию. Делириозное помрачение сознания выставлено на основании ведущих в психическом статусе зрительных обманов восприятия, нарушения ориентировки.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:

		отсутствует обоснование стадии заболевания, или ведущего синдрома. или Обоснование стадии заболевания или ведущего синдрома дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или 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. Или 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. или 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 неверен. или Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.
P0	-	Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения пациента неверна.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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	-	длительное 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"> — проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (осмотический диуретик манитол в\в; дексаметазон 8-16 мг\сут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гипервентиляции); — фуросемид применять не рекомендуется так как он при отеке мозга малоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения — гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны, так как они проникают через гематоэнцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга — 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 — 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.

		<ul style="list-style-type: none"> — дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков. — необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит) — раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более 1\3 объема инфузии
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"> — применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием. — 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) — аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0 — 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). — 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. — трентал 2% раствор 5,0 на 250–500 мл физиологического раствора для медленного внутривенного введения до 2–3 раз в сутки — 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

		<p>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.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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, суевливым, 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.</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.
В	2	Определите тактику неотложной помощи
Э	-	<p>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</p>

		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	-	<p>2. 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"> — восполнение водных потерь: 5% раствор глюкозы и изотонического раствора хлорида натрия (в среднем до 1л) — восполнение электролитных потерь: 1% раствор хлорида калия (максимально за 24ч не более 150мл), 10-20мл 25% раствора сернокислой магнезии и 10% раствора хлорида кальция — 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 — для улучшения реологических свойств крови введение высокомолекулярных растворов (реополиглюкин, реомакродекс) <p>Психофармакотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Транквилизаторы для снижения чувства тревоги, страха, аффективного напряжения, оказания вегетостабилизирующего эффекта: диазепам 0,5% 2-4мл внутримышечно. — Снотворные: фенobarбитал 0,1-0,2г на ночь при недостаточности транквилизаторов в плане коррекции инсомнических расстройств. — Нейролептики с осторожностью (опасность лекарственной интоксикации и психотических расстройств) при наличии выраженного влечения к

		<p>ПАВ, некупирующегося транквилизаторами психомоторного возбуждения: галоперидол 0,5% 5-10мл (1-2мл) или аминазин 2,5% 50мл (2мл) внутривенно медленно вместе с кордиамином</p> <p>— Антидепрессанты для предупреждения и купирования аффективных нарушений депрессивного круга: людиомил 75-125мл в сутки перорально.</p> <p>— Препараты с вегетостабилизирующим действием при выраженных вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03, СД до 0,09.</p> <p>Симптоматическая терапия:</p> <p>— При депрессии дыхательного центра: аналептики (2мл 10% раствора сульфокамфокаина или раствор кордиамин подочно, внутримышечно или внутривенно медленно), 1мл 20% раствора кофеина подочно.</p> <p>— При признаках сердечной недостаточности – сердечные гликозиды: 0,06% раствор коргликона 1мл внутривенно. При снижении АД 1мл 20% раствора кофеина подочно. 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 20-40мл/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.

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)
<p>1. ПОНЯТИЕ "ПЕРВИЧНОЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ" СООТВЕТСТВУЕТ УТВЕРЖДЕНИЮ</p> <p>а) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации</p> <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>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
<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</p>	

<p>ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) неустойчивости настроения б) переключения интересов на занятия типа "хобби" в) повышения истощаемости г) беспричинной напряженности, затруднений при попытке расслабиться д) нарушения сна, появления в сновидениях алкогольной тематики 	
<p>5. ДЛЯ СИМПТОМА СИТУАЦИОННО-ОБУСЛОВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) появления на начальных стадиях заболевания б) связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношения к профессиональной деятельности) в) невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм г) оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя д) возможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм 	
<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	
9. ДЛЯ СИМПТОМА ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ С ХАРАКТЕРОМ НЕОДОЛИМОСТИ ВЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ 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	
10. СИМПТОМУ ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ С ХАРАКТЕРОМ НЕОДОЛИМОСТИ ПРЕДШЕСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, ИСКЛЮЧАЯ 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	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, 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	

<p>д) резко выраженной астении</p>	
<p>17. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА С ВЕГЕТАТИВНО-СОМАТИЧЕСКИМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none">а) гипергидрозаб) диспептических расстройствв) нарушений памятиг) генерализованного треморад) нарушений сердечнососудистой деятельности	
<p>18. ДЛЯ РАЗВЕРНУТОГО АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none">а) выраженного гипергидрозаб) генерализованного треморав) тревожно-параноидной установкиг) гипертензии, болей в сердцед) 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, гипергидрозаб) идей ревностив) развернутых или abortивных судорожных припадковг) тревожно-тоскливого фона настроенияд) 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 фазыб) стереотипности припадковв) развития психомоторного возбуждения после припадкаг) отсутствия на ЭЭГ характерных для эпилепсии измененийд) 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 пугливостьюб) расстройства сна, сопровождающегося кошмарными сновидениямив) тревожно-параноидной установкиг) вербального галлюцинозад) рудиментарных зрительных галлюцинаций	
<p>22. 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</p> <p>б) колебаний аффекта от благодушия, эйфории до немотивированной злобы</p> <p>в) атаксии, генерализованного тремора, пирамидных знаков</p> <p>г) обстоятельности мышления, бедности речи</p> <p>д) расстройства схемы тела</p>	
<p>23. АЛКОГОЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ БАРБИТУРОВОЙ НАРКОМАНИИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) сроков формирования</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>	

Раздел 3. «Наркомании и токсикомании»

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>51. ТЕРМИН "НАРКОТИЧЕСКОЕ" СРЕДСТВО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ КРИТЕРИИ:</p> <p>а) медицинский</p> <p>б) социальный</p> <p>в) юридический</p> <p>г) все перечисленные</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9 .</p>
<p>52. ТЕРМИН "НАРКОТИК" ПРИМЕНИМ:</p> <p>а) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими</p> <p>б) к психотропным веществам, способным вызывать зависимость</p> <p>в) к лекарственным средствам, употребляемым в немедицинских целях</p> <p>г) применим ко всем перечисленным</p> <p>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</p> <p>б) склонность к комбинированному приему наркотиков</p> <p>в) рост числа женщин, злоупотребляющих наркотиками</p> <p>г) преимущественное употребление средств растительного происхождения</p> <p>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</p>	

<p>б) утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее</p> <p>в) потеря способности запоминать текущие события</p> <p>г) одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций</p> <p>д) отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность</p>	
<p>55. ЧАЩЕ ВСЕГО НАРКОМАНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ У ЛИЦ:</p> <p>а) с дефектами воспитания</p> <p>б) с личностными девиациями</p> <p>в) с нарушениями социальной адаптации</p> <p>г) со всем перечисленным</p> <p>д) ни с чем из перечисленного</p>	
<p>56. БОЛЬНЫМ НАРКОМАНИЕЙ В ПРЕМОРБИДЕ ПРИСУЩИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ, КРОМЕ:</p> <p>а) черт психического инфантилизма</p> <p>б) высокой частоты перинатальной и ранней постнатальной патологии</p> <p>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>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9</p>

<p>72. В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ПРОВОДЯТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ</p> <p>а) групповой психотерапии б) семейной психотерапии в) гипносуггестивной психотерапии г) аутогенной тренировки 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 б) больных с нарушениями соматических функций психогенной этиологии в) лиц с острыми реакциями на стресс и адаптационными реакциями г) больных с манифестными психотическими расстройствами д) больных с расстройствами личности</p>	
<p>74. К МЕТОДАМ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) рациональная психотерапия б) ситуационно-психологический тренинг в) внушение наяву г) гипнотерапия д) все перечисленные</p>	
<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</p>	

<p>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 б) снятие интоксикации, купирование абстинентных явлений в) восстановление нарушенных соматических и психических функций, коррекция поведения г) выявление основного симптомокомплекса психической зависимости и определение предшествующих рецидивов 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 б) I-II стадии в) II стадии г) II-III стадии д) III стадии</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9</p>
<p>85. К БИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И УСТОЙЧИВОСТЬ РЕМИССИЙ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) возраст формирования болезни б) наличие характерологических особенностей и связанных с ними особенностей клиники алкоголизма, изменений личности</p>	

<p>в) стадия заболевания г) все перечисленные факторы 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) б) длительность, комплексность и дифференцированность терапии в) социально-реабилитационные мероприятия г) все перечисленные 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 б) бесконечного ощущения опасности за свое здоровье и здоровье близких в) повышенной способности к вытеснению и лживости г) склонности к пониженной самооценке, преувеличению собственных недостатков, неуверенности в своих силах 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 несущественные 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 несущественные 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 несущественные 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
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России