

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 3

Специальность 31.08.21 Психиатрия-наркология
код, наименование

Кафедра: психиатрии

Форма обучения: очная

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 3» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 3». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике Производственная (клиническая) практика 3 используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задания	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

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 практики	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Текущий	Раздел 1. Диагностика и лечение наркологических расстройств в отделении острых психозов. Раздел 2. Диагностика и лечение наркологических расстройств в условиях реабилитационного отделения. Раздел 3. Диагностика и лечение наркологических расстройств в условиях дневного стационара. Раздел 4. Патопсихологическое исследование. Раздел 5. МСЭ при наркологических расстройствах. Раздел 6. Диагностика и лечение наркологических расстройств в амбулаторных условиях. Раздел 7. Диагностика и лечение наркологических расстройств в отделении острых психозов. Раздел 8. Диагностика и лечение наркологических расстройств в условиях реабилитационного отделения.	Кейс-задания

		Раздел 9. Диагностика и лечение наркологических расстройств в условиях дневного стационара.	
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме кейс-заданий.

4.1. Кейс-задания для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

А ВОПРОСЫ

ы), работает в одном из них парикмахером.

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

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

овавшийся синдром отмены, который выражается яркой вегетативной симптоматикой: повышение АД, профузное потоотделение, тахикардия, гиперемия лица, тошнота, рвота, диарея, мышечные боли, критика к состоянию формальная, эмоционально лабильна).

ментозные методы.

каментозные методы лечения.

ая терапия, включающая солевые растворы, витамины группы В.

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

ная и групповая психотерапия.

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

вой ответ.

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

и проведен только с одним заболеванием.

А ВОПРОСЫ

ы), работает в одном из них парикмахером.

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

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

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

ментозные методы.

гозная терапия.

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

ости лечения. При типичной белой горячке в большинстве случаев наступает выздоровление. У некоторых больных (особенно при длительном течении и лечении) нельзя исключать вероятность развития тяжелых осложнений со стороны внутренних органов. Вероятно

вой ответ.

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

и проведен только с одним заболеванием.

дикаментозного лечения

венно возрасту, окончила школу и институт, получив специальность бухгалтера. Вышла замуж в 25 лет. Через 5 лет она была испуганна и не могла встать с кровати, так как чувствовала слабость и боль в ногах. Племянника она не узнала, год назвать не может. Знает, что находится в больнице, однако профиль назвать не может. Врач сообщил ей про снижение. Жалуется на боль и слабость в ногах, с постели встать не может. Сухожильные рефлексы ног ослаблены, ч. Критика к своему состоянию не полная.

рома.

ляции, полинейропатия нижних конечностей).

евания.

ия?

рапии?

верное.

вой ответ.

ом, вызванным органической патологией, энцефалопатией Гайе — Вернике, делирием. В нашем случае нет данных за органические галлюцинации, для энцефалопатии Гайе — Вернике дрожание, подергивания, атаксия, нистагм, птоз, стра

и проведен только с одним заболеванием.

дикаментозного лечения

нески повторяющихся депрессивных состояний, возникающих преимущественно в осенний период. Пациент обходился очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски. Основное время проводил в кровати из-за отсутствия желания что-либо делать. Переживал, что ничего не может сделать. Женой была вызвана СМП.

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

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

вод .

рома.

сно рекомендациям МКБ-10:

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

евания.

йством.

рчетании с эпизодами мании или гипомании.

рапии?

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

полярного аффективного расстройства, депрессивного синдрома при шизофрении.

и проведен только с одним заболеванием.

дикаментозного лечения

ы), работает в одном из них парикмахером.

проба алкоголя в 25 лет, отмечает непереносимость при первых пробах. В дальнейшем употребляла спиртные напитки «по случаю». Абстинентный синдром сформировался в 40 лет, амнезии опьянений с 39 лет. Проходила дважды дезинтоксикацию. Первая – в наркологическую больницу, длилась 6 дней, на 7 день ночью проснулась от нестерпимой головной боли, профузного потоотделения. На утро состояние улучшилось, пациентка доставлена в наркологическую больницу.

на в полном объеме. В беседу вступает неохотно. На вопросы отвечает по существу. Нарушений речи нет. Во время беседы не агрессивна. Мышление последовательное. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет.

сформировавшийся синдром отмены, который выражается яркой вегетативной симптоматикой: повышение АД, профужное потоотделение, тахикардия, гиперемия лица, критика к состоянию формальная, эмоционально лабильна).

ментозные методы.

каментозные методы лечения.

ная терапия, включающая солевые растворы, витамины группы В.

сего – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; нарушениях сна и выраженной тревоги – транквилизаторы.

ная и групповая психотерапия.

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

вой ответ.

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

и проведен только с одним заболеванием.

дикаментозного лечения

ался согласно возрасту. ДДУ не посещал, в школу пошел с 7 лет, адаптировался хорошо. Закончил 7 классов (неполноценно). Есть дети. Первая проба алкоголя в 18 лет, непереносимости не отмечал. Употреблял с друзьями «за компанию». В 2005 г. и жену бил». По настоянию жены был отправлен на лечение в ЛТП. С 33 лет отмечал амнезии опьянений. Пьянствовал 1 раз в неделю. Далее со слов жены: последний запой в течении 2-х недель, после обрыва «все было как обычно, тряслись руки, но не было агрессии». На замечания реагировал агрессией- набрасывался с кулаками на жену. Была вызвана СМП.

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

но существу. Во время беседы ведет себя настороженно: прислушивается, оглядывается по сторонам, глядя на потолок, указывая на потолок.

ментозные методы.

нотозная терапия.

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

лечения. При типичной белой горячке в большинстве случаев наступает выздоровление. У некоторых больных мож
и лечения) нельзя исключать вероятность развития тяжелых осложнений со стороны внутренних органов. Вероятно

вой ответ.

(признаком алкогольного делирия будет наличие в анамнезе длительное злоупотребление алкоголем).

и проведен только с одним заболеванием.

но возрасту, окончил школу и институт

сновидения, навязчивые мысли о прожитой ситуации и страх, что она повторится, появились месяц назад. Последние
Появились симптомы вирусной инфекции, тест на COVID”19 положительный. Вся семья была «закрыта на карантин»
носительно легкой форме. Спустя несколько дней отца увозят в тяжелом состоянии, после чего он скончался в больн
ушился ночной сон. Стали мучить кошмарные сновидения. Избегает разговоров с матерью. Считает себя виноватым
лучше бы умер я, чем семья» Стал очень раздражительным «заводится по щелчку» . Работа стала очень тяжело дава
оизошедшей ситуации отвечает неохотно, пытается избежать ответа. Сидит в одной позе, опустив голову, мимика
биения. Суицидальные мысли отрицает. Мышление замедленное, снижена концентрация внимания.
птоматики не выявлено

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.

Диагноз поставлен неверно.

Обоснуйте поставленный вами диагноз?

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

их симптомов

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома иди заболевания.

Обоснование полностью не верно.

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

Выбраны верные группы препаратов, обоснование верное.

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

Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.

С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ. Пациент имеет острую реакцию на стресс (симптомы возникают немедленно вслед за подверженностью стрессору, расстройством сна, фактора)

Ответ дан полностью.

Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним из состояний.

Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.

дикаментозного лечения

Пациент соответствовал возрасту. Посещал ДДУ, был активным, общительным ребенком. В школу пошел с 7 лет. Все время учился в механическом техникуме по специальности слесарь-автомеханик. По характеру активный, общительный, всегда имел много друзей. После окончания техникума устроился на работу слесаря-автомеханика, с хорошей оплатой. Пациент не пьет как все, «по праздникам».

Во время учебы в техникуме любил каждые выходные посидеть с друзьями «пообщаться и отдохнуть» с пивом. После окончания службы в армии женился и устроился на работу в авто салон по специальности. Продолжал собираться с друзьями, но стали происходить конфликты с женой. После рождения дочери, на полгода прекратил прием алкоголя, так как жена не давала отмечать рождение дочери друга, ушел в «запой» на 3 дня. В возрасте 30 лет начались постоянные ссоры с женой. Во время отпуска в течение всего отпуска, на замечания жены реагировал раздражением, сообщая: «все под контролем, я заслуживаю». После окончания отпуска, потом опять начинал прием, оправдываясь сложной работой. Жена начала отмечать, что объемы выпитого увеличивались.

ь работу без уважительных причин. Друг сообщал жене пациента, что тот получает постоянные замечания от руководя. на позвонила другу-коллеге, чтобы узнать обстоятельства случившегося. Ей было сообщено, что к концу недели без работу, выпивая с новым охранником автостоянки, и после выговора от руководства, своего поведения не поменял. Узна и день рождения коллеги, не смог отказать». По рекомендации начальника обратились к врачу психиатру-наркологу

ремени и собственной личности. Внешне неопрятен, чувствуется запах перегара. В разговоре сообщает, что не понимает, как говорит, что бывает плохой сон с кошмарными сновидениями, если долго не употребляет алкоголь, а когда принимает, то имеет тягу к приему алкоголя, парируя это аргументом: «есть ведь тоже все хотят, а на Руси из покон веку пили...». На алкогольные темы. Относится к своему здоровью и пьянству легковесно. Наличие галлюцинаторно-бредовой симптоматики.

рома.

Иттериев, согласно рекомендациям МКБ-10: «...».

дствий.

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

евания.

Если да, то на каком основании.

недобровольно в соответствии с действующим законодательством: «Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2002) о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:

«...оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке:

«...оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия».

Основные жизненные потребности, или

«...», если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

терапии? Обоснуйте свой ответ.

целесообразнее использовать препарат налтрексон, для устранения приятных ощущений от выпитого, а так же с нормотимического эффекта в сочетании со снижением тяги к алкоголю. При согласии и появлении желания на лечение с алкоголем. Рекомендовать подключение индивидуальную КПТ и групповую психотерапию «12 шагов». При

верное.

вой ответ.

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

и проведен только с одним заболеванием.

дикаментозного лечения

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

окуртников. Однако всегда отмечала признаки сильной тревоги перед важными событиями. Курение и употребление алкоголя. Занималась за матерью, которая болела ХОБЛ. После ее смерти сильно переживала, испытывала тревогу, отмечалось появление жалоб на отдышку, периодические приступы удушья, малопродуктивный кашель, высокую температуру, отсуствие аппетита. Через неделю стала чувствовать себя плохо, поднялась температура, появился «сухой кашель». Через 2 недели появились признаки пневмонии. В связи с ухудшением состояния переводилась в реанимационное отделение и была под наблюдением. Выписана домой с отрицательными мазками на COVID-19 и пробой ФВД (свидетельствующая о снижении ЖЕЛ на 30%). После выписки работать и восстанавливаться после заболевания.

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

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

рома.

критериев, согласно рекомендациям МКБ-10:
отравляющей ситуации.

е данных анамнеза (сильно значимая для индивида травма), имеющие место флешбеки и отсроченная в течении 6
евания.

Если да, то на каком основании.

бровольно в соответствии с действующим законодательством.

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

ающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке:

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

новные жизненные потребности, или

ния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

рапии? Обоснуйте свой ответ.

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

верное.

вой ответ.

Панического расстройства (должны быть страх ожидания, а также беспокойство, связанное с паническими атакам
ь, нарушение концентрации, мышечное напряжение, раздражительность и не должно быть «кошмарных» сновиде

и проведен только с одним заболеванием.

венно возрасту, проживала с матерью, отца нет. Отношение с матерью описывает как «сухие», недоверительные. Р
цала, звонила редко. В подростковом возрасте постоянно слышала обвинения в свой адрес в том, что она испортила
стоянию матери), получив специальность швеи.

ебление алкоголя отрицает.

зад, когда предприятие по пошиву одежды, в котором она проработала 15 лет, объявило банкротство и большинств
сть времени проводила в своей квартире, с друзьями и родственниками не общалась, домашним хозяйством не зани
гита, похудела на 7 кг за последние 1,5 месяца. Также больная отмечает, что стала плохо спать: долго засыпает, част
то не верит, что «найдется что-то стоящее в ее возрасте», «ничего хорошего впереди уже нет».

местами «засаленная», обувь нечищенная; волосы неухожены, нерасчесанны. В разговоре избегает прямого зрительн
сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. В целом выглядит ста
льная жалуется на чувство безысходности, отсутствие удовольствия в жизни от вещей, которые ранее ее радовали; л
с. Суицидальные мысли отрицает.

рома.

ии:

ая, мятая, местами «засаленная», обувь нечищенная; волосы неухожены, нерасчесанны. В разговоре избегает прямо
узы. Сидя на стуле сутулится, руки и голова несколько опущены. Лицо выглядит осунувшимся, страдальческим. В п
гвие аппетита. Также больная жалуется на чувство безысходности, отсутствие удовольствия в жизни от вещей, кот
симптоматики не высказывает. Суицидальные мысли отрицает.

евания.

ментозные методы.

СИОЗС (сертралин, флуоксетин, эсциталопрам)
пам) – терапия нарушений сна.

рапии? Обоснуйте свой ответ.

ми побочными эффектами - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИЗС): сертралин, флуоксет

верное.

вой ответ.

коль мозга, рассеянный склероз, онкологические заболевания),

и проведен только с одним заболеванием.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1. Перечень кейс-заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам практики.

5.1.1. Кейс-задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 3» для оценки компетенций ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная И., 25 лет, безработная. 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. Анамнез заболевания: со слов больной, изменения в своем состоянии начала замечать в возрасте 17 лет после смерти матери (умерла от онкологического заболевания), когда осталась жить в квартире с отцом и бабушкой. Рассказывает, что отец малообщительный, замкнутый человек, редко выходит из своей комнаты, злоупотребляет алкоголем, финансовую поддержку не оказывает. Бабушку описывает как скандальную личность, которая все время ищет повод для споров и ссор, постоянно ее критикует, предсказывает мрачное безрадостное будущее. Говорит, что после «смерти мамы долгое время пребывала в депрессии, не видела смысла жизни, постоянно плакала». Отмечает, что плохое настроение периодами сменялось «светлыми промежутками», сравнивает их с «периодами вдохновения», когда даже родственники не могли испортить ей жизнь. В такие периоды она могла писать стихи, сочинять песни (чего ранее никогда не делала), пропадать сутками у друзей, могла «сорваться» и поехать в другой город в гости к человеку, с которым совсем недавно познакомилась «Вконтакте», занималась воздушной йогой,

		брала кредиты, покупала «разное барахлишко». Говорит: «в такое время я чувствую, что летаю, все могу, все знаю. Могу не спать несколько ночей к ряду и чувствовать себя полной сил». Сожалеет, что такие периоды подъема были непродолжительными (около 2 недель) и сменялись неделями уныния и «плохого» настроения. Из-за такой нестабильности в состоянии накопила много долгов в институте, сдать во время их не смогла, из-за чего была отчислена. В настоящий момент поводом к обращению послужил очередной период «плохого настроения» начавшийся около 3х недель назад: не получает удовольствия от любимых занятий, не хочет общаться с людьми, не имеет сил и желания заниматься хозяйством, выходить на улицу. Предъявляет жалобы на чувство уныния, грусти, на постоянное желание плакать; жалуется на «плохой» сон (долго «ворочаюсь в постели, открываю глаза из-за незначительного шума, а на утро не пойму спала я все-таки или нет»). Отмечает, что в периоды «хорошего» настроения она набирает вес, а в периоды «плохого» - вес снижается. 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Биполярное аффективное расстройство I-типа, текущий эпизод умеренной депрессии.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	Диагноз «Биполярное аффективное расстройство I-типа, текущий эпизод умеренной депрессии» поставлен на основании: • анамнеза жизни (чередование с 17летнего возраста депрессивных эпизодов и периодов гипомании), • жалоб на текущий момент: 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. В соответствии с критериями МКБ-10 присутствуют также в период гипомании: 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. • 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 иди заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
B	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
O	-	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.
B	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.

Э	-	Препаратами выборами 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.
Н	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент А., 48лет. Анамнез жизни: Наследственность психопатологически отягощена: брат матери злоупотреблял алкоголем, умер в 42 года от туберкулеза. 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. 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 употреб-

		ляет 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. Психический статус: Ориентирован в месте, времени верно. Из рта слабый запах алкоголя. Хочет перестать употреблять алкоголь, «проблем много, за здоровье своё беспокоюсь», страдает плохим самочувствием – головокружение, тошнота, сниженное настроение - после приёма алкоголя, говорит о приёме новых доз алкоголя, чтобы улучшить своё состояние. Во время опьянения «весёлый, нормальный». При разговоре об алкоголе иногда начинает смеяться, шутит на эту тему. Мышление обычного темпа. Обманы восприятия, идеи воздействия отрицает. Суицидальных мыслей, намерений нет.
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.
В	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 не верен. или Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.
P0	-	Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения пациента неверна.
H	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
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 игровым 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. Боятся, 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 стадии или алкогольный психоз; неверно оценен ведущий синдром.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	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, нарушения 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.
В	5	При применении рекомендованных транквилизаторов у пациента появились смазанность речи, повышенная сонливость, нарушение координации. Обоснуйте Вашу тактику ведения.
Э	-	В статусе пациента появились проявления терапии транквилизаторами. Показано назначение нейропротективной, антиоксидантной терапии (глатилин, цераксон, мексидол).
P2	-	Верно оценено состояние пациента, верно выбрана дальнейшая тактика ведения пациента.
P1	-	Верно оценено состояние, однако выбор дальнейшей тактики не верен. или Состояние пациента оценено неверно, но дальнейшая тактика ведения пациента правильная.
P0	-	Ответ неверный: назван другой побочный эффект и тактика ведения пациента неверна.
Н	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	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	-	делириозное помрачение сознания
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Определите тактику неотложной помощи
Э	-	— 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 гемато-энцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга — введение тиамин («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м — 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. — 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.
B	3	Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).
O	-	— 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 кровообращения. Это позволяет вывести из тканевых депо токсины, балластные вещества и ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы). — 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.
P2	-	Ответ дан полностью верно.

P1	-	Ответ частично верен.
P0	-	Ответ дан не верно.
Н	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Пациент 23-х лет осмотрен врачом неотложной помощи на дому в связи с ухудшением состояния. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, боли в животе с однократным жидким стулом, боли в области коленных суставов, просит о назначении «сильного обезболивающего». Объективно при осмотре пациент выглядит тревожным, напряженным, суетливым, отмечается тахикардия 104 в минуту, АД=160/95 мм.рт.ст., выражены пиломоторные реакции, гипергидроз, заложенность носа и ринорея. Зрачки симметричные, значительно расширены, на свет реагируют слабо. На коже верхних и нижних конечностей в области проекции подкожных вен множественные рубцы и следы от инъекций различной давности.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Абстинентный синдром при опиной наркомании.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Определите тактику неотложной помощи
Э	-	1. Облегчение болевого синдрома и снятие возбуждения: введение 1-2мл морфина; введение нейролептиков – аминазина (1-2 мл 2,5% раствора) с новокаином (2мл 0,5% раствора) внутримышечно с предварительным введением аналептика кордиамина (2мл) для профилактики коллапса. Госпитализация в психиатрический стационар.
P2	-	Тактика выбрана верно.
P1	-	Тактика частично выбрана верно.
P0	-	Тактика полностью неверна.
В	3	Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).
О	-	2. Цели терапии: дезинтоксикация, купирование вегетативных, соматических, неврологических и психических расстройств, поддержание жизненно важных функций.

		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. 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. — 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 магнeзии 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) Психофармакотерапия: — 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 ПАВ, некупирующегося транквилизаторами психомоторного возбуждения: галоперидол 0,5% 5-10мг (1-2мл) или аминазин 2,5% 50мг (2мл) внутривенно медленно вместе с кордиамином — Антидепрессанты для предупреждения и купирования аффективных нарушений депрессивного круга: людиомил 75-125мг в сутки перорально. — Препараты с вегетостабилизирующим действием при выраженных вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03, СД до 0,09. Симптоматическая терапия: — При депрессии дыхательного центра: аналептики (2мл 10% раствора сульфокамфокаина или раствор кордиамина подкожно, внутримышечно или внутривенно медленно), 1мл 20% раствора кофеина подкожно.
--	--	--

		— При признаках сердечной недостаточности – сердечные гликозиды: 0,06% раствор коргликона 1мл внутривенно. При снижении АД 1мл 20% раствора кофеина подкожно. При тенденции к повышению АД 10-20мл 20% раствора сернокислой магнезии внутривенно медленно, 2-4мл раствора папаверина внутривенно или внутримышечно. — При необходимости – стимуляция диуреза: лазикс 20-40мг/сут. — Ноотропы: пирацетам 20% 20-60мл внутривенно медленно или капельно. — Для улучшения обменных процессов в миокарде, паренхиматозных органах – рибоксин 2% 5-10мл внутривенно капельно, АТФ 1% 1-2мл внутримышечно. — 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. Витаминотерапия: витамины группы В и С – тиамин хлорид 5% 2-4мл внутримышечно или внутривенно капельно, пиридоксин гидрохлорид 5% 5-8мл внутримышечно или внутривенно капельно, никотиновая кислота 0,1% 1-2мл внутримышечно, аскорбиновая кислота 5% 5-10мл внутримышечно или в/в капельно. Парентерально витамины назначаются на первые несколько суток, затем поливитаминные препараты перорально курсом 2-3 недели.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ частично верен.
P0	-	Ответ дан не верно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Пациент 43-х лет, в течение многих лет злоупотребляющий алкоголем, поступил в хирургическое отделение после двухнедельного запоя в связи с обострением хронического панкреатита. На вторые сутки пребывания в отделении у больного развилось двигательное возбуждение - был сильно испуган, разговаривал без собеседника, бегал по отделению и от кого-то пытался спрятаться. Силами медперсонала был привязан к кровати и было введено внутримышечно 4 мл р-ра димедрола. Через четыре часа осмотрен дежурным врачом. При осмотре: пациент лежит в кровати, совершает медленные движения руками как будто что-то с себя снимает, «курит» несуществующую сигарету.

		ющие сигареты, «вытягивает» несуществующие нитки изо рта, собирает простыню в складки. На обращенную речь практически не реагирует.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	делириозное помрачение сознания
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Определите тактику неотложной помощи
Э	-	Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии — 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 гемато-энцефалический 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. — 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.
B	3	Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).
O	-	— 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 кровообращения. Это позволяет вывести из тканевых депо токсины, балластные вещества и ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы). — 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 токси-

		нами 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.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ частично верен.
P0	-	Ответ дан не верно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Пациент 52-х лет, длительное время злоупотребляющий алкоголем, поступил в терапевтическое отделение после трёхнедельного запоя в связи с развитием пневмонии. В отделении врач-терапевт с целью дезинтоксикации назначил капельное введение 5% р-ра глюкозы в объеме 800 мл. После введения раствора состояние пациента стало ухудшаться - больной стал заторможенным, перестал понимать, где находится, появились грубые нарушения координации движений, выраженный нистагм и нарушения подвижности глазных яблок. При осмотре неврологом через 40 минут пациент лежит в кровати, что-то тихо бормочет, совершает медленные движения руками (как будто что-то с себя снимает, собирает белье в складки), на обращенную речь практически не реагирует. Выявляется выраженный нистагм, птоз, резко снижена реакция зрачков на свет. Отмечаются хореоформные гиперкинезы и симптомы орального автоматизма.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	делириозное помрачение сознания – мусситирующий делирий
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Определите тактику неотложной помощи
Э	-	Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии

		— 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 гемато-энцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга — введение тиамин («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м — 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. — 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	-	— 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 кровообращения. Это позволяет вывести из тканевых депо токсины, балластные вещества и ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы). — 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.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ частично верен.
P0	-	Ответ дан не верно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной алкоголизмом перенес судорожный припадок на фоне абстинентного синдрома, осмотрен врачом через несколько минут после окончания припадка. При осмотре выглядит заторможенным, рассеянным, отвечает только на простые вопросы, заданные громким голосом. Подобное состояние продолжалось пять минут. В дальнейшем пациент в сознании, отмечается выраженный тремор рук и туловища, тахикардия, гипергидроз, жалуется на сильную тревогу.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Абстинентный синдром при алкоголизме. Судорожный припадок.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Определите тактику неотложной помощи
Э	-	Дезинтоксикационная терапия: глюкоза 20мл 40% раствора + аскорбиновая кислота 1мл 5% раствора, тиамин хлорид 1мл 5% раствора внутривенно. Дегидратация: магния сульфат 10мл 25% раствора внутримышечно. Седативные средства: валериана, ландыш, натрия бромид в микстуре 25 капель. Транквилизатор диазепам (седуксен) 2мл 0,5% раствора внутримышечно.
P2	-	Тактика выбрана верно.
P1	-	Тактика частично выбрана верно.
P0	-	Тактика полностью неверна.
В	3	Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).
О	-	1. Цели терапии: дезинтоксикация, купирование вегетативных, соматических, неврологических и психических расстройств, поддержание жизненно важных функций. Специфическая терапия: метадоксил 600мг/сут внутривенно в течение 3 дней, в дальнейшем 1000мг/сут в таблетках. Курс лечения 5-14 дней.

		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. — 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) Психофармакотерапия: — 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 ПАВ, некупирующегося транквилизаторами психомоторного возбуждения: галоперидол 0,5% 5-10мг (1-2мл) или аминазин 2,5% 50мг (2мл) внутривенно медленно вместе с кордиамином — Антидепрессанты для предупреждения и купирования аффективных нарушений депрессивного круга: людиомил 75-125мг в сутки перорально. — Препараты с вегетостабилизирующим действием при выраженных вегетативных расстройствах (обычно достаточно вегетостабилизирующего эффекта бензодиазепинов): пирроксан 0,015, РД до 0,03, СД до 0,09. Симптоматическая терапия: — Противосудорожные препараты для профилактики судорожных припадков: карбамазепин в суточной дозе до 1,2г. — При депрессии дыхательного центра: аналептики (2мл 10% раствора сульфокамфокаина или раствор кордиамина подкожно, внутримышечно или внутривенно медленно), 1мл 20% раствора кофеина подкожно.
--	--	--

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

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 37 лет доставлен в травматологическое отделение в связи с вывихом плеча в состоянии алкогольного опьянения. Проведено вправление вывиха с применением внутривенного наркоза и миорелаксантов в условиях перевязочной. После выхода из наркоза пациент крайне тревожен, возбуждён, оттолкнув врача и медсестру бежит по отделению, громко сам с собой разговаривает, отмахивается от чего-то, подбегает к окну и пытается его открыть.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	делириозное помрачение сознания
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Определите тактику неотложной помощи
Э	-	— применение транквилизаторов в\м (S.Diazepam 0.5% - 2.0 или S.Phenazepam 0.1% - 1.0-2.0). В случае необходимости возможно повторное введение транквилизаторов в тех же дозах до достижения необходимого эффекта, но не ранее чем через час после первого введения. При возможности предпочтительно применение оксибутирата натрия, обладающего антигипоксическими свойствами и непродолжительным эффектом, что позволяет лучше отслеживать состояние больного и снижает вероятность избыточной дозировки. Оксибутират натрия применяется в\в струйно дробно или в виде медленной в\в инфузии на физиологическом растворе (в условиях реанимационного отделения). — 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 гемато-энцефалический 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. — 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	-	— 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
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ частично верен.
P0	-	Ответ дан не верно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	010
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ

У	-	Пациентка 67 лет прооперирована в связи с острым холециститом. После выхода из наркоза обращает на себя внимание неадекватное поведение больной. Что-то бормочет без собеседника, в складках белья ищет несуществующих насекомых, вытягивает изо рта несуществующие нитки. При привлечении внимания удастся узнать, что пациентка может назвать свое имя и возраст, но не понимает, где находится
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	делириозное помрачение сознания – мусситирующий делирий
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Определите тактику неотложной помощи
Э	-	Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии — 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 гемато-энцефалический 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. — детальное 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.
B	3	Определить приблизительный план лечения (в т.ч. с указанием необходимых препаратов и их дозировок).
O	-	— 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
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ частично верен.
P0	-	Ответ дан не верно.

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:

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